Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

HABILIDADES DE NEGOCIACIÓN DEL USO DEL CONDÓN EN PERSONAS PRIVADAS 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)

Mónica Mendoza Segovia
Diana Selena Pérez Molina

Director:	Dr.	Ricardo Sánchez Medina
Dictaminadores:	Mtra.	Consuelo Rubi Rosales Piña
	Dra.	Sandra Ivonne Muñoz Maldonado

Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2018

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

Gracias al Doctor Ricardo Sánchez Medina por su constante apoyo, paciencia y confianza, sobre todo, por permitirnos aprovechar esta experiencia profesional.

Mónica Mendoza Segovia: Gracias a mis padres Leonor Segovia y Alfredo Mendoza, quienes se encargaron de inculcarme los valores, creencias y hábitos que hoy me permiten desenvolverme como buena ciudadana y ser humano; a mis hermanos Edith y Daniel Mendoza, así como a mi abuela Elena Rodríguez, que siempre me han motivado a lograr mis metas. Gracias a mi compañero de vida Néstor Barona, quien ha tomado mi mano y recorrido este camino conmigo apoyándome en cada paso; y gracias a mi compañera, colega y amiga Diana Pérez por haberse aventurado a llevar a cabo este proyecto juntas. Gracias a cada uno de ustedes por confiar en mí y ser parte de mi vida, los amo.

Diana Selena Pérez Molina: Gracias a mi madre Ivonne Molina Paredes quien a lo largo de mi crecimiento me ha apoyado incondicionalmente y cuyo cuidado me ha permitido disfrutar de un bienestar emocional invaluable, y a mi hermano Omar Hazael Pérez Molina por ayudarme siempre que lo necesité y cuya influencia ha sido relevante en mi vida; este logro académico no es sólo mío, también es de ustedes, gracias por permitirme cumplir esta meta profesional. Gracias a mi familia por brindarme su cariño y protección; y a mi amiga Mónica Mendoza, por compartir esta gratificante experiencia juntas.

ÍNDICE

RESUMEN 1
ABSTRACT 2
INTRODUCCIÓN 3

CAPÍTULO 1. PROBLEMAS DE SALUD SEXUAL 7

1.1 Prácticas sexuales de riesgo 13
1.2 Prácticas sexuales seguras 18
1.3 Factores psicosociales en prácticas sexuales de riesgo 23

CAPÍTULO 2. SALUD SEXUAL EN HOMBRES PRIVADOS DE LA LIBERTAD 30

2.1 Prácticas sexuales en prisión 33
2.2 Conductas de riesgo sexual en población privada de la libertad 39

CAPÍTULO 3. SALUD SEXUAL Y PREVENCIÓN DE VIH EN PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD 43

3.1 Modelos de salud aplicados a la salud sexual 45
3.2 Modelo Información-Motivación-Habilidades conductuales IMB 51
3.3 Programas de prevención de VIH en PPL 56

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 60

4.1 Justificación de la investigación. 60

5. MÉTODO 63
6. RESULTADOS 69
7. DISCUSIÓN 77
8. REFERENCIAS 86
APÉNDICES 98

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue evaluar la efectividad de un programa preventivo de ITS/VIH para el desarrollo de habilidades de negociación sobre el uso de condón en PPL basado en el modelo IMB. La muestra estuvo conformada por 118 internos del Centro Varonil de Reinserción Social Santa Martha Acatitla (CEVARESO). La intervención consistió en tres fases: 1) la fase de preevaluación para identificar variables relacionadas con la conducta sexual preventiva, 2) una fase de intervención en la cual se brindó información sobre VIH e ITS, ventajas del uso del preservativo, la forma correcta de utilizarlo y formas para negociarlo con su pareja sexual, 3) finalizando con una post evaluación. Los resultados mostraron una diferencia significativa entre la pre y la post evaluación, elevando al finalizar la intervención la habilidad para utilizar el preservativo correctamente y mejorando las habilidades de negociación del uso del preservativo. Se brinda información relevante sobre la implementación de programas preventivos en población privada de la libertad.

Palabras clave: personas privadas de la libertad, prevención del VIH, habilidades de negociación, intervención, uso del condón

ABSTRACT

The objective of the research was to evaluate the effectiveness of a preventive program of STI / HIV for the development of abilities on the use of condom in inmates based on the IMB model. The sample consisted of 118 inmates of the Santa Martha Acatitla Center for Social Reintegration (CEVARESO). The intervention consisted of three phases: 1) the pre-evaluation phase to identify variables related to preventive sexual behavior, 2) an intervention phase in which information was provided on HIV and STIs, advantages of condom use, the correct way to use it and ways to negotiate with your sexual partner, 3) ending with a post evaluation. The results showed a significant difference between pre and post evaluation, raising the ability to use the condom correctly and improving the negotiation skills of condom use at the end of the intervention. Relevant information is provided on the implementation of preventive programs in a population deprived of freedom.

Keywords: people deprived of freedom, HIV prevention, negotiation skills, intervention, condom use.

INTRODUCCIÓN

La salud sexual, debe entenderse como la forma de mantener prácticas sexuales placenteras y seguras, libres de coacción, discriminación o violencia (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1998). En México, los principales problemas de salud sexual que enfrentan los jóvenes son los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual (ITS) (Robles et al., 2012). Debido a la poca presencia de conductas sexuales saludables, como es el sexo protegido (Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA [CENSIDA], 2014). Así pues, las ITS que se han presentado con mayor frecuencia son la sífilis, herpes genital, tricomoniasis vaginal, virus del papiloma humano (VPH) y virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (Dirección General de Epidemiología [DGE], 2018a).

Existen diversos factores de riesgo que facilitan la transmisión de dichas infecciones, como lo es el patrón de comportamiento sexual; que involucra el número de parejas sexuales, el tipo de pareja sexual, tipo de prácticas sexuales, frecuencia y, sobre todo, el uso del condón en las mismas (Suárez, Estrada, Chiesa, Terán & Rosas, 2016). Asimismo, resulta importante contemplar aquellas variables propias del individuo que se ven involucradas tanto para mantener prácticas sexuales seguras como prácticas sexuales riesgosas, tales como tener conocimiento sobre métodos de protección, habilidades de comunicación, la experiencia emocional y la toma de decisiones, así como creencias, actitudes y percepciones que se tengan respecto a la sexualidad (Bahamón, Vianchá & Tobos, 2014).

Uribe, Aguilar, Zacarías y Aguilar (2015) concluyen a partir de un estudio, que el uso del condón en las relaciones sexuales de adolescentes está vinculado al desarrollo de habilidades asertivas, así como a percepciones positivas y aceptación del uso del condón en las relaciones sexuales. Asimismo, autores como Robles, Díaz-Loving y Solano (2010) enfatizan la importancia de la comunicación en la

pareja sobre temas sexuales, pues el desarrollo de esta habilidad permite a los jóvenes saber negociar el uso de condón con su pareja, lo cual aumenta la posibilidad de tener relaciones sexuales protegidas.

Por su parte, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA, 2015), indica que el contexto social en el que se encuentran las personas las hace más propensas a presentar problemas relacionados con la salud sexual. Así pues, los Centros de Reclusión son considerados como lugares de fácil propagación de ITS, debido a las condiciones de insalubridad que presentan la mayoría de estos lugares en México por sus altos niveles de hacinamiento, limitado acceso a la información relacionada con la salud sexual y prevención del VIH, así como la poca disponibilidad de recursos de salud. En la Ciudad de México la prevalencia de VIH en estos lugares es de 0.7%, porcentaje mayor, comparado con el obtenido en el resto de los habitantes del país (CENSIDA, 2014).

Es bien sabido que en los Centros de Reclusión Social tienen lugar una serie de conductas de riesgo que propician la transmisión de VIH, por ejemplo, el uso compartido de jeringas de aquellos que consumen drogas intravenosas, la realización de tatuajes y mantener relaciones sexuales con dos o más parejas sin usar preservativos (Alvarez, Alvarez, Salceda & Rodríguez, 2012). Respecto a esto último, entre las prácticas sexuales que se han reportado dentro de las Instituciones, se encuentra la visita conyugal, otorgada al 23.9% de los internos en el país (Encuesta Nacional de Población Privada de la Libertad [ENPOL], 2016); el sexo consensuado y el sexo no consensuado, que puede derivar del acoso, extorsión sexual y agresión sexual por parte de los internos y el personal de los centros; sin embargo, los porcentajes encontrados varían en diferentes estudios (Jürgens, Nowak & Day, 2011).

Cabe destacar que en 1996 las “Directrices Internacionales sobre VIH/SIDA” enfatizaron la responsabilidad de las autoridades penitenciarias para garantizar la

protección de los internos ante la violación, la violencia y la coacción sexual; así como, brindarles información y educación sobre la prevención del VIH, otorgarles insumos para la prevención, tratamiento y atención (CENSIDA, 2007).

Así pues, la OMS (2016) propone estrategias para disminuir la propagación de las enfermedades, mismas que se enfocan en iniciativas preventivas integrales que componen enfoques biomédicos, estructurales y comportamentales. A esto, la psicología de la salud que busca promover estilos de vida saludable y prevenir enfermedades (Oblitas, 2008); ha retomado diferentes modelos psicológicos para crear intervenciones con el objetivo de reducir la conducta sexual de riesgo (Bárcena, Rendón & Robles, 2011), entre los cuales destaca el Modelo de Información- Motivación y Habilidades (IMB), que postula que si las personas tiene información adecuada, se encuentran motivadas para actuar y poseen habilidades necesarias para llevar a cabo la conducta, pueden iniciar y mantener conductas de prevención (Fisher, Fisher & Harman, 2003).

Sin embargo, la prevención del VIH en Latinoamérica se ha enfocado únicamente en realizar programas de consejería y programas de educación sexual para jóvenes; en el caso de intervenciones para hombres heterosexuales en aislamiento, incluyendo instituciones carcelarias, tales programas son dirigidos a la promoción del uso de preservativo y la selección de parejas sexuales; esto sin considerar las relaciones homosexuales y la facilitación de preservativos (Cáceres, 2004).

Una vez revisadas los factores que han sido parte de los programas preventivos de conductas sexuales de riesgo y la importancia de facilitar éstos en poblaciones vulnerables, la presente investigación tiene como objetivo evaluar la efectividad de un programa preventivo de ITS/VIH para el desarrollo de habilidades de negociación sobre el uso de condón en PPL basado en el modelo IMB.

Para profundizar en esta temática, en el capítulo uno, se revisan las variables que acompañan las prácticas sexuales de riesgo, tanto conductuales como psicosociales, asimismo se indagará sobre las variables presentes al realizar conductas sexuales seguras.

Por su parte, el capítulo dos se enfoca en las personas privadas de la libertad, principalmente se habla sobre su comportamiento sexual dentro de la institución y la situación contextual en la que se encuentran estas personas; de la misma manera, se revisa algunas especificaciones sobre sus derechos sexuales dentro del Centro.

En el capítulo tres se revisan los modelos que pretenden explicar la conducta sexual saludable haciendo énfasis en el modelo IMB, posteriormente se hace una revisión de las intervenciones que se han realizado en personas privadas de la libertad con el objetivo de promover conductas sexuales saludables. Finalmente se expone los resultados obtenidos en la intervención, así como el análisis de éstos en función del marco teórico revisado.

1. PROBLEMAS DE SALUD SEXUAL

De acuerdo con la OMS (1998) la salud sexual se refiere a un estado de bienestar físico, mental y social hacia la sexualidad manifestando una posición respetuosa a ésta; se entiende la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia.

En México, los problemas de salud sexual que se presentan con mayor frecuencia en los adolescentes y jóvenes son los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual (ITS) (Robles et al., 2012). De acuerdo con resultados de la Encuesta Intercensal 2015, existen 32.7 millones de mujeres de 12 y más años que han tenido al menos un hijo nacido vivo; de las cuales, el 7.8% corresponde a adolescentes de entre 12 a 19 años de edad (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2017a).

Respecto a las ITS, la OMS (2015) indica que 3500 millones de personas en el mundo padece cada año al menos una ITS curable (principalmente aquellas que se encuentran entre los 15 y 49 años), la población más vulnerable se encuentra en países en vías de desarrollo; la pobreza, la cultura, un difícil acceso a servicios de atención y tratamiento, así como la información y conocimientos insuficientes sobre la sexualidad humana favorecen la propagación de tales enfermedades. De acuerdo con la Dirección General de Epidemiología (DGE, 2018a), en México se ha registrado que en lo que va del año, las ITS que se presentan con mayor frecuencia en el país son sífilis, herpes genital, tricomoniasis vaginal, virus del papiloma humano (VPH) y virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

Dicho lo anterior, y en lo que respecta al tema principal de este trabajo, es importante recordar las características de tales infecciones, así como señalar la incidencia de cada una de ellas en la población mexicana, con el objetivo de tener un panorama más amplio sobre el tema.

Sífilis: La sífilis es causada por *Treponema pallidum* y se caracteriza por una variedad de manifestaciones clínicas, ya que puede afectar prácticamente todas las estructuras del organismo. La transmisión ocurre mediante el contacto directo con una llaga sifilítica durante las relaciones sexuales vaginales, anales u orales; estas llagas pueden encontrarse en el pene, la vagina, el ano, el recto, los labios y la boca. El tiempo de incubación desde la exposición a la aparición de las lesiones primarias es en promedio de 3 semanas. La lesión primaria es una pequeña protuberancia, firme, redonda y asintomática que al paso del tiempo se convierte en chancro, ésta siempre aparecerá en el sitio de contacto primario. Posteriormente desaparece el chancro alrededor de 3 a 12 semanas de manera espontánea (Cruz, Ramos & González, 2011).

Tres meses después aparece la expresión de esta infección, el secundarismo, que dura varias semanas y se manifiesta por un amplio espectro de lesiones en piel y síntomas generales como ganglios linfáticos inflamados y fiebre. En este momento el enfermo es altamente contagioso aún al tacto de las lesiones, ya que estas contienen una gran cantidad de espiroquetas. Es también en este periodo que las mujeres embarazadas y contagiadas pueden infectar al feto vía transplacentaria (Domínguez & Díaz, 2008).

La probabilidad estimada de transmisión de esta infección en un solo contacto sexual es de 30%. Los sujetos no tratados pueden aparentemente recuperarse de la primera lesión (chancro) hasta la recaída uno o dos años después, y durante ese tiempo pueden transmitir la sífilis sin saber que tienen la infección. Una vez curados, los individuos son susceptibles de reinfectarse y facilita la persistencia de la infección en la población (Gayet, 2015).

Un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública reveló que a partir del 2010 (tasa de 2.88 por cada 100 mil habitantes), la incidencia de sífilis en el país fue aumentando considerablemente año tras año. Así pues, la Secretaría de Salud registró en 2013, 685 nuevos casos de sífilis entre la población de 20 a 24 años; en 2014 fueron 726 y, para 2015, 754 (Soto, 2016). De acuerdo con el análisis

de la información epidemiológica reportada en los Anuarios de Morbilidad de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud de México realizado por Herrera et al. (2015) la población masculina de 25 a 44 años fue la que reportó un aumento significativo en comparación con las mujeres, entre 2010 y 2013. Los estados de Quintana Roo, Zacatecas, Baja California Sur, Puebla y el Distrito Federal presentaron el mayor incremento de sífilis para el año 2013.

Herpes Genital: El virus del herpes es un microorganismo patógeno transmitido sexualmente y que provoca una infección bucal y genital. Se caracteriza por la aparición de ampollas en los genitales externos, éstas fácilmente progresan a pústulas y úlceras (Domínguez & Díaz, 2008).

Este virus es considerado como una enfermedad recurrente e incurable, producida por dos serotipos identificados como VHS-1 y VHS-2, cada uno con diferentes características. La transmisión del VHS-2 es principalmente por contacto sexual, donde una de las parejas es portador asintomático de lesiones, o bien, es eliminador intermitente de partículas virales infectantes en la mucosa genital. Su periodo de incubación, después del contagio, es de 2 a 7 días cuando aparecen las típicas lesiones vesiculares, pequeñas y frágiles; en el hombre las lesiones se presentan en el prepucio y el surco balanoprepucial y, ocasionalmente, en el perineo; el dolor es ardoroso y punzante, por el contrario, en la mujer las lesiones se ubican en la vagina y el cervix por lo que son poco visibles las ampollas; sin embargo, puede presentarse dolor y molestias semejantes a las del hombre. La mujer puede tener descarga hialina, presencia de pequeñas zonas ulceradas con fondo rojizo. La fase aguda con máxima replicación viral dura de 3 a 5 días, y el riesgo de contagio se puede prolongar hasta más de un mes (Calderón, 1999).

De acuerdo al Boletín Epidemiológico que emite la Dirección General de Epidemiología (2018a), en tan solo el mes de enero de 2018, se reportaron alrededor de 404 casos de herpes genital en el país.

Tricomoniasis vaginal: Esta infección de transmisión sexual es una de las más frecuentes en el mundo, y en México ocupa los primeros lugares de incidencia; afecta tanto a hombres como a mujeres, sin embargo, los síntomas son mayores en estas últimas. La infección es causada por un protozoario llamado *Trichomonas vaginalis* (28 días de incubación) y muy a menudo produce infecciones mixtas con otros agentes que dan lugar a la Gonorrea y la Clamidia; además facilita la transmisión de VIH. El parásito daña la uretra del hombre y en la mujer la vagina. Si bien esta infección suele ser asintomática en los hombres, se ha llegado a reportar que presentan irritación en el pene y una leve secreción o ardor después de orinar o eyacular; por el contrario, las mujeres presentan secreción vaginal profusa, espumosa, amarillo verdosa y maloliente, así como picazón o irritación en la zona vulvar (Cabral, Cruz, Ramos & Ruiz, 2006)

Este parásito está asociado a adenitis inguinal, piosalpingitis, endometritis, uretritis, vaginitis, cervicitis, enfermedad inflamatoria pélvica e infertilidad tubárica; incluso se ha reportado que en individuos que practican el sexo oral el parásito se aloja en la vía respiratoria baja, produciendo neumonía (Santos, 2014). En nuestro país se han registrado cerca de 2,641 casos, en lo que va del año 2018; gran parte de los casos, sin duda alguna, la padecen mujeres (DGE, 2018a).

Virus del Papiloma Humano: De acuerdo con la OMS (2015), el punto en el que hombres y mujeres contraen la infección es poco después del inicio de la vida sexual. El Virus del papiloma humano (VPH) se transmite por vía sexual, no es necesario que haya una relación sexual con penetración para que se produzca la transmisión, ya que el contacto directo con la piel de la zona genital es un modo de transmisión reconocido. La mayoría de las infecciones por VPH son asintomáticas o pasan desapercibidas, y se resuelven de forma espontánea. Sin embargo, las infecciones persistentes provocadas por determinados tipos de VPH (sobre todo el 16 y el 18) pueden dar lugar a lesiones precancerosas, que si no se tratan, pueden evolucionar hacia un cáncer cervicouterino, aunque ese proceso suele durar muchos años.

Los tipos de virus de papiloma humano 16 y 18 se han encontrado asociados con más del 70% del Cáncer Cervicouterino (CC) en todo el mundo, siendo el HPV16 el más frecuente. La prevalencia del VPH en mujeres mexicanas es heterogénea de acuerdo con el tipo de lesión y la región. En el caso del CC, los tipos de VPH más comunes encontrados en población mexicana fueron HPV-16 y -18 (71.7%), con una prevalencia similar a la encontrada en todo el mundo; específicamente en la región oeste se muestra la prevalencia del VPH para los tipos -16, -58 y -18; en la región central, para los tipos -16, -18 y 31 y en el sur para los tipos -16, -33 y -58 (Peralta et al., 2012).

VIH/SIDA: El VIH es un virus NRA (ácido ribonucleico) que pertenece a la familia de los retrovirus y a la subfamilia de los lentivirus. Una de las principales características del virus es la destrucción de linfocitos cooperadores CD4 que trae consigo la pérdida de eficiencia del sistema inmunológico. El VIH sobrevive únicamente en los fluidos corporales dentro de un ser humano vivo, una vez que la sangre y fluidos corporales se encuentran fuera del organismo, el virus permanece activo pocos segundos. Puede ser transmitido al tener relaciones sexuales sin protección; por transmisión sanguínea, cuando hay intercambio de sangre o sus derivados infectados con VIH; y por transmisión vertical, que se refiere al paso del virus de una madre a su hijo ya sea durante el embarazo, el parto o amamantamiento (Pérez, Fonte & Ruiz, 2008).

Se considera la primera fase de la infección el periodo de 6 a 12 semanas donde los síntomas pueden ser fiebre, malestar general, pérdida de apetito, fatiga o aumento de los ganglios, estos síntomas desaparecen, sin embargo, la persona continúa infectada. En la segunda fase el infectado puede permanecer hasta 10 años sin síntomas, sin embargo, el virus no permanece inactivo, ya que continúa multiplicándose dentro de las células e infectando otras nuevas. En la tercera fase se presenta inflamación en los ganglios linfáticos mayores como respuesta del organismo para contrarrestar la infección por VIH. La última fase, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) se caracteriza por la presentación de

enfermedades oportunistas, que pueden causar la muerte. Puede presentarse fiebre o disminución de peso, diarrea crónica, al igual que enfermedades del sistema nervioso o enfermedades infecciosas (Gonzales, Arteaga & Frances, 2015).

Los casos notificados de VIH y de SIDA de personas que se encuentran vivas son 135 515, por su parte, los registros administrativos de defunciones señalan que, en 2015, murieron 4 756 personas por VIH, de los cuales, 19.8% eran jóvenes de 15 a 29 años (INEGI, 2017b).

Entre el periodo de 1983 a 2016 por cada caso acumulado de mujer, había cuatro de hombre y la mayor proporción de casos en hombres y en mujeres se encontró en el grupo de 25 a 39 años, la principal forma de contagio para ambos sexos fue la vía sexual, 98% de los casos en hombres y 95% en mujeres. Para 2016 la mayor proporción de casos en hombres observada fue en el rango de 20 a 29 años de edad, mientras que en las mujeres el rango en donde se reportaron mayor número de casos fue el de 25 a 34 años (CENSIDA, 2016).

Como se ha visto, la transmisión de las ITS se realiza a partir de las personas infectadas, siendo formas clínicas agudas, crónicas o asintomáticas; se producen por contacto directo de persona a persona durante la relación sexual, cada ITS tiene un índice de transmisión de contagio diferente de una persona infectada a su pareja. El tener una ITS no aporta inmunidad, por lo que persiste la posibilidad de reinfección ante una nueva exposición, incluyendo la reinfección desde la propia pareja si no se trata a los dos miembros de ésta (Díez & Díaz, 2011).

A partir de la información obtenida en estudios realizados en México sobre las ITS, la población más afectada por alguna de éstas es aquella que se encuentra entre los 20 y 40 años; siendo los hombres quienes presentan mayor incidencia en el caso de la sífilis y VIH/SIDA; dicho lo anterior, es necesario identificar aquellos factores que se relacionan con la adquisición y aumento de las ITS en esta población.

1.1 Prácticas sexuales de riesgo

Una vez entendida la definición de salud sexual, es importante identificar lo que caracteriza a una práctica sexual de riesgo, las cuales, son situaciones que comprometen la integridad corporal y sexual de un individuo; dicho de otra manera, es la exposición de un individuo a una situación que pueda ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de contaminación por enfermedades sexualmente transmisibles como el SIDA (Gonçalves, Castellá & Carlotto, 2007).

En este sentido, se ha demostrado que el patrón de comportamiento sexual de una persona puede ser un factor de riesgo para adquirir una ITS, el cual, debe entenderse como un conjunto de conductas que involucran contacto con otra persona o con los fluidos de la misma. En éste, se considera el número de parejas sexuales, el tipo de pareja sexual (hombre o mujer, estable u ocasional), el tipo de prácticas sexuales realizadas (sexo vaginal, anal y oral y masturbación) así como la frecuencia y el uso de condón en estas prácticas (Suárez et al., 2016).

Debe aclararse que la principal conducta sexual de riesgo para contraer una ITS es la falta de uso o uso inadecuado e inconsistente del condón; ya que, al ser un método de barrera los preservativos son efectivos tanto para prevenir embarazos no deseados como para evitar el contagio de una ITS, pues no permite que se dé un intercambio de fluidos vaginales, líquido preeyaculatorio, líquido seminal; e incluso, el contacto con lesiones durante las relaciones sexuales (Pérez et al., 2008).

Un grupo vulnerable ante las ITS son los adultos jóvenes, ya que en la adolescencia y posteriormente en la juventud se comienzan a formar patrones de conducta sexual que pueden perdurar por el resto de la vida. Hoy en día el inicio de la vida sexual a una edad más temprana, la libertad sexual, la existencia de tratamiento eficaz para una ITS y la comercialización del sexo han favorecido el aumento de la presentación de estos problemas de salud (Vasallo, 2007).

En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT, realizada por Gutiérrez et al., (2012) de los adolescentes sexualmente activos de entre 12 y 19 años el 78.3% de hombres reportaron haber utilizado condón en su última relación sexual y en el caso de las mujeres se reportó un porcentaje menor de 45.9%. Con respecto a los adultos de entre 20 a 49 años, el 91% tenía vida sexual activa, de éstos el 37.9% de los hombres utilizaron condón en su última relación sexual y el 22.8% de las mujeres. Si bien en este estudio puede apreciarse una diferencia sobre el uso del condón en su última relación sexual entre adolescentes y jóvenes adultos, siendo estos últimos con los índices más bajos, no se puede inferir que los participantes lo usen de manera consistente y adecuada en todas sus prácticas sexuales, ya que el riesgo de contraer una ITS no sólo se limita al sexo vaginal.

Así pues, Pérez et al. (2008), señalan que el riesgo de contraer un ITS puede estar relacionado con el tipo de práctica sexual, por ejemplo, en el caso de la penetración anal, con facilidad llegan a producirse lesiones en las paredes del ano y recto, lo que propicia la entrada o salida de microorganismos. En estas áreas existe una gran concentración de células que posibilitan la entrada del VIH, así como otras ITS, por ello es considerada la práctica de mayor riesgo. Por su parte, en la penetración vaginal, el contagio de una ITS puede verse favorecido por las lesiones que se encuentren en el pene o la vagina. El semen y en menor medida los fluidos vaginales de personas infectadas contienen una gran concentración de VIH que permite su transmisión. Por último, en el sexo oral, existe el riesgo de contagio cuando se presentan lesiones en labios, encías y garganta.

Sobre este punto, a partir de una encuesta online a 116 jóvenes universitarios mexicanos de 18 a 24 años pudo observarse que hay una inconsistencia en el uso del preservativo de acuerdo con los tipos de estas prácticas sexuales: en el sexo vaginal, el 31% de la muestra utilizaron condón en todas sus relaciones sexuales, el 23.3% respondieron que lo utilizaban la mayoría de las veces; con respecto al sexo oral 39.7% nunca utilizó condón para esta práctica y finalmente, del 42.3% que

practica sexo anal únicamente 8.6% utilizó condón siempre. De acuerdo con sus respuestas el 28.4% ha tenido una pareja sexual, el 15.5% 2 parejas, el 6% 3 parejas y el 32% más de 4 parejas, los hombres obtuvieron un mayor número de parejas en comparación con las mujeres (Conde, Moo, Polanco & González, 2016).

Un estudio similar fue realizado en España a jóvenes heterosexuales universitarios de edades entre 18 y 30 años, se observó que el 29.2% utiliza preservativo durante el coito vaginal, el 2,0% durante el sexo oral y el 17% durante el sexo anal. Al realizar una comparación entre hombres y mujeres se registra un mayor uso del condón durante el sexo oral por parte de las mujeres. Con relación al número de parejas sexuales, la media de parejas sexuales para el coito vaginal fue de 3,80 para las mujeres y de 4,57 para los hombres, en el sexo oral fue de 2,65 y de 3,34, respectivamente (Blanc & Rojas, 2017).

Asimismo, en una investigación realizada por Mendoza y Ortiz (2009) en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), con edad promedio de 25 años, encontraron inconsistencias en el uso del condón, ya que se observó la falta de uso del preservativo durante el sexo anal en aproximadamente el 33% de la población y con respecto a las prácticas de sexo oral, un 87% reportó no hacer uso del condón. Por otra parte, en este mismo estudio, se evaluó la relación que existe entre el consumo de sustancias adictivas y el uso del condón, donde pudo observarse una inconsistencia en el uso del condón tanto en prácticas sexuales anales como orales en los hombres consumidores de drogas.

Si bien se ha estudiado la diferencia del no uso del condón en las diferentes prácticas sexuales, existen diversos estudios que analizan otras variables relacionadas con su ausencia, como es el caso del estudio de Valle, Benavides, Álvarez y Peña (2011), quienes encontraron en una muestra de jóvenes universitarios, que del 80.4% que reportaron haber tenido relaciones sexuales, el 61.2%, dijo haber tenido relaciones sexuales sin protección. La variable relaciones sexuales sin protección se encontró relacionada con estar bajo los efectos de alguna

droga o alcohol y con tener relaciones sexuales al conocer a alguien nuevo; por el contrario, el 38% reportaron haber tenido relaciones sexuales con alguien conocido. Finalmente, la variable prueba de ITS se relacionó con tener relaciones sexuales al conocer a alguien nuevo, tener relaciones sexuales sin protección y estar bajo los efectos del alcohol o alguna droga.

Algunos estudios señalan que el número de parejas sexuales y el sexo sin protección son consideradas unas de las principales conductas de riesgo para contraer una ITS; ya que de los 496 participantes (hombres y mujeres) el 88.8% aseguraba haber tenido entre 1-20 parejas sexuales hasta el momento de la consulta y el 41.7% afirmaba haber tenido el último contacto sin preservativo en un tiempo relativamente reciente (menos de 2 meses). En su mayoría, los porcentajes más elevados pertenecían a los hombres (Pérez et al., 2017).

De acuerdo con Caballero, Rodríguez, Iglesias, Reyes y Riveros (2016), quienes realizaron una investigación en la que se comparó el número de parejas sexuales y el uso consistente del condón antes y después de ser diagnosticados con VIH, se encontró que los hombres homosexuales y bisexuales tuvieron en promedio el mayor número de parejas sexuales tanto antes como después del diagnóstico. Al enterarse de su estado serológico los hombres heterosexuales aumentaron el uso del condón en todas las prácticas sexuales en las parejas estables y en las prácticas vaginales de las parejas ocasionales; sin embargo, estos cambios fueron significativos solamente en las prácticas vaginales con pareja estable. En personas bisexuales el uso del condón con pareja estable y ocasional disminuyó después del diagnóstico, recuperándose solamente en el sexo vaginal con parejas estables al momento del estudio, sin ser cambios significativos.

Por su parte, Pulido et al. (2013) aplicaron un cuestionario para identificar las prácticas sexuales de riesgo en 1,375 estudiantes de diferentes licenciaturas y semestres de tres universidades privadas de la Ciudad de México. Encontraron que de los estudiantes que reportaron haber tenido sexo alguna vez, el porcentaje que

no utilizó preservativo entre las tres escuelas fue de 74%. Un 38% había sido sexualmente infiel por lo menos una vez, 11% ha tenido sexo con prostitutas, 62% tuvo actividad sexual bajo los efectos del alcohol o drogas y el 42% había tenido sexo casual con una persona a la que acababa de conocer. Con respecto a las enfermedades de transmisión sexual, el 6% reportó haberlas tenido.

Un estudio realizado a jóvenes universitarios sobre las conductas de riesgo reportó que la razón más mencionada (68,7%) para no usar preservativo es tener pareja estable o pareja de confianza, señalando que un 80% tienen dos o más parejas al año en promedio. Asimismo, pudo encontrarse, en cuanto a la influencia del alcohol y drogas, que una cuarta parte de los participantes (26,5%) no ha utilizado el preservativo por “estar demasiado pasado”, siendo los hombres con mayores índices (Alafat, Juan, Becoña, Mantecón & Ramón, 2009).

Por último, existen investigaciones enfocadas en identificar la presencia de prácticas sexuales de riesgo en ambientes penitenciarios; Gaviria, Lastre y Trejos (2015) encontraron que, en una población de 100 reclusos de un centro penitenciario de Colombia, el 38% de los internos únicamente algunas veces utilizó protección al tener relaciones sexuales, 33% reportó nunca utilizar protección y 29% utilizan protección siempre. El tipo de relación sexual que practicaban el 96% de los internos era sexo vaginal, 85% sexo oral, 31% sexo anal y 2% con personas del mismo sexo. Del total de la población, se identificó un porcentaje de 11% de internos seropositivos.

Hasta el momento se ha observado que el patrón de comportamiento sexual pone en riesgo a los jóvenes adultos al encontrar en los diferentes estudios uso inconsistente del condón e incluso su ausencia de acuerdo a la práctica sexual realizada, ligado a tener más de una pareja sexual y el reporte de estar bajo los efectos de sustancias adictivas; estas variables se encontraron presentes en adolescentes, universitarios, hombres y mujeres, sin importar su orientación sexual, incluso se reportó una investigación en la que el ser diagnosticados con VIH en

ciertos casos tampoco asegura un futuro uso de preservativo. Sin embargo, hacer una revisión de los factores relacionados con el uso del condón resulta insuficiente, ya que es necesario identificar las percepciones y creencias que llevan a las personas a decidir no utilizarlo para tener un panorama más amplio del fenómeno.

1.2 Prácticas sexuales seguras

Tras hablar sobre algunas de las prácticas sexuales que ponen en riesgo la salud sexual de la población, principalmente a adolescentes y jóvenes adultos, es necesario mencionar y enfatizar todas aquellas prácticas y factores psicosociales que pueden propiciar la práctica de relaciones sexuales protegidas y un ejercicio responsable de la sexualidad, así como verse relacionados con el favorecimiento de una vida sexual sana y segura de los individuos.

Así pues, Robles, Rodríguez, Frías y Moreno (2014) señalan que para prevenir las ITS, es importante fomentar en la adolescencia, por un lado, las relaciones sexuales seguras (dar y recibir caricias cuerpo a cuerpo, estimulación de órganos sexuales, uso de juguetes sexuales, besos en labios y cuerpos, entre otros); las cuales hacen referencia a evitar el intercambio de fluidos corporales entre una persona y otra durante el encuentro sexual; y por otro, las relaciones sexuales protegidas, en las que se hace mayor énfasis el uso de preservativos.

De acuerdo con los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud ENSA, realizada por Olaiz et al. (2003) el conocimiento de métodos de prevención de ITS no fue un factor relacionado con el uso del condón, pudiendo ser causa de una información inadecuada o la falta de habilidades complementarias como negociación, percepción positiva de su uso etc. (Gayet, Juárez, Pedrosa & Magis, 2003), coincidiendo con otros estudios revisados, lo que lleva a cuestionarse sobre la calidad de la información a la que se tiene acceso y la necesidad de complementar incluyendo el trabajo del análisis de los sesgos perceptivos que pudieran estar interfiriendo con la decisión de no utilizar el preservativo.

Así mismo Bárcena et al. (2011) mencionan que los principales factores que intervienen en el uso del condón de acuerdo con diferentes investigaciones son: a) las intenciones de usarlo, b) actitudes favorables hacia su uso c) percepción de que otros están de acuerdo en su uso, d) percepción de la capacidad de poder emplearlo y e) tener creencias positivas sobre su uso. En contraste, tener conocimiento sobre ITS y VIH/SIDA no siempre se relaciona con el uso del condón.

Al identificar que tener información sobre las conductas de riesgo que pueden propiciar la adquisición de una ITS no es suficiente para promover conductas preventivas se han buscado en diferentes investigaciones más variables que puedan estar interviniendo en la decisión de utilizar preservativo consistentemente.

En este sentido, en un estudio con jóvenes de entre 15 y 25 años se encontraron factores protectores para el uso del condón, entre los cuales están el gusto por utilizarlo (53% de probabilidad de utilizarlo) y la autoeficacia (66% de probabilidad de uso habitual) en su uso, definida como la capacidad de poder usar el condón en diferentes situaciones o de rechazar relaciones sexuales sin el condón. Por el contrario, entre los factores de riesgo se menciona la falta de intención de uso con la pareja habitual, relaciones sexuales pene-ano y el desplazamiento del condón por el uso de otro método anticonceptivos; adicionalmente, no usar condón o dejar de usar condón con la pareja se encontró asociado a nociones de seguridad, confianza, estabilidad emocional y compromiso con la relación y a la falta de uso del preservativo. Por el contrario, considerar que el condón intensifica el placer al sentirse protegidos y la aceptación de los amigos hacia el preservativo, aumentó la oportunidad de usarlo habitualmente (Valencia & Canaval, 2012).

Por su parte, Lameiras, Rodríguez, Calado y Gonzáles (2004) encontraron en una muestra de hombres y mujeres de 18 a 27 años algunas creencias que podrían estar relacionadas con el uso del preservativo. Observaron que los hombres que utilizaban con mayor frecuencia el preservativo no pensaban que fuera embarazoso, molesto y difícil de utilizar, además de que el placer no disminuye o

interrumpe el acto sexual. En el caso de las mujeres su uso se relaciona con el menor riesgo de un embarazo no deseado, sentirse seguras y menos ansiosas, así como su fácil acceso y uso. Concluyen que, para los hombres, menor frecuencia de actividad sexual, reconocer la función contraceptiva del condón y tener seguridad al usarlo resultaban ser factores predictores del sexo protegido, a diferencia de las mujeres, que resultan ser el menor uso de la píldora y del *coitus interruptus,* sentimiento de seguridad y asociar que la atmósfera romántica no se rompe al usarlo.

Por otro lado, en una investigación que tenía como objetivo investigar los factores actitudinales e interpersonales que intervienen en el uso del condón en las relaciones sexuales en una muestra de adolescentes y plantear modelos explicativos al respecto, se encontró que los dos factores que resultaron asociados directamente fueron la asertividad sexual y la actitud positiva ante el uso del condón (Uribe, Aguilar, Zacarías & Aguilar, 2015).

Con relación a lo anterior, un estudio que enfatiza la importancia de una percepción positiva ante el sexo protegido fue realizado con 1507 adolescentes españoles de entre 14 y 19 años, se observó que la actitud positiva hacia el uso del condón estaba asociada con un menor riesgo sexual en las prácticas de sexo vaginal en mujeres y de sexo anal en los hombres; así como una mayor probabilidad de su uso en la primera relación sexual, siendo más elevada en mujeres que en hombres. En las mujeres la satisfacción sexual relacionada con la sintonía con la pareja predecía una mayor probabilidad de uso del condón en la primera relación sexual, en contraste la falta de protección en la primera relación sexual también se relacionó con la variable satisfacción sexual personal, percibiendo al preservativo como una barrera para la obtención de ésta. Con respecto a los resultados observados en los hombres, la satisfacción sexual y la sintonía con la pareja disminuían la probabilidad del uso del condón en la primera relación oral (Teva, Bermúdez & Ramiro, 2014).

Cabe señalar que autores como Rojas et al. (2017) proponen que el ejercicio responsable, respetuoso y equitativo de las relaciones interpersonales es indispensable para reducir las conductas sexuales de riesgos. Pudiendo ser posible por medio de un programa integral de educación sexual (ESI) que se caracteriza por mejorar conocimientos, actitudes y habilidades en siete ámbitos (género, salud sexual y reproductiva, ciudadanía sexual, placer, violencia, diversidad y relaciones). Realizaron una investigación en jóvenes mexicanos de entre 15 y 18 años para identificar la cobertura de información integral que se les ha proporcionado, encontraron que los temas que reciben mayormente durante la secundaria estaban relacionados con el uso del condón, prevención de embarazos y prevención de VIH. En contraste los temas menos abordados fueron: relaciones de pareja, placer y cómo conseguir condones y anticonceptivos. El 40 % del alumnado reportaron haber recibido información integral, indicando que los programas se enfocan en dar información cognitiva y menos en establecer competencias para poner los conocimientos en práctica.

Adicionalmente, Robles et al. (2014), consideran que en los factores asociados a la conducta sexual protegida deberían tomarse en cuenta el conocimiento sobre el uso del preservativo, la habilidad para colocar y retirar un preservativo en un modelo de pene demostrada en situaciones simuladas y la frecuencia de fallas ocurridas durante el acto sexual. Esto, debido a los resultados obtenidos en un estudio que realizaron con jóvenes universitarios mexicanos sexualmente activos, en donde pudieron observar que los jóvenes con mayor conocimiento sobre cómo debe usarse el preservativo durante el acto sexual fueron los que mejor ejecutaron la habilidad de colocar y retirar un preservativo en un modelo de pene de enseñanza, además, cometieron menos fallas al usarlo y hacen uso del mismos con mayor frecuencia.

Si bien el reporte de las variables cognitivas puede ser un indicador de la consistencia del uso del condón, existen otras investigaciones encaminadas a identificar variables conductuales como la comunicación en temas sexuales y su

influencia en el uso del preservativo, Jiménez (2010) encontró en una muestra de adolescentes una correlación entre las siguientes variables: estilo de colaboración-equitativa como estilo de negociación, consistencia en el uso del condón, frecuencia en la que se comunican con su pareja y conocimientos sobre ITS. Al realizar un análisis por género, se encontraron correlaciones en el grupo de las mujeres entre las variables colaboración-equidad como estilo de negociación, consistencia en el uso del condón y comunicación entre la pareja sobre temas sexuales. En el caso del grupo de los hombres la relación entre estilo de colaboración-equidad y la consistencia del uso del preservativo no se presentó. Finalmente, otra variable relacionada con el uso consistente del condón fue la intención de usarlo.

Otro estudio que enfatiza la importancia de la comunicación en la relación de pareja como predictor del uso persistente del preservativo es el realizado por Uribe, Bahamón, Reyes, Trejos y Alarcón (2017), los resultados en el grupo de hombres mostraron una correlación entre la frecuencia del uso del condón durante su vida sexual con la percepción de autoeficacia y la asertividad sexual; una correlación negativa entre el uso del condón en los últimos treinta días con el rechazo del uso del condón así como una correlación negativa entre el rechazo del uso del condón y baja percepción de riesgo. En el grupo de las mujeres se encontraron correlaciones significativas entre la frecuencia del uso del condón en los últimos treinta días con la asertividad sexual; el uso del condón durante la vida sexual con la percepción de autoeficacia y asertividad sexual; así como una correlación negativa entre la frecuencia del uso del condón y el rechazo del uso del condón. Pudiendo llegar a la conclusión de que la asertividad sexual predice el uso del condón en los últimos treinta días en el grupo de hombres, y la percepción de autoeficacia sumado a la asertividad sexual predice en uso del condón propuesto para mujeres.

Al exponer los diferentes estudios relacionados con las variables predictoras de conducta sexual protegida, se puede observar la relación entre las cogniciones, habilidades, motivaciones e interacción con el medio que están relacionadas con el

uso consistente del condón, de tal forma que una percepción positiva del uso del condón puede estar ligada a motivación para utilizarlo y a su vez la persona requiere tener la capacidad de comunicar y negociar sexo protegido eficazmente.

1.3 Factores psicosociales en prácticas sexuales de riesgo

A lo largo de este capítulo se ha hablado acerca de todas aquellas prácticas sexuales que afectan la salud, así como de aquellas que las mantienen fuera de peligro; sin embargo, es indispensable abordar las variables propias del individuo que resultan determinantes para dar lugar, o no, a dichas prácticas; así pues, es necesario considerar el conocimiento que se tenga sobre los métodos de protección, la experiencia emocional, las habilidades comunicativas, las características personales, la toma de decisiones, las percepciones, creencias y actitudes frente a la sexualidad de cada persona (Carrera et al., 2005; como se citó en Bahamón et al., 2014).

De esta manera, se puede observar en un estudio realizado por Fernández, Val, Fernández y Fernández (2014) que conocer la información sobre la forma en que se transmite una ITS no garantiza el uso consistente del preservativo; ya que, en una muestra de hombres diagnosticados con VIH, el 87% reportaba conocer la información de transmisión de VIH, el 97% la forma de prevenirlo y el 69% se sabían propensos a adquirirla. Asimismo, el 73% no cuestionaba el estado serológico de su pareja sexual, el 65% consideran que actuaban con impulsividad, el 30% consideraba una pérdida de control de su conducta, y al ser cuestionados sobre los factores que pudieron influir en su contagio, el 33% señalaron la falta de información, 18% la casualidad, 14% mala suerte, 17% el estado de ánimo, así como la falta de percepción del riesgo, la pérdida de miedo y el exceso de confianza. Una vez que supieron su diagnóstico el 41% nunca pensaron que les pudiera pasar y el 25% pensaron que se protegían adecuadamente. De acuerdo con estos resultados se pudo concluir el aumento en las prácticas de riesgo por una minimización del peligro de éstas al existir tratamientos eficaces.

Esto último, es afirmado por Slovic, Fischhoff y Lischtenstein (1999; como se citó en Gayet, 2015), quienes indican que uno de los sesgos relacionados con participar en situaciones riesgosas tiene que ver con la inclinación que tienen las personas por verse a sí mismos como personas inmunes a los peligros (“no me va a pasar a mí”), así como la conformidad de no contar con la información suficiente.

Respecto a esto, al entrevistar a un grupo de HSH que afirmaban haber tenido prácticas de penetración anal sin condón (PASC) con parejas ocasionales, se encontró que la confianza en el estado serológico de la otra persona era un indicador para tener PASC al establecer una relación de confianza, aunque no sean parejas formales, sin embargo, afirman no conocer exactamente el estado serológico de ellos o habérsele preguntado. Se llegó a la conclusión de que se tienen valoraciones subjetivas para decidir no utilizar el preservativo como mensajes no verbales por parte de la otra persona que indican si desea o no utilizar preservativo, intuición, interpretaciones personales como suponer que si la persona tiene una ITS pedirá usar el preservativo y confianza en que ambas partes de la pareja no son portadores de VIH o alguna ITS (Fernández-Dávila, 2007).

En un estudio realizado por medio de grupos focales a jóvenes de 15 a 21 años se muestra que los jóvenes no piensan que tanto las ITS como el VIH sean graves y que afecte a personas como ellos, ya que entienden que se presenta en homosexuales, dependientes de drogas y personas de países subdesarrollados, por otro lado, no conocen a personas con VIH en su entorno. Entre algunas razones que reportaron para no utilizar el preservativo fueron la confianza en la otra persona, tener relaciones monógamas seriales que les garantice la fidelidad de la otra persona mientras dura la relación, estar bajo los efectos del alcohol y pensar que sus conocidos también tienen sexo sin protección y no les pasa nada, intuyendo que tampoco les pasará a ellos (Saura, et al., 2010).

De acuerdo con Gayet (2015), la información que tiene una persona precede sus decisiones futuras, en ocasiones esta información toma como referencia los

estereotipos socialmente construidos tanto para percibir o no el riesgo. Es decir, la percepción de riesgo de contraer una ITS depende en gran medida del contexto y la información que la persona considere relevante como punto de partida para su actuar.

Un estudio realizado por Uribe, Andrade, Zacarías y Betancourt (2013) a jóvenes de entre 15 y 18 años de edad, muestra que los hombres hacen uso del condón con mayor frecuencia cuando su intención y aceptación hacia el mismo es mayor para usarlo y además cuente con las habilidades de comunicación asertiva para dialogar con su pareja; esto quiere decir que su uso depende de si quiere "evitar un embarazo", "no quiere contagiarse de una ITS", porque "es hombre y tiene que hacerlo" o solo porque tiene la intención de usarlo; asimismo, esto se ve relacionado en gran medida con el tipo de práctica y pareja sexual. Por otra parte, a comparación de los varones, se pudo observar que las mujeres presentaban una variable más como predictor para el uso del condón, además de los antes mencionados, el cual se refería al enamoramiento, entendiendo que mientras mayor sea el nivel de enamoramiento menos uso del condón en las relaciones sexuales.

Asimismo, en otro estudio que pretendía conocer el significado que jóvenes de 20 años daban al uso del condón en sus relaciones sexuales, se pudo identificar que los discursos que daban los participantes figuraban entorno a "las putillas" y "las amigas", que desde su perspectiva son "fáciles" y por ello había una mayor razón por la cual tenían que usar condón, ya que existía mayor riesgo al tener sexo con ellas. Por el contrario, la novia o esposa, al representar el ideal de mujer para el hombre y con la que se establece cierta formalidad, la percepción del riesgo de contagio disminuye considerablemente, por lo tanto, el uso del condón resulta innecesario en sus encuentros íntimos. Aunado a esto, en la mayoría de los casos no usaban el condón por la espontaneidad en que sucedía el encuentro sexual. De igual manera, algunos de los discursos dados por los participantes, mostraban que el usar condón era sinónimo de no sentir, que a su vez resulta una limitante o barrera

que impide el placer dentro de las relaciones sexuales, lo que finalmente pone en riesgo su masculinidad (De Jesús & Menkes, 2014).

Resultados similares relacionados con la influencia de sentirse vulnerables ante una ITS se encuentran en un estudio con universitarios de entre 19 y 26 años; se pudo observar que, con respecto al grupo de los hombres, había correlaciones entre la frecuencia de uso del condón con la perspectiva de autoeficacia, así como rechazo del uso del condón y baja percepción de riesgo. En el caso de las mujeres, se encontraron correlaciones negativas con la variable frecuencia de uso del condón y baja percepción de riesgo, así como rechazo del uso del condón (Uribe et al., 2017).

Al respecto, un estudio realizado por Camacho y Pabón (2014) en Colombia sobre las percepciones negativas que afectan el uso del condón, arrojó que las más arraigadas entre los jóvenes eran que “no siempre se tienen a la mano” y “hay que depender de ellos”. Así pues, dentro de las dificultades que manifestaban para su uso se encontraba: la pérdida de sensibilidad con la pareja (45,4%), corta el “rollo” (30,3%) y la posibilidad de ruptura al usarlo (25,2%), así como el elevado precio de los preservativos (18,5%), la dificultad para obtenerlos (13,4%) o la incomodidad de usarlos (13,4%). También pudieron identificarse, en menor medida, argumentos como tener vergüenza a la hora de comprarlos (6,7%), la falta de confianza en su eficacia (5%), que usarlos corta la relación (3,4%), dificultad o no saber cómo se coloca (2,5%), el pensar que se pone en duda la confianza de la pareja (0,8%) o el pensar que si los llevas encima pueden pensar que estás buscando “rollo” (0,8%).

Las prácticas sexuales están basadas en la información científica que se tiene, así como de la información cultural a la que el individuo tiene acceso en un grupo determinado. Un factor común en diferentes investigaciones es la influencia de las normas sociales para cada género en las prácticas sexuales, dando como resultado actitudes diferentes en relación con el autocuidado, la prevención de enfermedades y salud reproductiva. De tal forma que relacionar las prácticas

sexuales con un nivel de reconocimiento sexual hace que los hombres perciben menor riesgo ante una ITS, en contraste con la percepción romántica femenina que al atribuirle confianza e intimidad emocional atribuyen un papel protector a su pareja (Bahamón et al., 2014).

Al hacer un análisis de la Primera Encuesta Nacional “Lucha contra la exclusión, intolerancia y violencia en escuelas media superior” de la SEP se encontró que a nivel nacional el promedio de inicio de relaciones sexuales con penetración fue de 16 años, comparando por sexo, los hombres presentaron un promedio de 15 años y las chicas 16 años. Con respecto a las creencias de género en relación con el inicio de la vida sexual, las mujeres tenían un porcentaje mayor creencias igualitarias y los hombres creencias tradicionales. Tener creencias tradicionales en las chicas se asoció negativamente con el inicio de las relaciones sexuales y en los chicos se correlacionó positivamente, indicando que sigue siendo predominante en el contexto sociocultural de México. Este estudio demuestra una diferencia en cuanto a la conducta sexual entre hombres y mujeres (Rivera et al., 2016).

Partiendo desde el supuesto de que la representación social del riesgo de contraer una ITS se construye a partir de las creencias en relación con el amor y el sexo, así como la construcción de lo femenino y lo masculino, Saura et al. (2017) realizaron entrevistas a hombres y mujeres para conocer la influencia de sus percepciones y su relación con el uso del condón. Se observó una representación del impulso sexual masculino como algo que no se puede someter al control de su voluntad, justificando así el no uso del preservativo, sin embargo, afirman tener el control de su eyaculación. En las relaciones estables la ausencia de preservativo se relacionó con la confianza en la fidelidad de la otra pareja como forma de descartar una ITS. Con respecto al perfil femenino se encontró una falta de autonomía personal lo que hace difícil la negociación del uso del condón, así pues, las conductas de riesgo relacionadas con la sexualidad están influenciadas por las construcciones de identidad de género adoptadas en una sociedad.

Uno de los factores que intervienen en la percepción de riesgo, es el grado de confianza y conocimiento de las parejas estables, de tal forma que se ha observado la falta de preservativo en las relaciones sexuales una vez se pasa del tipo de pareja esporádica a una estable, lo que se llega a denominar riesgo de monogamia serial, ya que no se percibe riesgo de contraer una ITS o VIH al tener una pareja exclusiva; el riesgo radica en que una vez que se termina esa relación se comienza con una nueva relación exclusiva y así sucesivamente creándose una serie de relaciones exclusivas sin protección (Robles, Moreno, Rodríguez & Díaz, 2007).

En relación con esto último, en un estudio realizado en Cartagena se encontró que en las relaciones que se establecen como oficiales, la barrera dada por el condón en las relaciones sexuales llega a considerarse como una barrera para el placer y para la construcción de la confianza en la relación de pareja. Por tanto, el condón se visualiza como un artefacto que media el contacto entre los dos individuos, y que traduce de manera metafórica la presencia de un tercer individuo en la relación y, por lo tanto, sugiere infidelidad. El contacto con el otro sin intermediarios es equivalente a una relación de pareja confiable y leal. El condón es un objeto que rompe con el orden natural de la sexualidad, la cual evoca de manera ideal el contacto de los cuerpos, narrado por la población como la necesidad de tener relaciones “piel con piel” o “carne con carne” (Suárez et al., 2008, como se citó en Camacho & Pabón, 2014).

Los estereotipos de género no se limitan a las relaciones heterosexuales ya que a partir de un cuestionario a 318 hombres homosexuales y bisexuales pertenecientes a la Ciudad de México que tenía como objetivo analizar la relación entre prácticas sexuales de riesgo para infección de VIH y la opresión internalizada por prejuicios hacia esta población, se observó que del 70% que reportó haber tenido sexo, el 10% reportaba una actitud negativa hacia su misma preferencia sexual en específico a los estereotipos que caracterizan a las personas con esta preferencia o el temor de que se descubriera su orientación sexual, y éstos factores

se relacionaron con un mayor consumo de drogas antes o durante las relaciones sexuales y sexo sin preservativo (Ortíz & García, 2005).

Como se ha visto a lo largo del capítulo, existen diferentes variables y contextos que influyen sobre la percepción de las personas con respecto al uso del preservativo, de tal forma que la percepción de riesgo de contraer una ITS, y por lo tanto decidir utilizar el condón, se ve permeada por la confianza que un individuo tenga hacia su pareja sexual, esto sin mencionar que la pareja sea estable u ocasional, pues en la mayoría de los casos, basta con obedecer a un juicio intuitivo para determinar si el otro tiene, o no, alguna ITS. En este sentido, dentro de una relación estable, fácilmente pudo identificarse que la falta de uso de preservativos en sus prácticas sexuales estaba fuertemente ligado a la creencia de fidelidad y a la percepción de seguridad entre los miembros, conducta que resulta riesgosa ya que no se percibe la posibilidad de que los integrantes hayan tenido con anterioridad relaciones sexuales riesgosas. No podemos dejar de lado el papel que juega la actitud de las personas hacia el uso del condón, pues en gran parte de los jóvenes, el disgusto hacia los preservativos (como la limitación del placer) no deja ver siquiera el peligro que conlleva tener sexo sin protección.

En este sentido, es fácil inferir que las variables asociadas con el comportamiento sexual de riesgo y contraer VIH; tales como el consumo de drogas y uso de jeringas no esterilizadas, falta de información sobre ITS y métodos anticonceptivos, creencias erróneas sobre el uso de condón, escasas habilidades de comunicación sobre temas de sexualidad con la pareja, baja percepción de riesgo, así como mantener relaciones sexuales con múltiples parejas; se presentan mayormente en poblaciones vulnerables como las que habitan en los Centros de Reinserción Social, debido a las características del contexto, como el acceso limitado a información, preservativos, servicios de salud eficaz, hacinamiento durante su estancia y la continua coacción a la que están expuestos.

2. SALUD SEXUAL EN HOMBRES PRIVADOS DE LA LIBERTAD

De acuerdo con la ONUSIDA (2015) se puede definir como población clave o grupos de población clave a aquellos que resultan más expuestos al contagio del virus del VIH, de tal forma que éstos tienen más posibilidades de exponerse al virus o de transmitirlo, así mismo su participación resulta relevante para tener intervenciones exitosas ante este virus. De acuerdo con esto, se define a cuatro grupos de población clave principales: los hombres que tienen sexo con hombres, las personas transgénero, los usuarios de drogas inyectables y los trabajadores sexuales, así como sus clientes, son más vulnerables a contraer VIH. Adicionalmente, también consideran a los presos y otras personas pertenecientes a algún centro de reclusión, debido al poco acceso a servicios de salud de calidad. Los grupos clave pueden ser determinados por cada país con el objetivo de tener una mejor respuesta ante la epidemia.

El Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos (2016) señala en la Ley Nacional de Ejecución Penal que el término *persona privada de la libertad* hace referencia a aquella persona procesada o sentenciada que se encuentre en un Centro Penitenciario. Así pues, al cierre del año 2016, se registró que en nuestro país había 188 mil 262 personas privadas de la libertad en los centros penitenciarios de las entidades federativas, en donde el 95% de la población correspondía a hombres y el resto a mujeres; las edades en las que se encontraba el 68.5% de la población en estos lugares oscilaba entre los 18 y 39 años; además, cerca del 70% mencionó tener como máximo educación básica (INEGI, 2017c).

Se sabe que en México la población que habita los centros penitenciarios vive rodeada de diversos factores de riesgo para la salud, los cuales pueden considerarse incluso como una violación a los derechos humanos más fundamentales, en los que se encuentran la violencia, los servicios insuficientes de agua o drenaje, difícil acceso a servicios médicos, alimentación inadecuada, uso de

drogas, relaciones sexuales sin protección (con o sin consentimiento), tatuajes con material no esterilizado, y saturación de los espacios y recursos disponibles. Tales condiciones han propiciado que enfermedades como la tuberculosis, contagio por virus de hepatitis C, sífilis y VIH/SIDA tengan una mayor incidencia dentro de estos lugares (González, Badial & Gras, 2013).

Debido a que las instituciones de detención no son espacios de total aislamiento e incluso llegan a presentarse condiciones de hacinamiento, se presenta interacción constante entre personas, mismas que pasan largos periodos de tiempo conviviendo en espacios cerrados con poca comunicación con el exterior; lo que puede propiciar prácticas sexuales y, por lo tanto, aumenta el riesgo de propagación de enfermedades de transmisión sexual entre las que se incluye el VIH. Adicionalmente estas poblaciones tienen poco acceso a información relacionada con salud sexual y prevención del VIH, así como a un limitado acceso a insumos de prevención, elevando su vulnerabilidad. La información sobre prevalencia de VIH en algunas instituciones es limitada y en algunos casos nula, un estudio realizado en cuatro reclusorios de la Ciudad de México mostró una prevalencia de 0.7%, cifra mayor que la reportada en población general (CENSIDA, 2014).

En la Declaración Cumbre de París sobre el SIDA, realizada el 1ro. de diciembre de 1994, 42 países incluyendo México reconocieron los derechos humanos de las personas con VIH/SIDA, en esta declaración estos gobiernos se comprometen a luchar contra las condiciones sociales y económicas que favorecen la discriminación y la propagación del virus. Por otro lado, en 1996 uno de los apartados de las “Directrices Internacionales sobre VIH/SIDA” mencionan la obligación de las autoridades penitenciarias de garantizar la protección de los reclusos frente a la violación, la violencia y la coacción sexual. Asimismo, dar a los reclusos y al personal penitenciario la posibilidad de recibir información y educación sobre la prevención del VIH, someterse voluntariamente a la prueba del VIH y recibir asesoramiento, beneficiarse de los medios de prevención, recibir tratamiento y atención (CENSIDA, 2007).

Con respecto a México, en el año 2008 la Secretaría de Gobierno, la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional de Salud Pública pusieron en marcha el proyecto “Ponte a Prueba”, el cual, tiene como propósito prevenir y controlar el VIH, así como otras ITS en personas privadas de la libertad. La detección de VIH, Hepatitis B y C y sífilis se ha llevado a cabo en seis centros penitenciarios de la Ciudad de México: Centro de Ejecución y Sanciones Penales Varonil Oriente, Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha, Centro Femenil de Readaptación Social Tepepan, Reclusorio Preventivo Varonil Sur, Reclusorio Preventivo Varonil Norte y el Centro de Readaptación Social Varonil. Hasta el 2011, el Programa de Atención en VIH se encontraba en la Penitenciaría de Santa Martha Acatitla, ya que había aproximadamente 120 internos con VIH, quienes eran atendidos directamente en el interior de la penitenciaría por personal médico del Programa; cada interno era monitoreado a través de estudios de CD4, carga viral, exámenes generales y genotipos de acuerdo con sus necesidades. En tres años (febrero 2009 - agosto 2011) este Programa ha atendido a 203 personas con VIH (Clínica Especializada Condesa [CEC], 2011).

Si bien se han implementado programas preventivos y de atención enfocados en población privada de la libertad, es necesario mencionar aquellos estudios que reportan las condiciones en las que se encuentran algunos hombres con VIH en prisión; como el estudio realizado por Castellanos (2009), en la Penitenciaría del Distrito Federal, en el cual se evidencian algunos puntos relevantes con respecto al acceso a los servicios de salud. En este sentido, los pacientes con VIH tienen acceso a medicamentos antirretrovirales y una dieta semanal, sin embargo, los servicios de atención médica no cuentan con suficiente personal o no están suficientemente capacitados para su atención, así mismo se presenta desabasto de medicamentos para contrarrestar enfermedades asociadas con su condición. Con respecto a su comportamiento se observó que algunos internos prefieren comercializar la comida y los medicamentos que se les entregan, incluso llegan a rentar sus dormitorios para que en los días de visita otros internos puedan utilizarlas

para tener relaciones sexuales. Los internos tienen el derecho a los mismos beneficios que la población general, salvo la visita íntima, ya que uno de los requisitos para utilizarla es no tener alguna infección de transmisión sexual. Cabe señalar que se observaron conductas de riesgo como prostitución o sexo sin protección.

Una vez delimitada la importancia de enfocar programas preventivos en contextos vulnerables, como lo son los centros de reclusión, es necesario mencionar las discrepancias entre los acuerdos y los procedimientos establecidos dentro de las instituciones, ya que puede haber dificultades para llevarlos a cabo debido a las características del sistema penitenciario actual.

2.1 Prácticas sexuales en prisión

El Censo Nacional de Gobierno, Seguridad Pública y Sistema Penitenciario Estatales que abarca, desde el año 2011 y hasta el 2017, mostró que la mayoría de los centros penitenciarios han alojado más personas de las que la capacidad del recinto admite. En 2016 se registró la tasa más baja de 110%, sin embargo se han registrado en años anteriores tasas más elevadas de hasta 120%. Así mismo el 45.6% de las personas privadas de la libertad reportó haber compartido su celda con más de cinco personas (INEGI, 2017c). El hacinamiento en las cárceles propicia el mal funcionamiento de los servicios que proporcionan las instituciones causando deficiencias en las instalaciones, alimentos y servicios de salud, así como un aumento en la violencia (Zepeda, 2013).

Al existir sobrepoblación en los dormitorios pueden surgir riñas al presentarse sometimiento sexual entre los internos, con respecto a la problemática sexual, la forma de combatirla en países como México desde 1924 ha sido el acceso a la visita conyugal, siendo este uno de los logros del sistema penitenciario, ya que en otros países no se autoriza o se reduce a una vez al mes y por un número de horas determinadas como en el caso de España (Coca, 2007).

Una vez revisadas algunas de las características del contexto en el que se encuentran las personas privadas de la libertad, resulta necesario señalar las pautas de comportamiento que la institución marca hacia las prácticas sexuales de los internos. En ese sentido, el Reglamento de la Ley de Ejecución de Sanciones Penales y Reinserción Social para el Distrito Federal, señala en el *Artículo 46* que:

> El sentenciado tiene derecho a la visita íntima, previa autorización del Consejo Técnico, en el área que se le asigne, debiendo registrar sólo a una persona, con quien acredite una relación marital, de concubinato o de sociedad en convivencia, debiendo ser autorizada una vez que se hayan realizado los exámenes médicos generales a ambas partes; los exámenes médicos al sentenciado serán realizados por la Unidad Médica del Centro Penitenciario. Los sentenciados solteros también tendrán derecho a la visita íntima respecto de una persona con la que mantengan una relación afectiva y para acreditar tal circunstancia se consultarán los registros de la visita familiar. En los dos supuestos anteriores los Sentenciados podrán realizar modificaciones de manera semestral a los registros de la visita familiar. No podrá prohibirse la visita íntima por cuestiones de enfermedad de cualquiera de las partes o, de preferencia sexual (Pág. 9).

Dicho artículo, deja ver que la única forma en la que los internos pueden mantener relaciones sexuales dentro de los Centros Penitenciarios es a través de un largo procedimiento burocrático, en el cual, incluso, se da por hecho que las parejas sexuales de éstos deben ser externas al lugar. Cabe resaltar que dentro del reglamento no se observa algún tipo de prohibición o reprimenda hacia las prácticas sexuales entre los internos, así como ningún lineamiento u opción para que puedan tenerlas.

Como parte de los requisitos para solicitar una visita íntima con los internos, es necesarios contar con una serie de estudios médicos (certificado de salud,

examen para sífilis negativo, examen inmunológico anticuerpo VIH, tele de tórax, papanicolaou, los resultados del examen de exudado vaginal y el comprobante del método de planificación familiar) a los que tiene que someterse la pareja, mismos que deben ser expedidos por instituciones del Sector Público y deberán renovarse cada seis meses. Asimismo, deben presentarse documentos que avalen el estatus de la pareja (acta de matrimonio o actas de nacimiento de los hijos; o en su caso, cartas constancia de la unión), los cuales, son verificados por la Oficina de Trabajo Social. La visita íntima es de lunes a domingo, en los horarios: matutino, de 09:00 a 13:00 hrs, vespertino, de 14:00 a 19:00 hrs, y nocturno de 20:00 a 7:00 hrs. del día siguiente. La visita íntima se concede sólo una vez por semana y los servicios en los Centros de Reclusión relacionados con el ingreso de la visita familiar, íntima y demás que tengan derecho, son gratuitos (Calveiro, 2010).

El tiempo en que se lleva a cabo este procedimiento burocrático y la disponibilidad para realizar este tipo de visitas en cárceles que sobrepasan su capacidad no se ve clarificado por las instituciones, por tanto, este derecho se presta para ser usado como una técnica de control social de los internos, el cual, dependerá de la buena o mala conducta que tengan, condicionando de esta manera su derecho a la libertad sexual (Fedelich, 2008).

En este sentido, datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Población Privada de la Libertad (2016), registraron que a nivel nacional el 23.9% de los internos recibió visita conyugal, de esa muestra el 32.5% recibió la visita cada semana, 23.1% cada mes, y 12.3 cada dos meses; el resto está dividido entre, cada quincena (11.4%), dos veces o más a la semana (5.3%), cada año (5.2%), cada tres meses (5.1%) y cada seis meses (4.1%). Es importante señalar que el acceso a la visita íntima es un beneficio por el que los internos han pagado.

La masturbación es la práctica sexual más común y factible que los internos tienen dentro de prisión; particularmente aquellos que son más jóvenes y cuentan con escasas visitas privadas. Sin embargo, se ha reportado que en algunas prisiones

esta práctica está prohibida, causando un castigo por realizarla. Por otro lado, la falta de privacidad puede causar incomodidad en los internos con los que comparten celda, asimismo se pueden propiciar situaciones de acoso al no tomar en cuenta ni la identidad de género ni los roles de género (Fedelich, 2008).

Por otra parte, en un estudio realizado en población privada de la libertad en Estados Unidos se pudo encontrar que la conducta sexual dentro de prisión ha sido practicada entre reclusos o con los miembros del personal, esto reportado en 67% de hombres y 96% en mujeres. Algunas de las razones que se mencionaron fueron: amor, soledad, aburrimiento, manipulación y deseo físico. Con respecto a la disposición de preservativos, éstos fueron mencionados en menor medida dentro de las entrevistas realizadas, las formas en las que podían tener acceso a ellos eran por medio de compras clandestinas realizada con oficiales o personal y traídos de contrabando por las visitas. La falta de acceso a preservativos llevó a los encuestados a tener diferentes métodos para tener sexo seguro, como la fabricación de condones con guantes de látex o bolsas, así como la elección de una pareja que intuían que no portaba ninguna enfermedad (Krienert, Walsh & Lech, 2014).

Por otra parte, en una encuesta nacional en cárceles francesas se reportó disposición de condones masculinos en el 95% de las cárceles, un 21% de condones femeninos y 51% de disponibilidad de lubricantes. En caso de estar disponibles los condones se encuentran en unidades médicas y en un porcentaje menor se encuentran en bibliotecas, salas de visitas o asociaciones externas. (Michel et al., 2011).

En cuanto al acceso a preservativos podemos mencionar la presencia de México en las Conversaciones de la Consulta Regional para América Latina y el Caribe sobre VIH-sida en el medio carcelario (2008), en donde las principales recomendaciones fueron: trabajar fuertemente en educación en el contexto de encierro, distribuir masivamente gel lubricante, preservativos y un kit de reducción

de daños, resolver los problemas de superpoblación y trabajar en diversidad sexual en cárceles, entre otros.

La Encuesta Nacional de Población Privada de la Libertad (2016), indica que el 43% de la población privada de la libertad recibió algún tipo de bien básico por parte del Centro Penitenciario, sin embargo, no se delimita si un preservativo es parte de los artículos de aseo personal proporcionado, tampoco se especifica en la lista de bienes entregados por las visitas de los internos.

No resulta novedoso la existencia de corrupción dentro de las prisiones, pudiendo mencionar el pago por servicios elementales, cada servicio exige una cuota, especialmente debido a la carencia de bienes básicos. Lo que lleva a las familias a hacerse cargo de proveer estos bienes, además de pagar sobornos a guardias de seguridad para poder tener acceso a la institución. Siendo así, el 90% de los internos dice recibir comida de su familia, el 49% medicinas y el 64% dinero; así mismo el 35% reporta que tienen que pagar por mandarlos llamar, el 29% por llevar comida, 33% por llevar ropa y el 14% para tener visita conyugal (Bergman, 2007).

En México se ha adoptado la ideología formal y sistemática de la readaptación social, planteando la Ley que Establece las Normas Mínimas sobre la Readaptación Social de Sentenciados, de tal forma que los centros penitenciarios han adoptado diferentes modelos para el tratamiento del interno que le permitan en un futuro su readaptación. Es relevante resaltar que la pena de privación de libertad no provoca la pérdida de los derechos humanos o la dignidad, de tal forma que todos los internos tienen el derecho a la vida, a la salud y a recibir información, educación y medios de prevención con respecto al VIH, así como el asesoramiento, la confidencialidad y la atención médica en esta materia (CENSIDA, 2017).

Lo anterior se puede ver reflejado en el *artículo 32* del Reglamento de la Ley de Ejecución de Sanciones Penales y Reinserción Social para el Distrito Federal, el cual menciona que:

> Los Servicios Médicos del Centro Penitenciario participarán en la elaboración y ejecución de los programas nutricionales y de prevención de enfermedades para los sentenciados. Asimismo, aplicará periódicamente pruebas de enfermedades infecto-contagiosas, y establecerá campañas de prevención y promoción a la salud respecto de las enfermedades más comunes en cada Centro Penitenciario, así como de educación sexual y hábitos de higiene e inmunizaciones. La Secretaría de Salud asegurará que exista Instrumental, insumos y los medicamentos necesarios del cuadro básico en las Unidades Médicas (pág. 7).

Sin embargo, pueden observarse serias diferencias entre los acuerdos y artículos dirigidos a proteger los derechos humanos de las personas privadas de la libertad y los datos estadísticos que reportan las encuestas, censos y diversas investigaciones; las cuales resaltan la deficiencia en los servicios que las instituciones Penitenciarias tienen; como la ineficacia de los servicios médicos, la escasez de bienes básicos y de salud, así como la falta de espacio para albergar a una población creciente. Esto demuestra una enorme discrepancia entre lo que se estipula y lo que se vive en las prisiones actualmente. Aunado a esto, en dichos contextos, Diaco, Sadi y Weller (2010) señalan la vulnerabilidad de las personas al no tener acceso universal a preservativos (siendo exclusivo su uso para los usuarios de la visita conyugal) o material informativo tanto para ellos como para sus familiares y autoridades, así como la negación de la existencia de relaciones sexuales fuera de la visita conyugal.

2.2 Conductas de riesgo sexual en población privada de la libertad

Como se ha visto, los Centro de Reclusión Social son espacios que propician la ejecución de conductas de riesgo que favorecen la propagación de infecciones de transmisión sexual y VIH; dicho lo anterior, existen diversas investigaciones como la realizada por Álvarez et al. (2012), que señalan que los hombres privados de la libertad que hacen uso de drogas intravenosas, tienen como principales factores de riesgo el uso compartido de jeringas, el haberse realizado algún tatuaje y tener 2 o más parejas sexuales. La prevalencia de infección en el Centro fue del 43% para el VIH, 85% para Hepatitis B y 91,9% para Hepatitis C.

Asimismo, en un estudio realizado en 10 Centros de Reinserción Social del Estado de Guanajuato, se pudo observar en una muestra de 2514 internos varones, que los comportamientos de riesgo detectados en esta población para contraer alguna ITS, como el VIH, son la realización de tatuajes durante su encarcelamiento (n=443); el 44. 2% de éstos señalaba haberse tatuado con materiales no exclusivos para dicha práctica (agujas de inyección, agujas de aserrado, cable, etc.), el 55.8% aseguraba haberlo realizado con una máquina para tatuajes y en su mayoría (50.9%) referían haber utilizado materiales ya usados por otros internos, o bien, desconocían su estado. Asimismo, el comportamiento sexual que mantienen los internos es un factor de alto riesgo, ya que de los 1131 participantes que aseguraron tener relaciones sexuales durante su estancia en el Centro, arriba del 90% declaró no hacer uso del condón sin importar que su pareja fuese hombre o mujer (Belaunzaran et al. 2017).

Un estudio realizado en dos cárceles masculinas y dos femeninas de la Ciudad de México encontró una prevalencia para el virus del VIH de un 0.7%, prevalencia más alta que en la población general, así mismo identificó a participantes que desconocían su diagnóstico. Algunas de las razones mostradas por las que se es vulnerable ante una infección transmisible fueron, el comportamiento antes del encarcelamiento, entre ellos se encuentran el uso de

drogas, el comportamiento sexual, trabajo sexual, exposición a la violencia y la pobreza. Sin embargo, el consumo de drogas y el realizarse tatuajes fueron conductas con niveles altos de presentación en la cárcel. Con respecto al uso del condón en prisión, alrededor de un 20% de los hombres lo utilizaron en su última relación sexual (Bautista et al., 2015).

Otro estudio muestra que los hombres en comparación con las mujeres en reclusión reportaron utilizar drogas inyectables mayormente, en donde el 50% de ellos compartían jeringas. En general la práctica de riesgo más reportada fue las relaciones sexuales, y las personas con más tiempo encarcelados fueron las más propensas a tener conductas de riesgo. Respecto a las prácticas sexuales, un porcentaje mayor de hombres reportó haber tenido sexo no consensuado a diferencia de las mujeres, lo que resulta ser una conducta que los hace vulnerables a la adquisición de una infección de transmisión sexual debido a la ausencia del preservativo (Abiona, Adefuye, Balogun & Sloan, 2009).

Cabe señalar que tales comportamientos resultan estar sujetos a ciertos factores como el tedio del entorno penitenciario, la falta de ocupación mental y física o el aburrimiento, que propician una acumulación de frustración y tensiones en las personas de los Centros. La violencia y la coacción entre internos puede verse reflejada en su comportamiento sexual, pues en una violación cometida no siempre se emplea el uso de la fuerza, ya que la misma necesidad de sobrevivir los lleva a utilizar su cuerpo como forma de pago de deudas, especialmente los más vulnerables (Almendárez, 2012).

Jürgens et al. (2011) mencionan que es complicado obtener datos confiables sobre la presencia de actividades sexuales en las cárceles, ya que internos pueden negar su participación en actividades sexuales entre personas del mismo sexo por temor a ser juzgados o etiquetados, sin embargo, existen estudios en diferentes prisiones del mundo que afirman la existencia de sexo consensuado y no consensuado dentro de éstas, sin embargo los porcentajes varían ampliamente. En

el caso del sexo consensuado con otros compañeros, la mayoría de los hombres no se identifican como homosexuales y puede que no haya experimentado sexo entre personas del mismo sexo antes de su encarcelamiento. Por el contrario, el sexo no consensuado puede incluir el acoso, extorsión sexual y agresión sexual, siendo partícipes tanto internos como personales de la institución.

Así pues, un estudio realizado en una cárcel de Belice reportó que el 4.3% de su muestra informó haber sido sexualmente activos en prisión, de los cuales un porcentaje menor ocupó preservativo. El 1.1% reportaron sexo con penetración con más de una pareja en los últimos 12 meses. Además, otro 1.1 % informaron que alguna vez pagaron o aceptaron (1.0%) dinero u otros artículos a cambio de favores sexuales mientras estaban encarcelados (Gough & Edwards, 2009).

De acuerdo con un estudio realizado en 30 prisiones españolas del año 2007 al 2008 los casos de sífilis encontrados dentro de éstas fueron 94; entre las conductas de riesgo que se detectaron podemos mencionar el ser clientes de prostitución y tener relaciones con parejas ocasionales, una tercera parte de los infectados mencionó haber tenido entre una y dos parejas sexuales en los últimos doce meses, adicionalmente, la forma de adquisición de la ITS en 98% de la muestra fue por medio de relaciones heterosexuales no protegidas (Garriga, Gómez-Pintado, Díez, Acín & Díaz, 2011).

De acuerdo con lo anterior, el no uso del condón en las relaciones sexuales resulta entendible debido a las condiciones en las que puedan llegar a darse; siendo así, en una prisión colombiana, se observó que el 38% ha utilizado condón en algunas de sus relaciones sexuales y 33% reportó falta de protección en todas sus prácticas, por otro lado el 29% de la población afirmó protegerse siempre. Con respecto al tipo de prácticas sexuales el 85% reportó tener sexo oral, el 31% sexo anal, el 96% sexo vaginal y el 2% con personas del mismo sexo. Finalmente las enfermedades con las que han tenido contacto en mayor medida son la tuberculosis con un 54% y VIH con un 43% (Gaviria et al., 2015).

Cabe resaltar que las conductas de riesgo sexual de las personas privadas de la libertad no se presentan únicamente durante su estadía en prisión, si no que estos patrones de conductas se ven reflejados antes de su ingreso y pueden perdurar hasta después de su salida; con respecto a esto, un estudio muestra una serie de conductas de riesgo realizadas seis meses antes de ser encarcelados, en donde, el 28% de la muestra reportaron no haber ocupado preservativo. Después de salir de prisión el 22% de la muestra reportó tener sexo sin protección. En comparación con las mujeres los hombres reportaron tener sexo sin protección en mayor medida y el 2% de la muestra total tuvo sexo sin protección con usuarios de drogas inyectables. Enfatizando que los hombres reportaron en mayor medida tener sexo sin protección con múltiples parejas (Adams et al., 2013).

Estudios como el de Sánchez, Pérez y Santabárbara (2016) encuentran otras variables relacionadas con esta conducta, en una investigación en el Centro Penitenciario de Daroca, España, se encontraron relacionadas con la aparición de alguna ITS las siguientes variables: la falta de estudios, tener dos o más condenas, contar con antecedentes de ITS, así como tener comportamientos no favorables a la prevención de las mismas y pertenecer a un programa de mantenimiento de metadona. Las actitudes de riesgo que se reportaron fue la percepción de que los preservativos son complicados de usar y la idea de que el estar con una pareja estable disminuye el riesgo de adquirir una ITS.

De acuerdo con lo anterior es necesario promover conductas preventivas dentro de las instituciones penitenciarias, ya que se observa en las investigaciones la vulnerabilidad de los internos ante las ITS y el VIH siendo variables relacionadas el tener sexo sin protección, compartir jeringas o realizarse tatuajes con material no esterilizado, lo cual, repercute en su vida dentro y fuera del Centro, esto se traduce en un riesgo para la salud no solo del interno, sino también para el resto de la población.

3. SALUD SEXUAL Y PREVENCIÓN DE VIH EN PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD

Las consecuencias a nivel mundial con respecto a la morbilidad y mortalidad causado por la adquisición de las infecciones de transmisión sexual (ITS) afectan la salud sexual y reproductiva de las personas, asimismo facilitan la adquisición del VIH y cambios celulares relacionados con algunos tipos de cáncer. Además de ser un factor que afecta el bienestar general de las personas, repercute en el presupuesto de los que las padecen y resulta en un gasto en el ingreso de los sistemas de salud de los países. Es por esto que se han creado estrategias que disminuyan la propagación de estas enfermedades, las cuales se basan en focalizar las iniciativas preventivas integrales aplicando programas con enfoques biomédicos, estructurales y comportamentales (OMS, 2016).

La OMS (1998) define la prevención como las medidas destinadas no solamente a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias. Con base en ello, las actividades preventivas se pueden clasificar en tres niveles (Colimón, 1978; como se citó en Vignolo, Vacarezza, Álvarez, & Sosa, 2011):

- Prevención Primaria: Se refiere a las medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes. Las estrategias para la prevención primaria pueden estar dirigidas a prohibir o disminuir la exposición a factor nocivo, hasta niveles no dañinos para la salud, esto quiere decir que el objetivo de las acciones de prevención primaria es disminuir la incidencia de la enfermedad**.**

- Prevención Secundaria: Comprende acciones destinadas al diagnóstico temprano y oportuno del problema de salud para su control. La captación

temprana de los casos y el control periódico de la población afectada para evitar o retardar la aparición de las secuelas es fundamental. Lo ideal es aplicar las medidas preventivas cuando todavía el daño al organismo no está tan avanzado y, por lo tanto, los síntomas aún no son aparentes.

- Prevención Terciaria: Se refiere a acciones relativas a la recuperación del problema de salud a través de un diagnóstico y tratamiento para la rehabilitación física, psicológica y social en caso de secuelas buscando reducir de este modo las mismas. En la prevención terciaria son fundamentales el control y seguimiento del paciente, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunamente.

- Prevención Cuaternaria: Es la intervención que se realiza cuando el paciente ya padece o ha padecido la enfermedad y trabajando para evitar las recaídas, sobre todo, si estas tienen altas posibilidades de presentarse (Vignolo et al., 2011).

En este sentido, como campo de especialización de la Psicología, la Psicología de la Salud al hacer uso de sus principios, técnicas y hallazgos, pretende intervenir en los procesos de la salud y enfermedad en diversos contextos que puedan presentarse. Oblitas (2008), señala que la Psicología de la Salud busca:

1. Promover la salud, que se refiere a todas aquellas actuaciones dirigidas a fomentar un estilo de vida saludable.

2. Prevenir enfermedades, en donde se pretende modificar los hábitos no saludables de las personas, y los cuales, suelen estar asociados a múltiples patologías, ya sea crónicas o agudas.

3. Evaluar y tratar enfermedades específicas, los psicólogos junto con otros especialistas de la salud utilizan tratamientos pertenecientes a sus respectivas disciplinas.

4. Evaluar y mejorar el sistema sanitario, donde se contemplan propuestas dirigidas a mejorar la atención sanitaria en la práctica profesional, educación sanitaria de los usuarios o formular políticas de salud.

Dicho esto, existen diversas teorías y modelos conceptuales que han demostrado ser útiles para el pronóstico e intervención sobre la conducta; así pues, una teoría se puede definir como una estructura conceptual desarrollada y aplicada para guiar la investigación y la práctica, su función es explicar; entonces, un modelo es una figura mental que ayuda a comprender las cosas que no se pueden ver o explicar directamente y tiene la función de representar (Cruz et al., 2010). El describir y explicar la realidad tienen como finalidad predecirla (Piña, Ybarra, Sánchez & Garay, 2010).

Estos modelos y teorías proporcionan información para elaborar programas de intervención preventivos. Los criterios para utilizar uno u otro dependen de la población con que se trabaje, el contexto y el tipo de conducta que se desee prevenir. Es por esto que resulta necesario revisar algunos de los modelos de salud y su aplicación en el área de la salud sexual.

3.1 Modelos de salud aplicados a la salud sexual

De acuerdo con Bárcena et al. (2011) existen diferentes modelos psicológicos que buscan predecir la conducta saludable, así como la conducta sexual protegida, por ejemplo: el Modelo de Creencias de la Salud, la Teoría de la Acción Razonada, la Teoría de la Conducta Planeada, la Teoría Cognitiva del Aprendizaje Social y el Modelo Transteórico.

a) El Modelo de Creencias de Salud (MCS), que considera el comportamiento como la consecuencia de las creencias y valoraciones internas en situaciones determinadas. Su hipótesis es que una persona llevará a cabo un comportamiento de salud al tener niveles mínimos de motivación e información relevante sobre la salud, se perciba vulnerable y considere amenazante el llegar la enfermedad en cuestión, así como creer en la eficacia de la de la medida recomendada y le resulte relativamente sencillo realizar la conducta de salud (Cruz et al., 2010).

b) La Teoría de la Acción Razonada, relaciona las creencias, actitudes, intenciones y la conducta. Asimismo, asegura que la intención para llevar a cabo una conducta es el mejor predictor; la cual, es predicha por la actitud hacia ejecutar tal conducta y factores sociales como la percepción (Ortiz & Ortiz, 2007).

c) La Teoría de la Conducta Planeada (TCP), es una teoría complementaria a la de Acción Razonada (TRA); la cual, señala que la conducta se encuentra determinada por la intención que la persona tiene de realizar la misma. Dicha intención, está en función de: 1) la actitud hacia la conducta como variable inicial, que surge de las creencias de la persona que tiene sobre la conducta a realizar; 2) la norma subjetiva, que se refiere a la creencia que la persona tiene sobre la existencia de una presión social que sufre para actuar, y la motivación por complacer tales presiones; y 3) la percepción de control sobre la conducta que se tiene en la situación en la que se debe tomar la decisión y actuar (Huéscar, Rodríguez-Marín, Cervelló & Moreno-Murcia, 2014).

d) La Teoría Cognitiva del Aprendizaje Social, es un modelo recíproco entre ambiente, conducta y factores cognitivos. El comportamiento depende del ambiente y las condiciones personales; las cuales, a su vez, dependen del mismo comportamiento y del contexto ambiental, quienes se ven afectados por los otros dos factores. Dicha teoría resalta aquellos factores personales que fungen como agente intencional y reflexivo; tales como: la capacidad

simbolizadora, la capacidad de previsión, la capacidad vicaria, la capacidad autorreguladora y la capacidad de autorreflexión (Bandura, 1987; como se citó en Riviére, 1992).

e) El modelo transteórico, menciona que el cambio en la conducta es un proceso en el que las personas tienen diversos niveles de motivación y de intención de cambio. Esto mismo permite planear intervenciones y programas adecuados a las necesidades específicas de los individuos dentro de su contexto. El modelo se basa en la idea de la naturaleza del cambio de comportamiento y en que las características de las intervenciones que pueden facilitar dicho cambio (Cabrera, 2009).

Asimismo, existen teorías enfocadas específicamente en reducir la conducta sexual de riesgo como: el Modelo de Reducción de Riesgo y el Modelo de Información, Motivación y Conducta (Bárcena et al., 2011).

a) El Modelo de Reducción del Riesgo del VIH/SIDA (MRRS), el cual propone tres etapas de cambio: 1) reconocer el comportamiento como de alto riesgo, 2) tener el compromiso de disminuir las conductas sexuales riesgosas, así como aumentar las actividades de bajo riesgo y 3) buscar información y poner en práctica soluciones (Cruz et al., 2010).

b) El Modelo de Información-Motivación-Habilidades conductuales. Es creado con el objetivo de integrar las principales variables determinantes de la prevención del VIH, en el cual la información de la salud, la motivación para actuar una vez conocida la información y las habilidades conductuales son las principales determinantes de la realización de conductas preventivas. A pesar de considerar los factores del modelo como determinantes generales de las conductas de salud, los factores podrán tener contenidos específicos que sean relevantes para conductas específicas de salud o para poblaciones particulares (Barra, 2001).

La forma de abordar las intervenciones sobre prevención de conductas de riesgo sexual se enfoca en variables diferentes de acuerdo al modelo con que se decida trabajar, de tal forma que Espada, Quiles y Méndez, (2003) mencionan algunos ejemplos:

a) En el caso del modelo socio-cognitivo se presenta información, con el fin de alertar a la población y aumentar su conocimiento acerca de los riesgos que puede ocasionar el sexo sin protección, también desarrolla habilidades sociales y de autocontrol, se enfoca en aumentar la autoeficacia en situaciones de riesgo y fomenta el apoyo social.

b) Para el modelo de creencias de salud es importante abordar la percepción subjetiva de riesgo, los beneficios de adquirir conductas preventivas así como las consecuencias de no hacerlo; de tal forma que pretende abordar cinco elementos: 1) que se perciba el sida como una enfermedad grave, 2) la susceptibilidad de adquirirla, 3) conocer los mecanismos de prevención, 4) que se encuentre motivado para ponerlos en práctica, y 5) que cuente con los recursos necesarios para implantar finalmente las conductas de protección. A esto, Soto, Lacoste, Papenfuss y Gutiérrez (1997), resaltan que este modelo está construido en la valoración subjetiva de una cierta expectativa; que hablando en términos de salud, el valor será el deseo por no contraer alguna ITS o VIH, y la expectativa la creencia en que el uso de preservativos durante sus prácticas sexuales prevendrá o mejorará el proceso.

c) El modelo de acción razonada pretende que se mejore la percepción sobre el uso del preservativo así como tener expectativas sobre los beneficios de su uso, asimismo es importante que sus pares como amigos y compañeros valoren positivamente el uso del mismo.

d) De acuerdo con el modelo transtéorico del cambio, las campañas de prevención deben contemplar la disposición hacia el cambio, ya que indican que

tan solo un tercio de las personas que reciben los programas se encuentran motivadas para utilizar el preservativo consistentemente, otro componente abordado son las ventajas frente a las desventajas de usar preservativo.

Así pues, existen investigaciones que muestran las estrategias de prevención basadas en algunos de los modelos mencionados anteriormente, tales como la realizada por Gallegos, Villarruel, Loveland-Cherry, Ronis, y Zhou (2008), quienes llevaron a cabo una intervención en adolescentes teniendo como marco de referencias la teoría Social Cognitiva, la teoría de la Acción Razonada y la teoría de la Conducta Planeada, las estrategias comprenden discusiones en pequeños grupos, uso de videos y ejercicios interactivos, asimismo se contemplaron los roles por género e importancia de la familia. Con respecto a la información otorgada a los participantes, ésta se enfocó en la reducción del riesgo de VIH/ SIDA haciendo énfasis en los beneficios de la abstinencia y uso del condón como medios para evitar embarazos no planeados e ITS. Si bien no hubo cambios significativos en relación a la abstinencia, sí los hubo en la intención de utilizar preservativo.

Por otra parte, una intervención que toma como referencia el Modelo de Creencias de Salud en adolescentes realizada por Pérez, Soler, Pérez y Hung, (2015), cuyo objetivo era elevar la percepción de riesgo ante el VIH; encontraron que el nivel de conocimientos sobre el VIH era medio en el 50% de su muestra y bajo en el 33.9%, sin embargo un 100% tenía claro que las relaciones sexuales eran una de las vías para contraer el virus. Por otro lado, los adolescentes identificaron como más vulnerables a las personas que cambiaban con frecuencia de pareja sexual y no utilizaron preservativo. Con respecto a la percepción de riesgo sólo el 3.2% de los adolescentes tenían una percepción de riesgo alta, en general la percepción de riesgo se encontraba en un nivel medio, concluyendo que es importante que se concientice sobre la vulnerabilidad que se tiene al realizar un comportamiento sexual de riesgo y no estereotipar el riesgo sólo a las personas homosexuales. La intervención ofreció información sobre el VIH y su forma de prevención (sexo seguro, sexo protegido, retrasar el debut sexual y habilidades para

negociar conductas preventivas) enfatizando los beneficios de esto, asimismo se abordaban temáticas encaminadas a reflexionar las variables relacionadas con la percepción de riesgo como la fidelidad, susceptibilidad percibida y la gravedad de las consecuencias de adquirir el virus.

En una revisión de artículos de programas preventivos de ITS, VIH y embarazo, realizado por Macaya, Ferreres y Campoy (2016), observaron que las intervenciones conductuales para la prevención de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual se caracterizaban por divulgar información, promover el uso del preservativo, promover la abstinencia, fomentar el inicio de las relaciones sexuales tardías y la reducción del número de parejas sexuales. En el 72.5% de las revisiones no se encontraron diferencias entre el grupo control y el grupo de intervención respecto a la tasa de embarazos e ITS y en un 48.1% no se tienen claras las evidencias del efecto de la intervención sobre el uso de condón, número de parejas sexuales o edad de inicio de relaciones sexuales.

En diversos programas no se contemplan variables como la evaluación de conocimientos, actitudes o habilidades conductuales en su conjunto, lo que lleva a profundizar en las evidencias de la eficacia de otro tipo de intervenciones preventivas que integren estas variables.

El comportamiento sexual de riesgo del VIH, tiene un componente que difiere de otras conductas de riesgo, ya que mientras algunas conductas preventivas son responsabilidad del individuo, el comportamiento sexual requiere de la cooperación de dos personas, de tal forma que algunos modelos consideran la comunicación sexual, negociación y asertividad como variables importantes que influyen en el comportamiento (Noar, 2007), este es el caso del Modelo de Información Motivación Habilidades conductuales.

3.2 Modelo Información-Motivación-Habilidades conductuales IMB

El modelo Información-Motivación-Habilidades (IMB), es un modelo que conceptualiza los determinantes psicológicos del desempeño de comportamientos que pueden alterar o mejorar el estado de salud. Este modelo fue desarrollado, basándose en una revisión crítica y compilación de algunos constructos de teorías importantes en la psicología social y de la salud. Dicho modelo, afirma que la información relacionada con la salud, la motivación y las habilidades conductuales son determinantes del rendimiento del comportamiento saludable. Dicho de otra manera, el que las personas estén bien informadas, motivadas para actuar, y posean las habilidades necesarias para una acción efectiva, podrán iniciar y mantener conductas que promuevan la salud y para experimentar resultados de salud positivos (Fisher et al. 2003).

De acuerdo con Misovich et al. (2003; como se citó en Chang, Choi, Kim & Song, 2014) en el modelo IMB, la información puede definirse como "un requisito previo inicial para promulgar un comportamiento saludable", lo cual incluye, no solo la información relacionada con el comportamiento sino también mitos que influyen en la toma de decisiones relacionadas con el comportamiento sin esfuerzo.

En cuanto a la motivación, se encuentra aquella de tipo personal (creencias sobre la intervención, resultados y actitudes hacia un comportamiento de salud particular) y la social (apoyo social percibido o la norma social). Por último, las habilidades conductuales, pretenden facilitar el cambio de comportamiento. Por tanto, la información y motivación repercute directamente sobre las habilidades conductuales y el comportamiento de salud (Figura 1) (Chang et al., 2014).

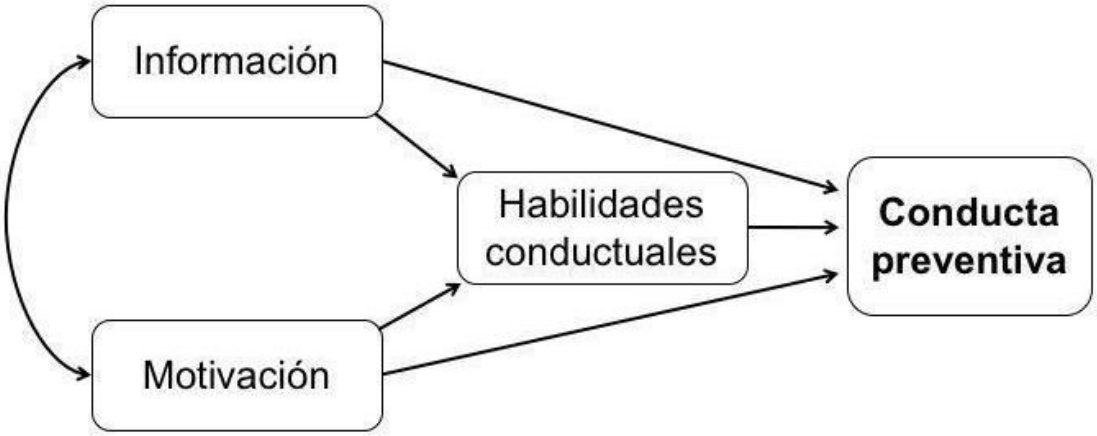


Figura 1. Modelo de Información-Motivación-Habilidades conductuales (Fisher & Fisher,1992).

Cabe señalar que el utilizar adecuadamente el modelo implica la identificación de los contenidos específicos de información, motivación y habilidades conductuales necesarios para una conducta de salud específica en una población específica, así como la identificación de los factores que tiene mayor influencia en la práctica de esa dicha población (Barra, 2001).

De acuerdo con este modelo, el cual se ha sometido a rigurosas investigaciones empíricas, la información, motivación y habilidades conductuales explican el 33% de la varianza del cambio conductual. Indica que la información es necesaria, pero por sí misma no es suficiente para modificar la conducta preventiva. En este sentido la información y la motivación tendrían influencia por medio de las habilidades conductuales. Sin embargo, cuando las habilidades conductuales no son complicadas, la información y la motivación pueden actuar directamente sobre la conducta. Por otro lado la relación entre motivación e información es débil, pero la presencia de ambos aumenta el poder predictivo del modelo (Ortiz & Ortiz, 2007).

Un estudio realizado con 450 sexoservidores de Vietnam, mostró que los niveles de información, motivación y habilidades conductuales percibidas para la prevención del VIH eran bastante bajas, explicando en parte los niveles limitados del comportamiento de uso del condón. Así pues, la motivación tenía una relación

tanto directa como indirecta con el uso del condón a través de habilidades conductuales; esto a diferencia de la información relacionada con el VIH, ya que no hubo relación alguna con los constructos del modelo. Este análisis sugiere que las habilidades de comportamiento son un mediador de motivación y comportamiento, mientras que no lo es para la información. Por tanto, esto indicaría que los trabajadores de la calle que están mejor motivados tienen más probabilidades de usar condones cuando tienen sexo, y esa variabilidad en la motivación impacta tanto las habilidades de comportamiento como el uso de condón. La información de prevención del VIH no parece contribuir a las habilidades de comportamiento y uso del condón. Este resultado puede ser diferente a lo marcado por el modelo original IMB (Van & Debattista, 2016).

En cuanto a la relación de las variables del modelo y su relación con el uso del preservativo en el estudio de Bermúdez, Herencia y Uribe (2009) indica que las variables referidas al conocimiento, motivación y habilidades conductuales están relacionadas directamente con el uso del preservativo en parejas estables y ocasionales, lo que indicaría que no es necesario contemplar terceras variables para que estas predigan el uso del preservativo. La susceptibilidad percibida no fue una variable relacionada directamente con el uso del preservativo pero sí con la autoeficacia. Los resultados del estudio también encontraron que el nivel de conocimientos y la motivación para realizar conductas preventivas se ve influenciado por las habilidades conductuales, siendo la autoeficacia una de las principales variables predictoras del uso del preservativo, sin embargo las variables conocimiento y actitudes siguen siendo variables relevantes y su efecto no se ve mediado por la autoeficacia.

Una investigación realizada en jóvenes, mostró que existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento, la motivación y el comportamiento sexual riesgoso. La mayoría de los participantes tenían conocimiento sobre el VIH /SIDA y el comportamiento de riesgo asociado con la enfermedad; sin embargo, los resultados mostraron que cuando la motivación aumenta, los comportamientos

sexuales arriesgados disminuyen, y viceversa. También se encontró que existe una relación positiva entre la percepción de riesgo y el comportamiento sexual de riesgo, además, se observó que la percepción del riesgo de VIH no es estática, sino que varía con el contexto y con el tiempo. Concluyendo que el modelo IMB parece ser el más adecuado para conceptualizar los factores que intervienen en la prevención del VIH (Bahrami & Zarani, 2015).

Otra de las investigaciones que expone la eficiencia del modelo de la información-motivación-habilidades conductuales es la realizada por Bermúdez et al. (2009), en una muestra de 599 adolescentes colombianos, sexualmente activos, de enseñanza secundaria. Los resultados indican que las variables referidas al conocimiento, motivación y habilidades conductuales contempladas en el modelonse relacionan directamente con el uso del preservativo en parejas estables y ocasionales. Así mismo la autoeficacia, fue considerada de los mejores predictores del uso del preservativo junto al grado de conocimiento sobre el VIH/SIDA, apoyando de esta forma la hipótesis de que resulta necesario que la persona esté motivada para adquirir las habilidades necesarias para realizar adecuadamente las conductas preventivas.

Con relación a los contenidos incluidos en las intervenciones basadas en el modelo IMB, Fisher et al. (2003), muestra algunos ejemplos, como la que realizó con estudiantes universitarios heterosexuales, en la cual, pretendía identificar los déficits de información sobre la prevención del VIH, los obstáculos motivacionales y limitaciones en las habilidades conductuales que se relacionaban con patrones de comportamiento de riesgo de VIH. La intervención incluyó presentaciones de diapositivas, videos, discusiones grupales y juegos de roles transmitidos por un educador de salud. Al analizar los resultados se encontró un aumento en los indicadores de información de prevención del VIH, motivación y habilidades conductuales semanas después de la intervención.

Chang et al. (2014) mencionan estrategias utilizadas para aumentar los niveles de las variables del modelo; con respecto a la divulgación de información algunas intervenciones incluyen información sobre el objetivo enfermedades crónicas y los comportamientos de salud recomendados para llevar a cabo ante la enfermedad utilizando, películas, folletos, discusión interactiva, asesoramiento y enseñanza entre pares. Con respecto al fomento de la motivación, la mayoría de los estudios se centraron en aumentar una actitud positiva, un sentido de apoyo social y percepción de normas sociales y discusiones grupales. Finalmente las habilidades conductuales iban dirigidas a aumentar la autoeficacia y la enseñanza de habilidades objetivas como uso adecuado del condón, cómo dejar de fumar y cómo rechazarlo bebidas alcohólicas y kits para la enfermedad. Respecto a la eficacia de los tratamientos, en específico los que tenían el objetivo de reducir conductas de riesgo, se encontraron cambios significativos después de la intervención.

Una vez revisado el modelo Información-Motivación-Habilidades y el material empírico que muestra el papel de las variables del mismo como predictoras de uso de preservativo; se puede mencionar cómo se han ocupado estas variables en la formación de programas que fomenten conductas de prevención, un ejemplo de esto puede observarse en una investigación realizada por Robles et al. (2006), en estudiantes universitarios. La intervención fue realizada para divulgar información sobre el VIH, su forma de transmisión y formas de prevención; también se hizo un análisis de la presencia de los roles de género marcados por la cultura y se les enseñó el procedimiento correcto para utilizar el preservativo; se concluyó con temas de comunicación en pareja, comunicación asertiva y formas de negociar el uso del condón por medio de un juego de roles. La estrategia incrementó la consistencia del uso del condón y el porcentaje de estudiantes que lo utilizaron en su última relación sexual. Se pudo observar que la habilidad para negociar el uso del preservativo se correlacionó con la habilidad para utilizarlo correctamente.

Dicho lo anterior, resulta necesario conocer acerca de los programas de intervención para la prevención de VIH implementados en personas que se encuentran privadas de la libertad con la finalidad de analizar las variables que abordan, las actividades encaminadas a fomentar conductas preventivas y la eficacia de estas.

3.3 Programas de prevención de VIH en PPL

De acuerdo con Fishbein (2000) las intervenciones más efectivas son aquellas que buscan cambiar comportamientos específicos en lugar de categorías de comportamiento u objetivos. En ese sentido, se debe enfocar en un solo comportamiento en lugar que varios; ya que los factores que influyen en un comportamiento frecuentemente difieren de aquellos que producen otro.

Con respecto a la prevención del VIH en Latinoamérica, las intervenciones no han sido homogéneas dependiendo del recurso que los gobiernos destinen a este propósito. En población general se han utilizado los programas de consejería y tamizaje voluntario; en diferentes regiones se han colocado centros gratuitos donde ofrecen consejería pre y post test. También se han implementado programas de educación sexual para jóvenes, sin embargo es complicado encontrar evidencias de su impacto. Por otra parte se han realizado intervenciones para hombres heterosexuales, en las que se considera a grupos que tienden a estar aislados por periodos prolongados, incluyendo instituciones carcelarias, éstos se enfocan en promover el uso del preservativo y selección de parejas sexuales. Para tener éxito dentro de este ambiente, se debe reconocer el uso de drogas inyectables y relaciones homosexuales, incluir preservativos y acción de reducción de daños (Cáceres, 2004).

Las acciones encaminadas a fomentar conductas preventivas varían en personas privadas de la libertad. Por ejemplo, un proyecto realizado en Argentina con esta finalidad, realizó talleres con grupos vulnerables como jóvenes, hombres

adultos, y mujeres pertenecientes a diferentes unidades penitenciarias. Los objetivos de estos talleres estuvieron enfocados en escuchar las problemáticas que tenían las personas del taller e ir aclarando las dudas que surgía. Ésto con ayuda de juegos didácticos, proporcionando trípticos informativos, preservativos y realizando pósters destinados a una campaña de prevención en la institución. Los resultados de esta clase de intervenciones se reportaron de forma cualitativa, informando las necesidades que esta clase de población tiene, que es el acceso a información, creencias, mitos y tabúes relacionados con temas sexuales así como falta de habilidades para negociar el uso del preservativo (Del Valle, Borda, Montoya & Ales, 2002).

Por su parte, Population Services International (PSI), un organismo que basa su marco teórico retomando elementos de diversas disciplinas; ha creado programas que permiten diseñar y evaluar intervenciones de comunicación para cambiar el comportamiento. Así pues, el marco de desempeño de PSI pretende: en el nivel superior, mejorar el estado de salud y la calidad de vida de las personas; el segundo nivel, implica el uso de productos y/o la adopción de comportamientos de reducción de riesgo; el tercer nivel, aborda las determinantes del cambio de comportamiento de PSI, referente a la oportunidad, habilidad y motivación de acuerdo a la población. El programa de intervención desarrollado por esta organización, toma como ejes principales informar sobre temas relacionados al VIH y enseñar el uso correcto del preservativo (CENSIDA, 2007).

Entre otras investigaciones encaminadas a fomentar conductas preventivas de VIH, se encuentra la implementada con varones en conflicto con la ley; tomando como referencia el modelo ecológico de Bronfenbrenner; la intervención contempla la promoción de las siguientes variables: para el microsistema, conocimientos, actitudes, intenciones y autoeficacia; en el mesosistema, apoyo, supervisión familiar y la norma subjetiva y para el macrosistema, factores socioeconómicos, ideológicos y los estereotipos de género. La intervención fue realizada en sesiones encaminadas a promover desventajas y ventajas de utilizar el preservativo,

transmisión de VIH/SIDA, discusión de situaciones problemáticas sobre el uso del condón así como mitos sobre sexualidad; también abordaban la importancia de hablar sobre temas relacionados con la sexualidad con sus padres, así como enseñar habilidades de uso correcto del condón y negociación para utilizarlo en sus relaciones sexuales. La intervención mostró un aumento de la mayoría de las variables abordadas en comparación con el grupo control. Por otro lado también se observaron diferencias entre el reporte de estilos de negociación y lo que se observaba directamente (Sánchez, Enríquez & Robles, 2016).

Otro estudio realizado en el Centro Penitenciario de Santiago de Cuba, que pretendía modificar la conducta sexual de los internos para disminuir la incidencia de sífilis en la institución, llevó a cabo una intervención educativa que estaba fundamentada en un manual metodológico para la formación de promotores que trabajan con sus pares en centros penitenciarios; para lo cual, se capacitaron cerca de 42 internos sobre temas de prevención de ITS/VIH/SIDA, tales como: epidemiología, sexualidad, autoestima, violencia, adicciones, infecciones de transmisión sexual, sida, comunicación y prevención. Posteriormente, los promotores ejecutaron una serie de actividades de prevención, en las que se encontraban videodebates, conversaciones y consejos cara a cara, encuentros de conocimientos, conferencias y tertulias, así como concursos y propagandas gráficas. Dicha intervención educativa logró revertir el cuadro epidemiológico de sífilis, que en menos de 2 años disminuyó la incidencia de la infección en 70,6% (Valiente, Hernández & Sánchez, 2016).

Otro ejemplo de intervención fue realizado en una muestra de hombres de la prisión de Alabama. Entre las actividades del programa preventivo se encontraron mostrar videos de concientización sobre el VIH en la población privada de la libertad y de promoción de autocuidado; por otro lado se aplicaron cuestionarios para identificar sus conocimientos sobre la transmisión del VIH y sobre los temas abordados en las conferencias. Esta intervención recomendó la abstinencia o en caso de tener una práctica sexual, utilizar el preservativo, para lo cual también se

les mostró cómo usarlos correctamente junto con la forma más adecuada de utilizar lubricantes de aceite o agua. La evaluación de los resultados del taller encontró que el 92% de los participantes se concientizaron más sobre la prevención del VIH, lo cual repercute en sus prácticas sexuales futuras fuera de prisión (Ayanwale et al., 2008).

Con respecto al modelo IMB utilizado para implementar programas preventivos en personas privadas de la libertad las investigaciones son escasas, sin embargo, existe un estudio realizado en jóvenes pertenecientes a una institución de menores infractores, que analizó la relación de las variables en esta población (Robertson, Stein & Baird, 2006); en dicho estudio no se encontró relación entre el conocimiento del VIH y el uso del condón. Respecto a la motivación para reducir las conductas riesgosas, éstas se asociaron significativamente con la autoeficacia del uso del condón. En el modelo de muestra, los tres indicadores de la motivación (riesgo percibido, influencia de pares que utilizan condón y actitud hacia el preservativo) se asociaron positivamente con la autoeficacia del condón. Este estudio encuentra diferencias entre hombres y mujeres con respecto a la autoeficacia del condón y el uso del condón durante las relaciones vaginales siendo más observable en mujeres que en hombres, esto puede deberse a las normas culturales que reflejan que las mujeres deben obtener la cooperación de su pareja y pueden encontrar objeciones. Las mujeres jóvenes en el estudio mostraban niveles más altos de conocimiento, motivación y autoeficacia percibida para la prevención de ITS/VIH, sin embargo, fueron mucho menos las que informaron el uso del condón a comparación con los hombres

Una vez revisada la información sobre prevención de VIH con poblaciones vulnerables como lo son las personas privadas de la libertad, se puede decir que se han encontrado similitudes en cuanto a las variables que abordan las intervenciones como la información, la promoción del uso del preservativo correctamente y discusiones grupales, generalmente con resultados favorables; sin embargo, son escasas las investigaciones que trabajen específicamente con intervenciones

basadas en el modelo de información-motivación-habilidades conductuales. Se plantea la necesidad de evaluar las variables en conjunto que propone el modelo para determinar su eficacia.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

4.1 Justificación de la investigación

La Dirección General de Epidemiología (2018b) señala que en México existen 198,598 casos de VIH/SIDA, de los cuales, 6,827 se han registrado este año. El Ministerio de la Protección Social de Colombia (2011) menciona que las prisiones en Latinoamérica son ambientes altamente vulnerables a la infección de VIH, la prevalencia en este ambiente puede llegar a ser hasta veinte veces más alta que en la población general, también la población está expuesta a presentar violencia con armas corto-punzantes, maltrato y discriminación por parte de distintos actores, así como abuso sexual, violencia física y psicológica.

De acuerdo con Herrera y Rodríguez (2007), los varones son menos cuidadosos con su cuerpo, más arriesgados en la vida sexual, pueden establecer múltiples contactos sexuales y por ende a estar más expuestos a contraer una ITS. Las actitudes y prácticas que fomentan situaciones de riesgo tienen consecuencias no solo en la propia salud de los varones, sino también en la de las mujeres. Diversos estudios demuestran que, en materia de anticoncepción, el conocimiento que tienen los hombres sobre los métodos no necesariamente indica que los practican. No usan anticonceptivos por diversas razones, entre ellas el poco acceso a éstos, la creencia sobre las mujeres de que estas son las responsables de cuidarse y la falta de comunicación en la pareja.

En este sentido, se debe recordar que en las personas que se encuentran privadas de la libertad, uno de los problemas de salud que más enfrentan es el VIH, debido a la elaboración de tatuajes con equipos caseros y sin esterilizar, al uso de drogas con jeringas compartidas, a las relaciones sexuales de alto riesgo y violaciones (PNUD, 2012; CENSIDA, 2009). Por tanto, se considera que es importante evaluar un programa promotor de la salud sexual basado en el modelo de Información-Motivación-Habilidades conductuales, enfatizando su influencia en

el desarrollo de la habilidad para negociar el uso del preservativo en esta población. Asimismo, es necesario identificar si las características del programa son eficientes para elevar los conocimientos y conductas necesarias para fomentar el uso consistente del preservativo en el contexto carcelario. Esto con el fin de mejorar las estrategias promotoras de conductas saludables en este tipo de poblaciones vulnerables.

Pregunta de investigación: ¿Cuál es la efectividad de un programa preventivo de ITS/VIH basado en el modelo IMB para el desarrollo de habilidades de negociación sobre el uso de condón en PPL?

Objetivo general: Evaluar la efectividad de un programa preventivo de ITS/VIH para el desarrollo de habilidades de negociación sobre el uso de condón en PPL basado en el modelo IMB.

Objetivos específicos:

1. Describir la conducta sexual de los hombres privados de la libertad.
2. Identificar si existe diferencia en las habilidades de negociación, comunicación y uso correcto del condón entre PPL que ocupan y no ocupan preservativo en su última relación sexual.
3. Conocer si las habilidades conductuales están relacionadas con el uso consistente del condón.
4. Contrastar el nivel de ejecución de habilidades conductuales antes y después del programa.

5. MÉTODO

Población: La muestra estuvo conformada por 118 internos del Centro Varonil de Reinserción Social Santa Martha Acatitla (CEVARESO), quienes fueron seleccionados por medio de un muestreo intencional (Kerlinger & Lee, 2002).

Criterio de inclusión: se tomaron en cuenta a hombres primodelincuentes, con índice criminal bajo y medio, cualquier delito de fuero común y portación de arma de fuego.

Criterio de exclusión*:* población sentenciada y ejecutoriada; así como personas con trastornos mentales.

Descripción de la muestra: La edad promedio de los participantes fue de 26 años. Respecto a su estado civil, el 67.2% reportó ser soltero, el 11.2% en unión libre y el resto casado. En este sentido, el 56.9% dijo tener hijos, estando el promedio entre uno y dos hijos. El nivel de estudios que señalaron tener el 84% de los internos fue menor al bachillerato (siendo predominante la secundaría con 56.3%) y el otro 16% mencionó haber concluido un nivel de bachillerato (14.3%) o superior a este (1.7%). Cabe señalar que en promedio, los años de sentencia que se les dictaminó a dichos participantes fue de 7 años.

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

Diseño de investigación: El presente trabajo, tiene un diseño pre-experimental en el cual se manipulan de manera intencional una o más variables independientes con el fin de analizar las consecuencias de dicha manipulación sobre la o las variables dependientes; y de tipo pretest-postest, que se refiere a un estudio en el que existe

una evaluación de las variables antes y después de una intervención (Hernández, Fernández & Baptista, 2010). En este sentido, la intervención fue un programa preventivo sobre salud sexual en la población descrita.

Variables e instrumentos:

- *Patrón de comportamiento sexual,* (ver apéndice A). Estuvo conformada por 13 reactivos para obtener información sobre: orientación sexual, edad del debut sexual, número de parejas sexuales en toda la vida, planeación de la primera relación sexual, uso de condón en primera y última relación sexual, tipo de prácticas sexuales, 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 creencias hacia el uso del condón* (Robles & Díaz-Loving, 2011). Se conformó por 12 reactivos que evalúan creencias hacia el uso del condón con pareja regular, en una escala tipo Likert de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). La consistencia interna es de α=.84 (ver apéndice A).
- *Escala de actitudes hacia el uso del condón* (Robles & Díaz-Loving, 2011). Cinco reactivos con opciones de respuesta definidas en una escala de diferencial semántico de 1 a 7 (placentero – no placentero). La escala se aplicará para evaluar actitudes con pareja regular y con pareja ocasional (ver apéndice A).
- *Intención para usar condón en relaciones sexuales* (Robles & Díaz-Loving, 2011). Evaluado a través de un reactivo que evaluó *qué tan probable es que en la próxima vez que tengas relaciones sexuales con tu pareja estable, uses condón*, en escala de 7 puntos (1=nada probable; 7=totalmente probable), este reactivo evaluó la intención para usar condón con pareja regular y con pareja ocasional (ver apéndice A).
- *Autoeficacia para usar condón en relaciones sexuales* (Robles & Díaz-

Loving, 2011). Un reactivo en una escala de 1 a 7 que evaluó *qué tan seguro estás de que puedas usar un condón cada vez que tienes sexo vaginal con tu pareja estable*, en donde 1 es muy seguro de no poder usarlo y 7 muy seguro de poder usarlo (ver apéndice A).

- *Escala de comunicación sobre temas sexuales con la pareja* (ver apéndice A). La cual contiene 10 reactivos que miden la frecuencia con la cual los jóvenes se comunican con su pareja sobre temas sexuales; con valores de 1 (nunca) a 5 (siempre). Su consistencia interna fue de α=.94 (Robles & Díaz-Loving, 2011).
- *Inventario de estilos de negociación sobre el uso del condón* (ver apéndice A). Que contiene 15 reactivos que miden los estilos colaboración y equidad que utilizan los participantes al negociar el condón con su pareja; con valores de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). La consistencia interna es de α=.85 (Robles & Díaz-Loving, 2011).
- *Habilidad para negociar el uso del condón (NC).* La habilidad fue evaluada con base en la propuesta de evaluación de Tulloch, McCaul, Miltenberger y Smyth (2004). Un observador previamente entrenado evaluó a los participantes asignando un máximo de cuatro puntos sobre las estrategias utilizadas para la negociación. De las cuales: 1= inapropiado/inefectivo, 2= menciona el uso del condón, pero no provee argumentos para su uso, 3= da argumentos para usar el condón, pero no responde a los argumentos que da la pareja para no usarlo, y 4= responde efectivamente a los argumentos que da la pareja para no usar el condón y da argumentos de por qué usarlo. Para la evaluación se consideró a una mujer con entrenamiento previo que fungió como su pareja y mediante un juego de roles negoció el uso del condón durante cinco minutos. Se planteó la siguiente situación: “Imagínate que estás con tu pareja en el lugar que sea de tu agrado, están solos y están a punto de tener relaciones sexuales, sin embargo, se dan cuenta que no traen condones, tu pareja dice que tengan relaciones sin condón; cómo le harías para convencer a tu pareja de que lo usen” (ver apéndice A).

Procedimiento

Fase de Pre-evaluación

Para contestar los cuestionarios y participar en el taller los internos firmaron previamente un consentimiento informado, el cual aseguraba la confidencialidad de sus datos. En un primer momento, un conjunto de instrumentos sobre los diferentes aspectos contemplados en el IMB (correspondiente a la evaluación diagnóstica). Posteriormente, se evaluó la habilidad para usar correctamente el condón en un modelo de pene de enseñanza y la habilidad para negociar el uso del condón con su pareja a partir de un juego de roles. Se realizó la presentación de los instructores y se esclareció el horario y reglas del taller.

Fase de intervención:

Sesión 1

Se realizó una dinámica sobre la transmisión del VIH/SIDA y se analizó la forma de transmisión, al término de la actividad se hizo una presentación sobre la prevención, transmisión y sintomatología del VIH/SIDA, en donde se discutió la información. En seguida, se llevó a cabo una dinámica sobre las creencias normativas y estereotipos de género sobre la conducta sexual protegida y no protegida, se formaron equipos de trabajo y a través de la realización de dibujos y enunciados los participantes describieron tales cuestiones. Como última actividad, se presentaron una serie de situaciones a los internos, con el fin de debatir las reacciones o consecuencias que habría si se encontrasen en la misma. Para finalizar, se hizo un cierre y una conclusión de la sesión (ver apéndice B).

Sesión 2

Con el objetivo de promover el uso del condón a través de la discusión de las ventajas de su uso y del desarrollo de la habilidad para usarlo correctamente se presentaron los diferentes tipos de preservativos existentes en el mercado; posteriormente, se formaron equipos para exponer en una cartulina las ventajas y

desventajas de utilizar el preservativo; al finalizar se pidió que realizaran un anuncio publicitario para buscar exponer las características positivas de éste. La última actividad, estuvo encaminada a enseñar el uso correcto del condón por medio de: 1) modelamiento de la habilidad, 2) práctica de los participantes en un modelo de pene, 3) retroalimentación de su ejecución y 4) planificar su ejecución en otros contextos (ver apéndice B).

Sesión 3

Utilizando las cuatro técnicas de cambio conductual que constituyen el Aprendizaje Estructurado se planteó desarrollar la habilidad de negociación del uso del condón en las relaciones sexuales; 1) se comenzó mencionando información sobre lo que deben y no deben hacer al momento de negociar con su pareja para usar el condón, así como un modelado en vivo de la habilidad requerida, 2) continuando con la práctica de los internos a través de un juego de roles individual (se contará con dos personas que simularán ser la pareja de los participantes), 3) seguida de retroalimentación sobre su desempeño y 4) finalmente de planificará su ejecución en otro contexto (ver apéndice B).

Fase de Post-evaluación

Una vez terminado el programa de intervención, se aplicó nuevamente el conjunto de instrumentos utilizados en la pre-evaluación, así como se evaluó la habilidad para usar correctamente el condón en un modelo de pene de enseñanza y la habilidad para negociar el uso del condón con su pareja a partir de un juego de roles.

Análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo relacionado con el patrón de comportamiento sexual, identificando los porcentajes de presentación de las diferentes prácticas sexuales, el uso del condón en éstas, así como la frecuencia de las relaciones sexuales dentro de la institución. Posteriormente se identificó a los

participantes que utilizaron preservativo en su última relación sexual y los que no lo hicieron, a continuación, con ayuda de la prueba T de Student se buscaron diferencias con respecto a cuatro variables: estilos de negociación, negociación de uso del preservativo en un roll playing, comunicación de temas sexuales en pareja y uso correcto del preservativo. Para el tercer objetivo se identificó a los participantes que utilizaban consistentemente el condón y se buscó relación con las cuatro variables mencionadas anteriormente, utilizando las pruebas Pearson Spearman. Finalmente se comparó los resultados de las variables antes de después del programa utilizando T de Student para muestras relacionadas.

6. RESULTADOS

Objetivo específico 1. Describir la conducta sexual de las personas privadas de su libertad.

De acuerdo con los datos de los cuestionarios el 92% de los participantes aseguró ser heterosexual, el 6% mencionó gustarle tanto hombres como mujeres y el 2% afirmó gustarle solo las personas de su mismo sexo; el 76.1% de los internos reportó que en su vida nunca ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo sexo. Por su parte, el 23.9% dijo sí haber mantenido este tipo de relaciones por lo menos una vez.

Con respecto a las prácticas sexuales dentro de las instalaciones del Centro de Reinserción Social, el 35.9% de los internos participantes aseguró que nunca ha mantenido relaciones sexuales en este lugar; por otro lado, el 64.1% afirmó haber tenido por lo menos una práctica sexual dentro del Centro. Con relación a ésto, el 54.9% de los internos reportó haber tenido relaciones sexuales vaginales, 16.1% de los internos mencionan tener prácticas sexuales anales, el 22.9% prácticas sexuales orales, 33.1% reportaron practicar la masurbación y finalmente el 13.6% reportó no haber tenido ninguna práctica sexual dentro de las instalaciones (ver figura 2).

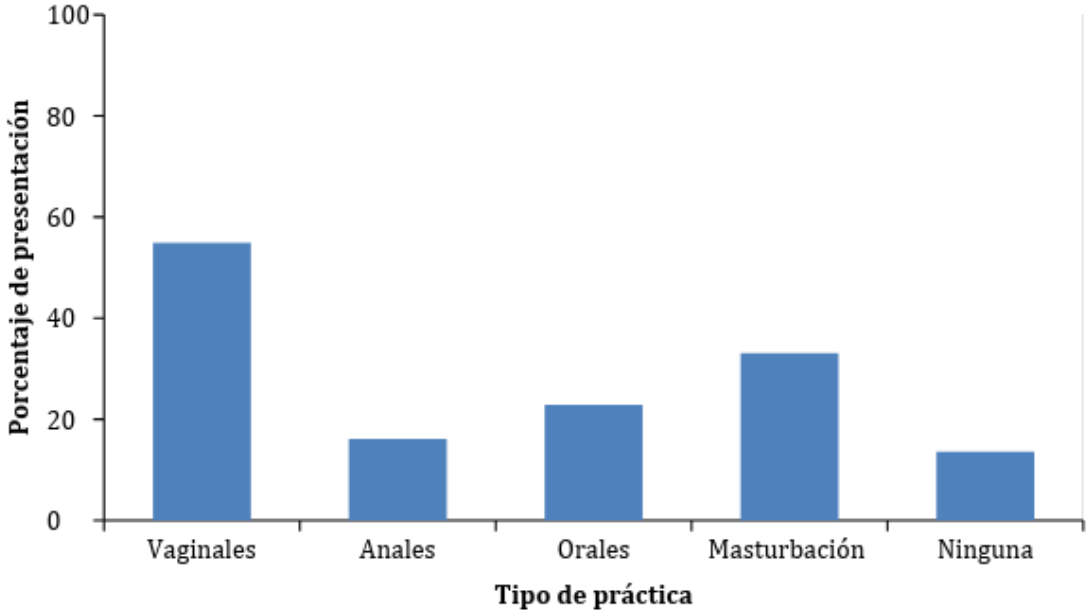


Figura 2. **Porcentaje de prácticas sexuales reportadas dentro de las instalaciones del Centro de Reinserción Social.**

En cuanto al número de veces que los internos hicieron uso del condón en los últimos tres meses en sus relaciones sexuales, el promedio fue de 8 veces. Es importante resaltar que tan solo el 25.9% de los participantes aseguró haber usado preservativo en su última relación sexual; únicamente el 21.1% de la muestra resultó ocupar el condón de manera frecuente. Referente al acceso a preservativos, el 52.6% de los internos nunca han acudido a solicitar condones en el Centro de Reinserción Social y 6% mencionaron solicitarlos frecuentemente.

De manera más específica, del número de relaciones sexuales que han mantenido durante los tres meses previos, el promedio fue de 23 veces; en cuanto a la frecuencia y tipo de las relaciones sexuales que han mantenido los internos, se observó que el 37.5%, han tenido relaciones vaginales de manera muy frecuente; por su parte, el 40.2% mencionó nunca haber tenido relaciones sexuales anales; y el 32.4% señaló tener prácticas orales de manera muy frecuente. La frecuencia del uso de preservativos en las diferentes prácticas sexuales de los participantes fue la

siguiente: 48.1% dijo nunca usarlo en sus prácticas vaginales, asimismo el 47.6% mencionó nunca usarlo en prácticas anales y por último el 61.1% negó usarlo en el sexo oral (ver tabla 1).

Tabla 1. Frecuencia y uso de condón en diferentes prácticas sexuales.

Práctica sexual	Frecuencia (%)	Uso de condón (%)
Vaginales	76.8%	51.9%
Anales	59.7%	52.3%
Orales	75%	38.8%

Al preguntar las razones por las que han tenido relaciones sexuales dentro del Centro, el 40.7% respondió haberlas tenido por necesidad, el 56.8% dijo haberlo hecho por placer; con respecto a tener relaciones sexuales por obligación, un 4.2% respondieron de forma afirmativa, por último, un 8.6% tuvo relaciones sexuales como forma de pago o trueque (ver figura 3).

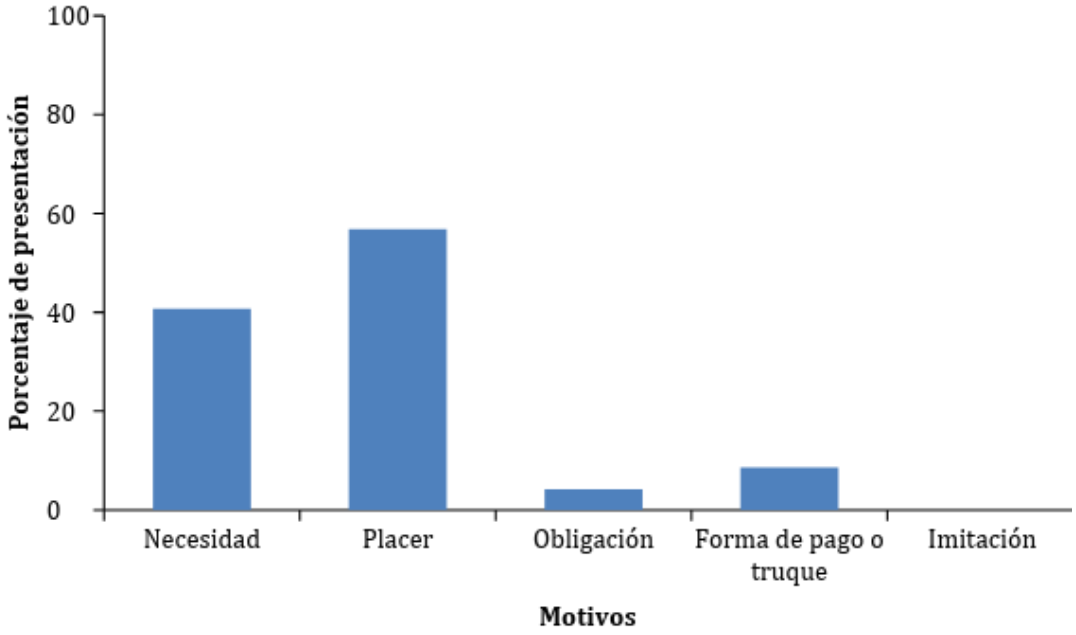


Figura 3. **Porcentaje de presentación de reporte de motivos por los que tienen relaciones sexuales**.

Para finalizar, el 82,9% de los internos participantes aseguran que no han tenido una ITS, el 6.8% mencionó desconocer esta situación; el resto, 10.3%, aseguró haber tenido en algún momento una ITS, entre las que se encuentran sífilis y gonorrea. Respecto a la prueba de VIH, el 84.2 % de los participantes mencionó haberse hecho dicha prueba por lo menos una vez.

Objetivo específico 2. Identificar si existe diferencia en las habilidades de negociación, comunicación y uso correcto del condón entre PPL que ocupan y no ocupan preservativo en su última relación sexual.

De acuerdo a los datos obtenidos por los cuestionarios, se observó que los internos presentan en su mayoría estilos de negociación de tipo colaboración-equidad; con un promedio de 21.5, en contraste con el promedio de negociación contender que fue de 9 puntos. Los argumentos que se presentaron en mayor medida fueron: “trato de llegar a un acuerdo con mi pareja para protegernos sexualmente, “busco la ayuda de mi pareja para lograr una solución mutuamente satisfactoria sobre utilizar el condón” y “trato de encontrar una solución de mutuo acuerdo sobre el uso del condón”.

Al comparar los grupos de uso y no uso de condón en la última relación sexual, se observó que no existen diferencias entres estos respecto al estilo de negociación de tipo colaboración equidad; sin embargo, sí se encontraron diferencias significativas ($t=1.101$ $p=.003$) con el estilo de negociación contender, resaltando que los que sí utilizaron preservativo tuvieron un promedio mayor en el estilo de negociación contender.

Asimismo, se observó que dentro de la muestra, el 86.4% de los internos ha mantenido conversaciones con su pareja sobre temas relacionados con su salud sexual en algún momento de su vida; en este sentido, los temas mayormente abordados por la pareja son: la posibilidad de tener relaciones sexuales, ventajas

del uso de condón sobre otros métodos anticonceptivos, como prevenir las ITS, así como las posibles consecuencias de las mismas.

No obstante, no se encontraron diferencias significativas entre quienes hicieron uso de preservativo, con un promedio de 34.6; y los que no, con una media de 30.4; respecto al cuestionario de comunicación en pareja.

De los 15 pasos evaluados en una simulación del uso correcto del condón, los participantes realizaron un promedio de 7 pasos correctamente. Los cuatro pasos en los que se presentó el 75% de respuestas incorrectas fueron: revisar la fecha de caducidad, girar el condón dos vueltas para que no haya burbujas, colocar los dedos en la base del pene simulando que se saca de la vagina y pasar las yemas de los dedos sobre el cuerpo del pene para retirar el semen y llevarlo al receptáculo. Por el contrario, los pasos que se presentaron con porcentajes menores de equivocación fueron: buscar muesquillas por donde se puede abrir el paquete, colocar en el glande el preservativo, apretar el receptáculo de depósito del semen y desecharlo después de utilizarlo.

Respecto a los promedios obtenidos sobre la habilidad para poner correctamente el condón, no hubo diferencia relevante entre el grupo que sí lo utilizó en su última relación (7.2); y los que no (6.4).

Hablando sobre las habilidades de negociación, el 22.9% de los reclusos mostró que responde de manera efectiva a los argumentos de la pareja para no hacer uso de preservativos y da argumentos de por qué usarlos. De manera contraria, tan solo el 5.3% lo hace de manera inapropiada o inefectiva. El resto, solo llega a mencionar el uso de condón sin argumento alguno (31.4%), o bien, da argumentos para su uso pero sin responder a argumentos que la pareja da para no usarlo (30.5%). Cabe señalar que tampoco se encontraron diferencias significativas entre los grupos y su habilidad para negociar el uso del condón durante un juego de roles.

Objetivo específico 3. Conocer si las habilidades conductuales están relacionadas con el uso consistente del condón.

Al identificar al grupo de participantes que utilizaban consistentemente el condón y los que no lo hacían, se identificaron tres variables relacionadas: a) estilos de negociación colaboración-equidad (r=.246, p=.005), comunicación en pareja (r=354, p=.002) y habilidades de negociación en un escenario de roll playing (r=-.210, p= .047). En contraste, no se encontró relación entre el uso correcto del condón y su consistencia. Al ingresar las variables conductuales en un modelo de regresión, la variable que predijo el uso consistente del preservativo fue la comunicaciòn sobre temas sexuales en pareja (b=.048 p=.017).

Objetivo específico 4. Contrastar el nivel de ejecución de habilidades conductuales antes y después del programa.

Al comparar los promedios de los resultados del cuestionario sobre estilos de negociación antes y después de la intervención pudo identificarse diferencia significativa entre ellos (t= 5.24, p=.001), observando un incremento en sus puntajes manteniendo un estilo de tipo colaboración equidad; esto mismo se vio en las puntuaciones sobre comunicación en la pareja (t= -2.025, p=.051), que sugiere un mayor abordo de temas sexuales; y uso correcto del condón (t=-5.632, p<.001), que indica una disminución del número de errores al colocar el preservativo en un modelo de pene (ver tabla 2).

Específicamente el 61% de los participantes lograron responder efectivamente a los argumentos que daba la pareja para no utilizar preservativo y da argumentos para usarlo en una simulación de juego de roles. Comparando los resultados del pretest y el postest de su ejecución en el roll playing se encontró una diferencia significativa (U= -3.6, p=.001).

En la tabla 2, pueden observarse otras variables relacionadas con la información y motivación, en las que se obtuvieron diferencias significativas, como los conocimientos sobre ITS, actitud hacia el uso del preservativo, intención y autoeficacia de utilizar el condón en futuras relaciones sexuales con su pareja regular y con una pareja ocasional. Por el contrario no se encontró diferencia significativa entre las creencias sobre el uso del preservativo.

Tabla 2. Diferencia entre los puntajes obtenidos en PRETEST y POSTEST

	PRETEST		**PRETEST**			
INFORMACIÓN						
	Media	DE	Media	DE	t	Sig.
Sintomatología	71%	32	90%	20	-3.23	.003
Prevención	54%	24	75%	22	-4.21	.001
Transmisión	45%	29	57%	21	-1.98	.05
Características ITS	60%	27	76%	23	-2.6	.01
Uso del condón	49%	23	62%	18	-3.04	.004
TOTAL de conocimientos	58%	18	72%	10	-3.55	.001
MOTIVACIÓN						
	Media	DE	Media	DE	t	Sig.
Autoeficacia pareja regular	3.85	2.4	5.62	2.02	-3.32	.002

Autoeficacia pareja ocasional	5.26	2.1	6.26	1.2	-3.19	.003
Intención	8.94	4.5	12.33	2.54	-4.01	.001
Actitud	17.50	9.34	25.70	7.46	-4.18	.001
HABILIDADES CONDUCTUALES						
	Media	DE	Media	DE	t	Sig.
Estilos de Negociación	26.95	6.98	33.76	6.98	-5.24	.001
Comunicación En pareja	29.21	10.4	34.64	9.7	-2.025	.05
Uso correcto del condón	6.85	4.21	11.50	2.66	-5.36	.001

7. DISCUSIÓN

El objetivo principal de la presente investigación fue evaluar la efectividad de un programa preventivo de ITS/VIH para el desarrollo de habilidades de negociación sobre el uso de condón en PPL basado en el modelo IMB.

De acuerdo con los datos recabados sobre el comportamiento sexual de los internos, se muestra que la mayoría (92%) de los internos reportaron tener preferencia heterosexual y un porcentaje menor (8%) mencionó tener tanto atracción por ambos sexos como preferencias homosexuales. A pesar de que un porcentaje alto menciona estar atraído por personas del sexo opuesto, el 23.9% afirmó haber mantenido relaciones sexuales con personas de su mismo sexo por lo menos una vez. Estos datos pueden reflejar, como expresan Jürgens et al. (2011), la dificultad que tienen los internos para afirmar la presencia de actividad sexual entre ellos por temor, sin embargo, esto no excluye la presencia de sexo consensuado, en donde gran parte de los hombres no se consideran homosexuales e incluso puede que no hayan tenido sexo con personas de su mismo sexo antes de estar recluidos.

Respecto a las prácticas sexuales dentro del Centro, más de la mitad de los participantes (64.1%) declaró haber tenido relaciones sexuales durante su estancia, siendo las prácticas de mayor frecuencia las de tipo vaginal y la masturbatoria, en menor proporción se reportaron las relaciones sexuales anales. Esto, coincide con lo reportado por Fedelich (2008), quien menciona que la práctica de mayor presencia dentro de prisión es la masturbación debido a la facilidad de conlleva dicho comportamiento, principalmente para aquellos que no tienen oportunidad de tener visita íntima.

Los resultados de este estudio mostraron que en su mayoría, los participantes afirman tener relaciones sexuales por placer; en menor medida, el 8.6% de los internos han utilizado las relaciones sexuales como forma de pago y el

4.2% han sido obligados a tenerlas; estos últimos indicadores permiten suponer la presencia de relaciones sexuales entre los internos. A esto último, Almendárez (2012) explica que la violencia y la coacción entre los internos se llega a observar en su comportamiento sexual; sin embargo, no siempre se hace uso de la fuerza, ya que la necesidad de sobrevivir, orilla a los internos a realizar estas prácticas.

En cuanto al uso de preservativo en la última relación sexual, ENSANUT (2012), reportó que un 37.9% de los hombres de entre 20 y 40 años utilizó condón en su última relación sexual. En contraste, los datos obtenidos en la presente investigación muestran que un 25.9% de los participantes aseguró haberlo utilizado. Puede observarse que en ambas investigaciones existe un bajo índice sobre el uso de preservativos, sin embargo, un porcentaje menor se muestra en las personas privadas de la libertad; lo cual puede ser resultado del contexto carcelario, caracterizado por la saturación de internos, causando un mal funcionamiento administrativo en todas las áreas de la institución entre los que se destacan los servicios de salud (Zepeda, 2013).

De las prácticas sexuales que los internos reportaron tener en los últimos tres meses, en la que se observó un porcentaje más bajo de uso del preservativo fue la de tipo oral; esto, a diferencia de la práctica vaginal y la anal, en las que el preservativo fue utilizado más de la mitad de las veces en que las mantuvieron. Lo cual, resulta preocupante, ya que tanto el sexo oral (75%) como el vaginal (78.1%) son de las prácticas sexuales con mayor presencia en la muestra. Es fácil suponer, que el sexo oral es una de las prácticas sexuales menos riesgosas, sin embargo, el contexto en el que se encuentran vulnera más a esta población, pues existe el riesgo de transmisión de una ITS con solo presentarse pequeñas lesiones en labios, encías y garganta (Pérez et al. 2008).

Con respecto a lo anterior, un porcentaje muy bajo (6%) de los participantes ha acudido a solicitar preservativos durante su estancia en el Centro; se puede suponer que dicho porcentaje corresponde con aquellos internos que han tenido o

tienen acceso a la visita íntima. Así pues, Bergman (2007) resalta que la presencia de corrupción que se da dentro de las instituciones, misma que obliga a los internos y a sus familias a pagar por diversos bienes y servicios, puede ser un impedimento para tener acceso a ellos; asimismo, la falta de información sobre el acceso a los preservativos y/o difusión de conductas preventivas de salud sexual resulta en una falta de motivación para adquirirlos (CENSIDA, 2014).

Respecto a las ITS, en la presente investigación ningún participante mencionó ser portador de VIH, sin embargo, existieron casos en los que reportaban haber tenido gonorrea o sífilis (10.3%); ésto puede deberse a que la institución ubica a los internos portadores del VIH en un área específica para ellos y los participantes con los que se llevó a cabo la intervención no eran parte de ese grupo, aunado a que algunos desconocían la información. A pesar de que en esta muestra no se encontraban personas portadoras del VIH existen evidencias de una prevalencia de 0.7% en cuatro Centros de la Ciudad de México (CENSIDA, 2014).

En cuanto al segundo objetivo de la investigación, el cual pretende identificar la existencia de diferencias en las habilidades de negociación de las PPL que hicieron uso de condón en su última relación sexual y los que no, se puede decir que no se encontraron. Esto puede indicar la ineficacia observada en ambos grupos para llevar a cabo tal habilidad, lo cual, supone la presencia de valoraciones subjetivas para decidir el uso de preservativo como mensajes no verbales por parte de la otra persona que muestran su deseo de protegerse, intuición y confianza en el estado serológico de la pareja (Fernández-Dávila, 2007).

Cabe señalar, que durante la simulación de negociación de uso de condón en un rol playing se observó que más del 60% de los participantes únicamente daban argumentos para usar condón sin responder a argumentos que la pareja daba para no usarlo, lo cual no es congruente con los datos obtenidos en el autoreporte sobre estilos de negociación; pues la mayoría de los internos mostraron un estilo de negociación de tipo colaboración-equidad, el cual sugiere que los

integrantes planteen sus necesidades e intereses a la pareja para llegar a una solución (Jiménez, 2010). En este sentido, los argumentos que se presentaron con mayor frecuencia en el cuestionario de estilos de negociación fueron: “trato de llegar a un acuerdo con mi pareja para protegernos sexualmente, “busco la ayuda de mi pareja para lograr una solución mutuamente satisfactoria sobre utilizar el condón” y “trato de encontrar una solución de mutuo acuerdo sobre el uso del condón”. Esta contradicción tambien se ha encontrado en estudios anteriores, haciendo enfasis en que el reportar una habilidad de comunicación no asegura una correcta ejecución de la misma (Robles, 2006).

Esto mismo sucede con en el cuestionario de comunicación en pareja, ya que de los temas más abordados resultaron ser: las ventajas del uso de condón sobre otros métodos anticonceptivos, cómo prevenir las ITS y las posibles consecuencias de estas; los cuales no se observaron en la simulación al mostrar dificultad para exponer argumentos a favor del uso del preservativo. Estos resultados contradictorios podrían deberse al bajo nivel de información con el que contaban sobre transmisión de ITS/VIH (45%), prevención (54%) y uso del preservativo (49%), lo cual, podría indicar que las conversaciones que mantuvieron con sus parejas sobre dichos temas carecían de información correcta o suficiente para abordarlas, lo que se refleja en una negociación sobre el uso de condón inadecuada; ésto, recordando lo mencionado por Misovich et al. (2003; como se citó en Chang, Choi, Kim & Song, 2014), que la información puede ser un requisito previo inicial para realizar un comportamiento saludable, lo cual incluye, no solo la información relacionada con el comportamiento sino también los mitos que influyen en la toma de decisiones del mismo, de tal forma que la información en conjunto con la motivación influyen directamente en las habilidades conductuales y el comportamiento de salud.

Por último, los resultados de la evaluación del uso correcto del preservativo mostraron un promedio de siete pasos bien ejecutados, si bien esto corresponde aproximadamente a la mitad de los reactivos, dichos pasos coinciden con aquellos

que pudiesen considerarse como mínimos indispensables para utilizarlo, tales como revisar las muesquillas que indican la abertura del condón o apretar el receptáculo antes de colocarlo. Los pasos que mayormente se realizaron de forma incorrecta o se omitieron pudieron haber ocurrido al desconocer el proceso detallado y la importancia de realizarlos para garantizar su uso efectivo. Esto podría indicar que los internos que mencionaron utilizar el preservativo en su última relación sexual carecen de información suficiente para utilizar el preservativo, respecto a esto, Robles et al. (2014) muestran que el mayor conocimiento sobre el uso del preservativo durante las relaciones sexuales repercute positivamente en la habilidad de colocarlo y retirarlo, además de disminuir la probabilidad de fallas y aumentar la frecuencia de su uso.

Por otro lado, se encontró relación entre el uso consistente del preservativo y las habilidades conductuales, como el correcto uso del preservativo; asimismo, tener un estilo de negociación de colaboración equidad y conversar sobre temas sexuales son características de los participantes que han utilizado con mayor frecuencia el preservativo en esta población; relación que coincide con lo reportado por Uribe et al. (2015), pues mencionan que las variables asociadas con el uso del preservativo son la asertividad sexual así como la actitud positiva hacia éste. Esto, a diferencia de lo encontrado por Jiménez (2010), quien resalta la relación de estas variables con el uso consistente del condón en mujeres adolescentes y no en adolescentes varones.

Adicionalmente se identificó que la comunicación en pareja es una variable predictora sobre el uso del preservativo en la muestra. Dicho resultado coincide con lo encontrado por Uribe et al. (2017), quienes enfatizan la importancia de la comunicación para el uso futuro del condón aunado a la percepción de autoeficacia y la asertividad sexual. Por tanto, se puede decir que una mayor comunicación con la pareja sobre temas sexuales, aumenta la posibilidad de utilizar preservativo en futuros encuentros.

Una vez analizados los niveles de las variables en las que se encontraban los participantes antes de la intervención, resta conocer el impacto de un taller promotor de salud sexual sobre todas las variables que aborda el modelo IMB.

Al comparar el porcentaje de conocimientos sobre el VIH antes y después del programa se observó un aumento significativo en los cinco temas referentes a la salud sexual, destacando el dirigido a la prevención de ITS y VIH. Esto puede ser el resultado del contenido brindado durante las sesiones, principalmente la primera, ya que la información proporcionada era breve y puntual sobre estos temas; además las actividades que se llevaron a cabo permitían ejemplificar fácilmente los mismos.

De igual manera, esta alza de puntajes pudo observarse en la motivación de los internos hacia el uso del preservativo, dando como resultado una actitud positiva hacia el uso del preservativo, autoeficacia para utilizarlo con su pareja regular y con una pareja ocasional, así como un aumento en la intención de utilizarlo. Nuevamente, esto puede atribuirse a las dinámicas enfocadas a este aspecto, pues estas proponían una nueva visión hacia el preservativo y fomentaban la reflexión sobre el impacto de su uso en su salud. Sin embargo, no puede decirse lo mismo sobre las creencias, ya que no se percibió una importante diferencia entre los datos arrojados en la etapa pretest y la postest; los resultados encontrados mostraron que los participantes ya contaban con creencias positivas antes de la intervención como la utilidad del preservativo para evitar contraer una ITS o VIH, sin embargo las creencias que también permanecieron intactas fueron las relacionadas con la problemática que representaría utilizarlo con su pareja regular, indicador que nos recuerda la importancia de las habilidades de comunicación y negociación con la pareja, la problemática que genera el uso del preservativo dentro de la pareja es explicada, metafóricamente hablando, por la presencia de alguien más en la relación, que sugiere una infidelidad y, por tanto, desconfianza en la pareja (Suárez et al., 2008, como se citó en Camacho & Pabón, 2014).

Se puede inferir que la intervención también favoreció el aumento en los puntajes sobre los estilos de negociación, permaneciendo en el de tipo colaboración equidad; asimismo, los datos reflejaron que para el final del programa los internos mostraron una mayor comunicación en pareja sobre temas de salud sexual. Cabe resaltar las diferencias que se observaron en las habilidades conductuales, ya que los participantes mejoraron su ejecución del uso correcto del preservativo, añadiendo así a su repertorio pasos más específicos sobre la colocación del condón; del mismo modo, la negociación sobre su uso, en un juego de roles, se vio beneficiada, pues en su mayoría lograron responder efectivamente ante los argumentos que daba la pareja para no utilizar preservativo y a su vez, dar argumentos para utilizarlo.

Estos resultados concuerdan con lo que plantea el modelo de información-motivación-habilidades conductuales de Fisher y Fisher (1992), el cual, señala que el tener mayor información y motivación repercute directamente en la ejecución de habilidades conductuales enfocadas en la salud (Chang et al., 2014).

Con base en los resultados obtenidos en el presente trabajo, se evidencía que el programa preventivo basado en el modelo IMB funciona adecuadamente como herramienta para que las personas privadas de la libertad adquieran conductas preventivas en relación a su salud sexual. Al ser este modelo predictor de conductas sexuales saludables, se puede llegar a la conclusión de que el incremento en cada una de las variables abordadas durante el programa, aumentaría la probabilidad de que los internos usen condón en sus próximos encuentros sexuales; sin embargo, no puede conocerse este dato hasta realizar una evaluación sobre el uso de preservativos después del programa.

Asimismo, el modelo IMB resulta efectivo para el desarrollo de programas preventivos de ITS/VIH, ya que saber utilizar correctamente el preservativo y negociar eficazmente el uso de éste son habilidades conductuales útiles en cualquier contexto, ya sea con pareja regular u ocasional; siempre y cuando se

consideren las especificaciones de la muestra al momento de planificar el contenido, de tal forma que, si bien se necesita saber negociar el uso del preservativo, cada grupo de participantes necesita atender problemas específicos en los que se han encontrado. Tal como lo menciona Barra (2001), quien asegura que el utilizar adecuadamente el modelo, requiere de la identificación de los contenidos específicos necesarios para una determinada población, junto con los factores que mejor influyan en sus prácticas.

De acuerdo con lo anterior, resulta importante enfatizar la relevancia de la comunicación y brindar información necesaria relacionada con problemas particulares sobre la negociación, atendiendo dudas específicas que surgen en su contexto. Sin embargo, es necesario mencionar que el acceso a preservativos es una variable que difiere de otros contextos, ya que las personas privadas de la libertad tienen un limitado acceso a insumos en general, teniendo que pagar por ellos (Bergman, 2007); motivo por el cual, puede verse obstaculizada la realización de conductas preventivas.

Respecto a las limitaciones metodológicas que presentó la investigación, es importante señalar la recolección de la información acerca del comportamiento sexual de los internos y el acceso a preservativos; ya que se requerían reactivos más precisos que abarcaran las problemáticas presentes en el Centro; pues la información complementaria que los internos brindaban durante las actividades acerca de esto, resultaba difícil de registrar. Por ello, se sugiere para futuras investigaciones integrar en los cuestionarios preguntas para identificar con mayor precisión las complicaciones que se presentan en ese contexto con relación al uso del preservativo y la negociación de éste, o bien, dar espacios en las actividades para conocer y aclarar la forma en que los internos llevan a cabo sus prácticas sexuales y el uso de condón dentro del Centro; de tal forma que preguntar sobre el número de parejas sexuales que han tenido durante su permanencia en el centro, describir el procedimiento para adquirir un preservativo, o la facilidad para adquirirlo; permitirían adaptar los contenidos del taller a la población.

Cabe resaltar que en la primera y última evaluación de la negociación de uso del preservativo en un juego de roles fue vista por todos los compañeros y las primeras respuestas de los participantes pudieron haber sido imitadas por algunos de ellos; esto puede deberse a la repetición de escenarios para llevar a cabo las actividades relacionadas con el desarrollo y evaluación de las habilidades de negociación; algunos de los participantes repetían exactamente la información que su compañero había dicho y no podía saberse con exactitud si realmente tenían tal habilidad, siendo ésta una limitación, ya que en términos de la evaluación de las variables, Hernández et al,. (2010) señalan la importancia de asegurar el mayor control en este aspecto limitando las variables extrañas, ésto, para saber si la variable independiente de interés tiene efecto o no en la variable dependiente. Por tal motivo resultaría favorable desarrollar actividades que permitan agregar diversos escenarios de simulación para evitar la imitación de las respuestas. Adicionalmente, personalizar los escenarios para la adquisición de las mismas, basados en las experiencias de los internos y atendiendo siempre a sus necesidades facilita la generalización de la habilidad en otros contextos.

Para brindar información más detallada sobre los efectos de la intervención, resulta necesario llevar a cabo sesiones de continuidad que permitan evaluar la consistencia del uso del preservativo tiempo después de la intervención, así como el nivel en el que se encuentran los internos respecto a cada una de las variables que conforman el modelo IMB.

Para finalizar, el presente trabajo aporta información empírica sobre la eficacia al realizar una intervención basada en el modelo IMB en población privada de la libertad, esto con el fin de ampliar la lista de referencias bibliográficas sobre programas preventivos de ITS/VIH en dicha población. Del mismo modo, futuras investigaciones pueden retomar los resultados presentados para perfeccionar la forma de implementar las actividades encaminadas a mejorar las habilidades de negociación del uso del preservativo en esta población en particular.

8. REFERENCIAS

Abiona,C., Adefuye, S., Balogun, A. & Sloan,E. (2009). Gender Differences in HIV Risk Behaviors of Inmates. *Journal of Women's Health, 18* (1), 65-71.

Adams, L., Kendall, S., Smith, A., Quigley,E., Stuewig, J. & Tangney, J. (2013). HIV Risk Behaviors of Male and Female Jail Inmates Priorto Incarceration and One Year Post-Release. *AIDS Behavior*, (17), 2685–2694

Alafat, A., & Juan, M., & Becoña, E., & Mantecón, A., & Ramón, A. (2009). Sexualidad de riesgo y consumo de drogas en el contexto recreativo. Una perspectiva de género. *Psicothema, 21* (2), 227-233.

Almendárez, J. (2012). *Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales seguras ante el VIH/SIDA, en privados/as de libertad* (tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

Alvarez, J. P., Alvarez, C. F., Salceda, D. P., & Rodríguez, M. D. (2012). Factores de riesgo asociados a ser usuario de drogas intravenosas en la población penitenciaria. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, *1*(3), 80-87.

Ayanwale, L., Moorer, E., Shaw, H., Habtemariam, T., Blackwell, V., Foster, P., et al. (2008). Perceptions of HIV and prevention education among inmates of Alabama prisons. *American Journal of Health Studies, 23*(4), 179-184.

Bahamón, M., Vianchá, P. y Tobos, V. (2014). Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: una perspectiva de género. *Psicología desde el Caribe, 31* (2), 327-353.

Bahrami, Z. Zarani F. (2015). Application of the Information-Motivation and Behavioral Skills (IMB) model in risky sexual behaviors amongst male students. *Jornal of infección and public health*, *8* (2), 207-213

Bárcena, S., Rendón, G., & Robles, S. (2011). Factores asociados a la conducta sexual protegida: una revisión. In R. Díaz-Loving & S. Robles (Eds.), *Salud y sexualidad* (pp. 5-47). México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Barra, E. (2001).Modelos psicosociales para la promoción de salud y prevención de enfermedades. *Ciencia y Enfermería*, 7 (2), 19-25

Bautista-Arredondo, S.,González, A., Servan-Mori, E., Beynon, F., Juarez-Figueroa, L., Conde-Glez, C., Gras, N., Sierra-Madero, J., Lopez-Ridaura, R., Volkow, P. y Bertozz, P. (2015) . A Cross-Sectional Study of Prisoners in Mexico City Comparing Prevalence of Transmissible Infections and Chronic Diseases with That in the General Population. *PLOS ONE 10,* (7), 1-17.

Belaunzaran, P., Mosqueda, J., Macias, A., Rodríguez, S., Sierra, J. & Beyrer, C. (2017). Burden of HIV, syphilis, and hepatitis B and C among inmates in a prison state system in Mexico. *AIDS research and human retroviruses, 33*(6), 524-533.

Bergman, M. (2007). Cárceles en México: cuadros de una crisis. *Revista Latinoamericana De Estudios De Seguridad, 1*(1), 74-87

Bermudez, M., Herencia, L. & Uribe, R. (2009). Versión fuerte y débil de modelo de información.motivación.habilidades conductuales en la predicción del uso del preservativo. *Revista Latinoamericana de Psicología, 41* (3). 587-598

Blanc, M. y Rojas, T. (2017). Uso del preservativo, número de parejas y debutsexual en jóvenes en coito vaginal, sexo oral y sexoanal. *Revista Internacional de Andrología, 16* (1), 8-14.

Caballero, S.N., Rodríguez, E.E., Iglesias, C.M., Reyes, T.G. y Riveros, R.A. (2016). Patrón de conductas sexuales antes y después del diagnóstico de VIH en población mexicana. *Psicología y Salud, 26* (2), 283-293

Cabral, D., Cruz, C., Ramos, U., & Ruiz, F. (2006). *Atlas de ITS. Manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento*. México: CENSIDA

Cabrera, G. (2009). El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 18* (2) 129-138.

Cáceres, C. (2004). Intervenciones para la prevención del VIH e ITS en América Latina y Caribe: una revisión de la experiencia regional. *Cadernos de Saúde Pública, 20* (6), 1468-1485.

Calderón, E. (1999). Tratamiento y prevención de las enfermedades de transmisión sexual. *Salud pública de México, 41*(4), 334-343.

Calveiro, P. (2010). El tratamiento penitenciario de los cuerpos. México. *Cuadernos de antropología social*, (32), 57-74.

Camacho, D. y Pabón, Y. (2014). Percepciones que afectan negativamente el uso del condón en universitarios de la Costa Caribe colombiana. *Revista Hacia la Promoción de la Salud, 19*(1), 54-67.

Castellanos, L. (2009). Vivir con VIH/sida en prisión: el caso de la Ciudad de México. *Psicología y Salud, 19* (1), 93-101.

CENSIDA (2014). Guía nacional para la prevención de VIH y el sida. Recuperado de

http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/principal/GUIA_NACIONAL_2014.pdf

CENSIDA. (2007). Guía sobre prevención de VIH para personal que trabaja en centros penitenciarios. Recuperado de http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/Programas/VIH/OtrasPublicacionesdeinteresrelacionadosconelVIH/CENSIDA/guia%20prevencion%20en%20carcel.pdf

CENSIDA. (2009). Lineamientos de implementación en Centros de Readaptación Social para Varones. México: Population Services International PSI A.C

CENSIDA (2016). Mujeres y VIH. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/249612/Mujeres_y_VIH_2016_V2.pdf

Centro para el Control y Prevención de enfermedades CDC (2017). Gonorrea: Hoja informativa de los CDC. Recuperado de https://www.cdc.gov/std/spanish/gonorrea/Gonorrhea-FS-Sp-July-2017.pdf

Chang, S. J., Choi, S., Kim, S. A., & Song, M. (2014). Intervention strategies based on information-motivation-behavioral skills model for health behavior change: A systematic review. *Asian Nursing Research, 8*(3), 172-181.

Clínica Especializada Condesa (2011). Personas privadas de la libertad. Recuperado de http://www.condesadf.mx/personas-privadas-de-la-libertad.htm

Coca, M. (2007). El sistema penitenciario mexicano: a un paso del colapso. *Revista del Instituto de Ciencias Jurídicas de Puebla, 19*, 168-187.

Conde, F., Moo, M., Polanco, R. y González, L. (2016). Aplicación de un instrumento electrónico para identificar conductas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios. *Revista de Comunicación y Salud*, (6), 15-27.

Congreso General de los Estados Unidos México (2016). Ley nacional de Ejecución Penal. Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LNEP.pdf

Conversaciones de la Consulta Regional para América Latina y el Caribe sobre VIH-sida en el medio carcelario (2008). Recuperado de https://www.unodc.org/documents/lpobrazil/Topics_aids/Publicacoes/Consulta_Regional_mayo_2008.pdf

Cruz, C., Ramos, U., & González, C. (2011). *Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS, dirigida a personal de servicios de salud*. México, DF: Fundación Mexicana para la Salud AC

Cruz, J., Coronel, M., Pavón, L., Gogeascoechea, T., San jorge, C., Blázquez, M., Beverido, S & Ramírez, C. (2010). Consumo de drogas y VIH/SIDA en Centroamérica: una revisión de los modelos y teorías. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana, 10* (2), 24-31.

De Jesús, D. & Menkes, C. (2014). Prácticas y significados del uso del condón en varones adolescentes de dos contextos de México. *Papeles de población, 20*(79), 73-97.

Del Valle, D., Borda, R., Montoya, O., & Ales, C . (2002). Talleres de prevención de VIH/SIDA con personas privadas ele la libertad: objetivos, método y resultados. *VIH/SIDA en el sistema penitenciario federal. Modificación de hábitos y prácticas para la correcta prevención y tratamiento.* Argentina: Centro de Estudios Legales y Sociales, 19-27.

Diaco, A., Sadi, M., & Weller, S. (2010). *Prevención del VIH-sida en Contextos de Encierro: Sistematización de acciones desarrolladas y de hallazgos útiles para la acción.* Buenos Aires: Ministerio de Salud, Dirección de Sida y ETS.

Díez, M., & Díaz, A. (2011). Infecciones de transmisión sexual: epidemiología y control. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria, 13* (2), 58-66

Dirección General de Epidemiología (DGE), (2018a). Boletín epidemiológico. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Sistema Único de Información. Recupedo de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/296087/sem04.pdf

Dirección General de Epidemiología (DGE), (2018b). Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de Casos de SIDA Actualización al 2do. trimestre del 2018. Recupedo de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/391168/RN_2do_trim_2018.pdf

Domínguez, L. & Díaz, J. (2008). *Enfermedades de Transmisión Sexual*. Seminario El Ejercicio Actual de la Medicina. Facultad de Medicina. Recuperado en septiembre 2017, de: http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2008/ago_01_ponencia.html

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

Espada, J., Quiles, M., Méndez, F. (2003). Conductas sexuales de riesgo y prevención del SIDA en la adolescencia. *Papeles del Psicólogo*, 24 (85), 29-36 Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos Madrid, España

Fedelich, M. (2008). La sexualidad en la cárcel. Una mirada diferente. Revista Pensamiento Penal, (60), Recuperado de http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2007/05/doctrina33133.pdf

Fernández-Dávila, P. (2007). Amigos con derecho a roce: una oportunidad para contraer la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en hombres homo/bixesuales con prácticas sexuales de alto riesgo. *Gaceta Sanitaria, 21* (6), 471-478

Fernández, M., Val, A., Fernández, M. & Fernández, G. (2014). Prácticas y percepción del riesgo en hombres con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana que tienen sexo con otros hombres. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, 32* (4). 219-224

Fishbein, M. (2000). *El papel de la teoría en la prevención del VIH. Cuidado del SIDA, 12* (3), 273-278.

Fisher, J., & Fisher, W. (1992). Changing AIDS-risk behavior. *Psychological Bulletin, 3* (3), 455-474.

Fisher, WA, Fisher, JD, y Harman, J. (2003). El modelo de las habilidades de información-motivación-comportamiento: un enfoque psicológico social general para comprender y promover el comportamiento de salud. *Fundamentos psicológicos sociales de la salud y la enfermedad* , 82-106.

Gallegos, E. C., Villarruel, A. M., Loveland-Cherry, C., Ronis, D. L., & Zhou, Y. (2008). Intervención para reducir riesgo en conductas sexuales de adolescentes: un ensayo aleatorizado y controlado. *Salud Pública de México, 50* (1), 59-66.

Garriga,C., Gómez-Pintado, Díez,M., Acín, E. & Díaz, A. (2011). Características de los casos de sífilis infecciosa diagnosticados en Instituciones Penitenciarias, 2007-2008. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria, 13* (2), 52-57.

Gaviria, G., Lastre, A. & Trejos, H. (2015). Prevalencia del VIH y conductas de riesgo en internos de un centro carcelario del distrito de Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte, 31* (1), 25-35.

Gayet, C. (2015). *Infecciones de transmisión sexual en México: una mirada desde la historia y el género.* México: CENSIDA.

Gayet, C., Juárez, F., Pedrosa, L., & Magis, C. (2003). Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual. *Salud Pública de México, 45* (5), S632-S640.

Gobierno del Distrito Federal (2012). *Reglamento de la ley de ejecución de sanciones penales y reinserción social para el Distrito Federal.* Recuperado de http://penitenciario.cdmx.gob.mx/storage/app/uploads/public/59a/88c/09e/59a88c09e81d4010052525.pdf

Gonçalves, S., Castellá, J., & Carlotto, M. (2007). Predictores de conductas sexuales de riesgo entre adolescentes. *Interamerican Journal of Psychology, 41*(2), 161-166.

Gonzales, L., Arteaga, M. & Frances, M. (2015). Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida: desarrollo histórico e importancia del conocimiento para su prevención. *Revista Cubana de Medicina General Integral, 31* (1), 98-109.

González, A., Badial, F. & Gras, N. (2013). Salud pública, VIH/sida y derechos en los centros de reclusión. *Revista de derechos humanos, 8*, 13-21.

Gough E & Edwards P. (2009). HIV seroprevalence and associated risk factors among male inmates at the Belize Central Prison. *Revista Panamericana de Salud Pública, 25* (4), 292–299.

Gutiérrez, J., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Franco, A., Cuevas-Nasu, L., Romero-Martínez, M. & Hernández-Ávila, M. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados Nacionales.* Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Herrera, G., & Rodríguez, L. (2007). Masculinidad y equidad de género: desafíos para el campo del desarrollo y la salud sexual y reproductiva. Recuperdo de http://www.flacso. org. ec/docs/samasherrera. pdf.

Herrera, O., Uribe, S., Olamedi, P., García, C., Conde, G. & Sánchez, A. (2015). Análisis de la tendencia de sífilis adquirida en México durante el periodo 2003-2013. *Salud Pública de México, 57* (4), 335- 341.

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, M. (2010). Metodología de la investigación. México: McGrall-Hill.

Huéscar, E., Rodríguez-Marín, J., Cervelló, E., & Moreno-Murcia, J. A. (2014). Teoría de la Acción Planeada y tasa de ejercicio percibida: un modelo predictivo en estudiantes adolescentes de educación física. *Anales de psicología, 30* (2), 738-744.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2017a). Estadísticas a propósito del día de la madre. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/madre2017_Nal.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2017b) Estadísticas a propósito del día mundial de la población. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/poblacion2017_Nal.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2017c). Estadísticas sobre el sistema penitenciario estatal en México. Documentos de análisis y estadísticas. Recuperado de http://www.cdeunodc.inegi.org.mx/unodc/wp-content/uploads/2018/01/en_numeros2.pdf

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.

Jürgens, R., Nowak, M., & Day, M. (2011). HIV and incarceration: Prisons and detention. *Journal of the International AIDS Society, 14*, 26-43.

Kerlinger, F., & Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales* (4a. ed.). México: McGraw Hill.

Krienert, J., Walsh, J. & Lech, L. (2014). Alternatives to abstinence: the practice of (un)safe sex in prison. *Criminal Justice Studies, 27* (4). 387-401.

Lameiras, F., Rodríguez, C., Calado, O. & Gonzáles, L. (2004). Creencias vinculadas al uso del preservativo masculino en adolescentes españoles sexualmente activos. *Universitas Psychologica, 3* (1), 27-34.

Macaya, P., Ferreres, R. & Campoy, S. (2016). Intervenciones conductuales para la prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazo no deseado: revisión de revisiones sistemáticas. *Actas Dermosifiliograficas, 107* (4), 201-317.

Mendoza, P. & Ortíz, H. (2009). Factores asociados con el uso inconsistente de condón en hombres que tienen sexo con hombres de Ciudad Juárez, *Revista de Salud Pública, 11* (5), 700-712

Michel, L., Jauffret-Roustide, M., Blanche, J., Maguet, O., Calderon, C., Cohen, J. & and Carrieri, M. (2011). Limited access to HIV prevention in French prisons (ANRS PRI2DE): implications for public health and drug policy, *BMC Public Health, 11*, 400-408.

Ministerio de la Protección Social de Colombia. (2011). Guía de Prevención

VIH/SIDA. Población privada de la libertad. Recuperado de http://www.cruzrojacolombiana.org/publicaciones/pdf/guia_prevencion_vih_ppl_1672011_074907.pdf

Noar, S. (2007). An interventionist's guide to AIDS behavioral theories. *AIDS Care, 19* (3),392-402

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

Olaiz, G., Rojas, R., Barquera, S., Shamah, T., Aguilar, C., Cravioto, P., López, P., Hernández, M., Tapia, R. & Sepúlveda, J. (2003). *Encuesta Nacional de Salud 2000. Tomo 2. La salud de los adultos.* Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública.

ONUSIDA (2015). *Orientaciones terminológicas de ONUSIDA.* Recuperado de http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_terminology_guidelines_es.pdf

Organización Mundial de la Salud (1998). *Promoción de la salud: glosario*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (2015). *Papilomavirus humanos (PVH) y cáncer cervicouterino.* Recuperado de: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs380/es/

Organización Mundial de la Salud (2016). Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250253/WHO-RHR-16.09-spa.pdf;jsessionid=1BB18D56F08E827B92A756D06C46A7E9?sequence=1

Ortíz, H. y García, T. (2005). Opresión internalizada y prácticas sexuales de riesgo en varones homo-y bi-sexuales de México. *Revista Saúde Pública, 39* (6), 956-964.

Ortiz, M., & Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista médica de Chile, 135* (5), 647-652.

Peralta, R., Romero, M., Villegas, R., Mendoza, R., Taniguchi, P., Gonzélez, Y., Marrero, R. & Salcedo, M. (2012). Prevalence of human papillomavirus in thecervical epithelium of Mexican women: meta-analysis. *Infectious Agents and Cancer, 7* (34). Recuperado de https://infectagentscancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/1750-9378-7-34.

Pérez, M., Cano, R., Sánchez, O., Castro, L., Jiménez, B., & Hueso, M. (2017). Factores de riesgo relacionados con las infecciones de transmisión sexual. *Revista Española de Salud Pública, 91*, 1-6.

Pérez, R., Soler, S., Pérez, R., Hung, F. (2015). Los modelos explicativos del comportamiento en salud: su empleo en la prevención del VIH/SIDA. Memorias Convención Internacional de Salud. Cuba Salud.

Pérez, T., Fonte, V. & Ruiz, M. (2008). Síndromes clínicos relacionados con las infecciones de transmisión sexual. En Arango, I. (2008). *Sexulidad humana.* Mexico: El manual moderno, 305-372.

Piña, J. A., Ybarra, J. L., Sánchez, I. G. A., & Garay, R. A. S. (2010). Psicología y salud [I]: La importancia de llamarse Modelo y apellidarse Teórico-conceptual. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología, 2*(1), 23-31.

PNUD. (2012). Global Commission on HIV and the Law. Riesgos, Derechos y Salud. Recuperado de http://www.pnud.org.gt/data/publicacion/Informe%20VIH%20y%20la%20Ley.pdf

Pulido, R., Ávalos, T., Fernández, M., García, F., Hernández, M. & Ruiz, C. (2013). *Conducta sexual de riesgo en tres universidades privadas de la Ciudad de México. Psicología y Salud, 23* (1), 25-32.

Rivera, R., Leyva, L., García, G., Castro, F., González, H. & de los Santos, L. (2016). Inicio de relaciones sexuales con penetración y factores asociados con chicos y chicas de México de 14-19 años de edad con escolarización en centros públicos. *Gaceta Sanitaria, 30* (1), 24-30.

Riviére, Á. (1992). La teoría social del aprendizaje. Implicaciones educativas. C. Coll, J. Palacios & A. Marchesi (Comps.), Desarrollo psicológico y Educación II, 1-10. Recuperado de http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/185/cd/material_complementario/m6/Teoria_social_aprendizaje.pdf

Robertson, A. A., Stein, J. A., & Baird-Thomas, C. (2006). Gender differences in the prediction of condom use among incarcerated juvenile offenders: testing the information-motivation-behavior skills (IMB) model. *Journal of Adolescent Health, 38*(1), 18-25.

Robles, M., Moreno, R.,Frías, A., Rodríguez, C., Barroso, V., Díaz, G., Rodríguez, C. y 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

Robles, M.S., Rodríguez, C.M., Frías, A. B. & Moreno R. D. (2014). Indicadores del uso eficaz del preservativo. *Revista Puertorriqueña de Psicología, 25* (2), 244-258.

Robles, S. & Diaz-Loving, R. (2011). *Validación de la Encuesta Estudiantil sobre salud sexual (EESS)*. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Robles, S., Diaz-Loving, R. & Solano, R. (2010). Intervención escolarizada para promover la salud sexual de los adolescentes. In S. Rivera, R. Dïaz-Loving, I. Reyes, R. Sánchez, & L. Cruz (Eds.), *La Psicología social en México* (Vol. XIII, pp. 1255-1261). México. Asociación Mexicana de Psicología Social.

Robles, S., Moreno, D., Rodríguez, M. & Díaz, E. (2007). Comunicación sexual asertiva y prevención del VIH/ SIDA. En: Robles, S. & Moreno, D. *Psicología y Salud Sexual,* México: UNAM, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, División de Investigación y Posgrado

Robles, S., Solano, R., Díaz-Loving, R., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez, M., & Barroso, R. (2012). Efectos de un programa de prevención de problemas de salud sexual sobre variables psicosociales y conductuales en adolescentes sin experiencia sexual. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 15*(3), 1129-1155. Recuperado de: http://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2012/epi123r.pdf

Rojas, R., de Castre, F., Villalobos, A., Allen-Leigh, B., Romero, M., Braverman-Bronstein, A. & Uribe, P. (2017). Educación sexual integral: cobertura, homogeneidad, integralidad y continuidad en escuelas de México. *Salud Pública de México, 59* (1), 19-27.

Sánchez, R., Enríquez, D. J. & Robles, S. S. (2016). Evaluación de un programa de intervención para promover la salud sexual en adolescentes mexicanos en conflicto con la ley. *Acta Colombiana de Psicología, 19*(2), 257-268.

Sánchez, R., Pérez, A. & Santabárbara, S. (2016). Infecciones de transmisión sexual en hombres internos en prisión: riesgo de desarrollo de nuevas infecciones. *Gaceta Sanitaria, 30* (3), 28-214.

Santos, I. (2014). Tricomoniasis: una visión amplia. *Iatreia, 27*(2), 198-205.

Saura, S., Fernandez de Sanmamed, S., Vicens,V., Puigvert, V., Mascort, N. & García, M. (2010). Percepción del riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual en población joven. *Atención Primaria, 42* (3). 143-148.

Saura, S., Jorquera, V., RodrÍguez, D., Mascort, C., Castellà, I. & García, J. (2017). Percepción del riesgo de infecciones de transmisiónsexual/VIH en jóvenes

desde una perspectiva de género. Atención Primaria. Recuperado de http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2017.08.005

Soto, D. (2016). Alertan por alza de sífilis en jóvenes. El Reforma. Recuperado de https://www.reforma.com/aplicaciones/articulo/default.aspx?id=941115

Soto, F., Lacoste, J. A., Papenfuss, R. L., & Gutiérrez, A. (1997). El modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del SIDA. *Revista española de salud pública, 71*(4), 335-341. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000400002

Suárez, N. P. C., Estrada, E. R., Chiesa, M. C. I., Terán, G. R., & Rosas, A. R. (2016). Patrón de conductas sexuales antes y después del diagnóstico de VIH en población mexicana. *Psicología y Salud*, 26(2), 283-293.

Teva, I., Bermúdez, M. & Ramiro, M. (2014). Satisfacción sexual y actitudes hacia el uso del preservativo en adolescentes: evaluación y análisis de su relación con el uso del preservativo. *Revista latinoamericana de psicología, 46* (2), 127-136

Tulloch, H. E., McCaul, K. D., Miltenberger, R. G., & Smyth, J. M. (2004). Partner communication skills and condom use among college couples. J*ournal of American College Health, 52*(6), 263.

Uribe, A., Aguilar, V., Zacarías, S. & Aguilar, C. (2015). Modelos Explicativos del Uso del Condón en las Relaciones Sexuales de Adolescentes. *Acta de Investigación Psicológica,5* (1), 1904 - 1915.

Uribe, J., Andrade Palos, P., Zacarías Salinas, X., & Betancourt Ocampo, 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.

Uribe, J., Bahamón, M., Reyes, L., Trejos, A. & Alarcón, Y. (2017). Percepción de autoeficacia, asertividad sexual y práctica sexual protegida en jóvenes colombianos. *Acta Colombiana de Psicología, 20*(1), 203-211.

Uribe, J., Riaño, M., Bonilla, N., Carrillo S., Hernández, Y. & Bahamón, M. (2017). Percepción de autoeficacia vs. rechazo del uso del condón en las prácticas sexuales de mujeres y hombres jóvenes. *Psicogente, 20*(37), 25-35.

Valencia, P & Canaval, E. (2012). Factores que predisponen, facilitan y refuerzan el uso del preservativo en jóvenes universitarios de Cali, Colombia. *Revista Salud Pública, 14*(5), 810-821.

Valiente, Y., Hernández, M., & Sánchez, M. (2016). Formación de reclusos como promotores de salud para la prevención del contagio de sífilis en un centro penitenciario. *MediSan, 20*(6), 795-802. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102930192016000600008&script=sci_arttext&tlng=en

Valle, S., Benavides, T., Álvarez, A. & Peña, E. (2011). Conducta sexual de riesgo para VIH/SIDA en jóvenes universitarios. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, 19* (3), 133-136.

Van, N. H., & Debattista, J. (2016). Predictors of condom use behaviour among male street labourers in urban Vietnam using a modified Information-Motivation-Behavioral Skills (IMB) model. *Culture, health & sexuality, 18*(3), 321-336.

Vasallo, M. (2007). Sexualidad. Salud sexual. Prevención del VIH–SIDA*. Extensión universitaria con temas de ética y bioética.* Simposio llevado a cabo en la Facultad de Ciencias Médicas, Habana. Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/revistas/rhab/rhcm_vol_6num_5/rhcm14507.pdf

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina interna, 33*(1), 7-11.

Zepeda, L. (2013). Situación y desafíos del sistema penitenciario mexicano . México: México Evalúa, Centro de Análisis de Políticas Públicas, A.C. Recuperado de http://www.jurimetria.org/servicio?id=24

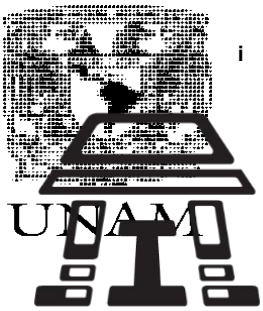
APÉNDICE A

Encuesta para

HOMBRES (PPL)[A]

sobre

FACTORES DE RIESGO



[i]

INSTRUCCIONES

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

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

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

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

Sigue las instrucciones por parte del aplicador para elaborar tu clave

Clave de identificación:

____ ____	____ ____	____ ____	____ ____	____ ____
1	**2**	**3**	**4**	**5**

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

Fecha de aplicación:_____/_____/_____
Folio:_____
Día Mes Año
Nombre de quien aplica el cuestionario:

INFORMACIÓN GENERAL

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

DATOS PERSONALES

DI1. ¿Cuál es tu edad? **_____años cumplidos.**

DI2. ¿Cuál es tu estado civil?
Soltero (1) Casado (2) Unión Libre (3) Otro (4) Cuál _____

DI3. ¿Cuál es el último nivel de estudios que concluiste?
Ninguno (1) Primaria (2) Secundaria (3) Preparatoria (4) Universidad (5)

DI4. Antes de tu ingreso ¿Con quién vivías?
Sola (1) Con tu padre (2) Con tu madre (3) Con ambos padres (4) Con tu pareja (5) Con tu pareja y tus padres (6) Con los padres de mi pareja y mi pareja (7) Otro (8) especifica con quién_____

DI5. ¿Tienes hijos?
Sí (1) ¿Cuántos?_____ No (2) Pasa a la pregunta DI7

DI6. ¿Qué edades tienen tus hijos?
_____

DI7. Te consideras una persona con una orientación sexual:
Te gustan sólo los hombres (1) Te gustan hombres y mujeres (2)
Te gustan sólo las mujeres (3) No sé (4)

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

(1) Menos de $2, 000 (Menos de 34 salarios mínimos)
(2) De $2, 001 a $3, 999 (De 35 a 69 salarios mínimos)
(3) De $ 4,000 a $5,999 (De 70 a 104 salarios mínimos)

(4) De $6,000 a $9,999 (De 105 a 173 salarios mínimos)
(5) Más de $10, 000 (Más de 174 salarios mínimos)
(6) No sé

DATOS JURIDICOS

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

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

DJ2 ¿De cuánto años es tu sentencia?
_____ años _____meses

DJ3 ¿Cuánto tiempo te falta cubrir tu sentencia?
_____ años _____meses

REPORTE DE CONSUMO DE SUSTANCIAS

CS1. ¿Has consumido bebidas alcohólicas?
(1) Si (2) No (pasa a la pregunta CS4)

CS2. ¿Qué tipo de bebidas alcohólicas son las que consumes regularmente? (Puedes marcar más de una opción).
(1) Mezcal (2) Vinos (3) Licores (4) Cerveza (5) Tequila
(6) Otro. ¿Cuál?_____

CS3. ¿Con qué frecuencia consumiste bebidas alcohólicas, en los últimos seis meses previos a tu ingreso a la COMUNIDAD?
(1) Nunca (2) De 1 a 3 veces al mes (3) Sólo los fines de semana
(4) De 2 a tres veces a la semana (5) Todos los días

CS4. ¿Has consumido drogas?
(1) Si (2) No (pasa a la siguiente sección)

CS5. ¿Qué tipo de droga es la que consumes? (Puedes marcar más de una opción).
(1) Mariguana (2) Cocaína (3) Crack (4) Alucinógenos
(5) Solventes (6) Heroína (7) Fármacos (8) Otro.
Cuál?_____

CS6. ¿Con qué frecuencia consumiste drogas, en los últimos seis meses previos a tu ingreso a la COMUNIDAD?
(1) Nunca (2) De 1 a 3 veces al mes (3) sólo los fines de semana

(4) De 2 a tres veces a la semana (5) Todos los días

APOYO SOCIAL

AP1. Cuando has tenido algún problema. ¿Has tenido apoyo de...?
Padres (1) Amigos (2) Pareja (3) Nadie (4) Otro (5) ¿Quién? _____

AP 2. ¿El tipo de apoyo que has recibido es?
(1) Económico (2) Moral/emocional Otro: _____

SALUD SEXUAL

VIH/SIDA/ITS

A continuación, se te presentan una serie de afirmaciones relacionadas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), embarazos y el uso del condón. Marca con una "X" la opción que consideres correcta para cada una de las afirmaciones. Si no posees la información suficiente para contestar a alguna afirmación tacha con una "X" la opción de respuesta No sé.

CO1	Una persona infectada por el VIH puede presentar los síntomas de la infección después de varios años.	**Cierto**	**Falso**	**No sé**
CO2	Las jeringas desechables y las esterilizadas aumentan la probabilidad de contagio del VIH por vía sanguínea.	**Cierto**	**Falso**	**No sé**
CO3	Hay ITS que se pueden transmitir sin necesidad de una relación sexual con penetración.	**Cierto**	**Falso**	**No sé**
CO4	Colocar el condón en el pene erecto hasta llegar a la base del pene hace más probable que se salga durante el acto sexual.	**Cierto**	**Falso**	**No sé**
CO5	Una persona recién infectada por el VIH presenta inmediatamente los síntomas.	**Cierto**	**Falso**	**No sé**
CO6	La transmisión del VIH es más probable en las prácticas sexuales anales que en el sexo vaginal u oral sin protección.	**Cierto**	**Falso**	**No sé**
CO7	El uso correcto y constante del condón puede prevenir el contagio de algunas ITS.	**Cierto**	**Falso**	**No sé**
CO8	Una mujer embarazada infectada con el VIH puede transmitir a su hijo el virus.	**Cierto**	**Falso**	**No sé**

CO9	Cuando se coloca un condón, es importante que ajuste perfectamente, sin dejar espacio en la punta.	**Cierto**	**Falso**	**No sé**
CO10	Limitar el número de compañeros(as) sexuales es una forma de reducir el riesgo de infección del VIH.	**Cierto**	**Falso**	**No sé**
CO11	El virus del *papiloma humano* y el virus del *herpes genital* no tienen cura.	**Cierto**	**Falso**	**No sé**
CO12	Los lubricantes a base de aceite sólo pueden usarse con los condones de látex.	**Cierto**	**Falso**	**No sé**
CO13	Un condón cuya fecha de caducidad vence en un año puede utilizarse sin riesgo de que se rompa.	**Cierto**	**Falso**	**No sé**
CO14	Usar condón masculino y femenino al mismo tiempo, es más efectivo para prevenir el VIH.	**Cierto**	**Falso**	**No sé**
CO15	Una persona con VIH pero sin síntomas puede transmitir el virus a otra persona mediante contacto sexual.	**Cierto**	**Falso**	**No sé**
CO16	Dejar un espacio sin aire en la punta del condón cuando éste se coloca en el pene hace más probable que se deslice en el acto sexual.	**Cierto**	**Falso**	**No sé**
CO17	El uso correcto y constante del condón disminuye la probabilidad de transmisión del VIH por vía sexual.	**Cierto**	**Falso**	**No sé**
CO18	Si se baja el condón con los dedos antes de abrir el paquete o envoltura es menos probable que se dañe.	**Cierto**	**Falso**	**No sé**

TUS CREENCIAS

A continuación, se presentan afirmaciones que se refieren a tus creencias sobre diferentes temas sobre el uso del condón al tener relaciones sexuales. Marca con una “X” que tan de acuerdo o en desacuerdo estás con las afirmaciones. No hay respuestas correctas o incorrectas, sólo te pedimos tu opinión.

Aun cuando nunca hayas tenido relaciones sexuales con penetración, responde qué tan de acuerdo estás en las siguientes afirmaciones.
Las opciones de respuesta van de menor a mayor acuerdo, y son:

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

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

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

ACTITUDES

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

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

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

LO QUE SERÍAS CAPAZ DE HACER

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

	Muy seguro de						Muy seguro de **SÍ**

		NO poder usarlo						poder usarlo
AEUC 1	Pareja regular o estable	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
AEUC 2	Pareja ocasional o eventual	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**

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

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

LO QUE ESPERAS HACER

Marca con una X el número que mejor te represente.

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

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

COMO TE PERCIBES

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

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

		TA	A	D	TD
AU1	Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.	**1**	**2**	**3**	**4**
AU2	Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.	**1**	**2**	**3**	**4**
AU3	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.	**1**	**2**	**3**	**4**
AU4	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo (a).	**1**	**2**	**3**	**4**
AU5	En general estoy satisfecho (a) conmigo mismo (a).	**1**	**2**	**3**	**4**
AU6	Siento que no tengo mucho de lo que debo estar orgulloso.	**1**	**2**	**3**	**4**
AU7	En general me inclino a pensar que soy un (a) fracasado (a).	**1**	**2**	**3**	**4**
AU8	Me gustaría sentir más respeto por mí mismo.	**1**	**2**	**3**	**4**
AU9	Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.	**1**	**2**	**3**	**4**
AU10	A veces creo que no soy buena persona.	**1**	**2**	**3**	**4**

COMUNICACIÓN SOBRE TEMAS SEXUALES

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

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

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

C10	Cómo identificar los síntomas de las ITS y el VIH/SIDA	1	2	3	4	5

LO QUE PERCIBES DE HOMBRES Y MUJERES

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

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

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

SECCIÓN PARA RESPONDER ÚNICAMENTE POR PERSONAS QUE HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES

LO QUE HACES….

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

PS1. ¿Has tenido alguna vez relaciones sexuales con penetración (vaginal o anal)?

(1) Sí **(2) No (fin del cuestionario)**

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

A los _____ años.

PS3. Tu primera relación sexual la tuviste con:

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

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

(1) Sí **(2) No**

PS5. ¿En qué lugar tuviste tu primera relación sexual?

(1)Un hotel **(4) En mi casa**
(2)En casa de mi novio(a) **(5) En casa de un amigo(a)**
(3)En un auto **(6) En un antro/bar/disco**
(7) Otra. ¿Cuál?_____

PS6. En tu primera relación sexual ¿utilizaste condón?

(1) Sí **(2) No**

PS7. Marca los métodos que utilizaste en tu primera relación sexual (puedes marcar más de una opción):

(1) Ninguno **(2) Condón masculino**
(3) Condón femenino **(4) Pastillas anticonceptivas**
(5) Pastillas del día siguiente/emergencia **(6) Otros. ¿Cuál?_____**

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

PS9. Las relaciones sexuales que has tenido han sido:

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

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

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

PS11. ¿Alguna vez te has hecho la prueba para detectar el VIH?
(1) Sí (2) No (3) No sé como hacérmela

PS12. ¿Alguna vez has tenido alguna Infección de Transmisión Sexual?
(1) Sí. Cuál._____ (2) No (3) No sé

PS.13. ¿Alguna pareja tuya ha tenido un embarazo no planeado por tener relaciones sexuales contigo?
(1) Sí (2) no (3) No sé

PS.14. ¿Alguna vez tu pareja ha tenido un aborto por tener relaciones sexuales contigo?
(1) Sí (2) No (3) No sé

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

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

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

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

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

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

PS18.3	Orales	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

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

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

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

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

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

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

SEXO Y ALCOHOL

PS.22. ¿Con qué frecuencia consumiste bebidas alcohólicas, en los últimos seis meses?

(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

PS23. ¿Con qué tipo de pareja has tenido **relaciones sexuales** (sexo vaginal, oral, anal) habiendo consumido bebidas alcohólicas? (Puedes marcar más de una opción).

(1) Con ninguna pareja (2) Con tu pareja regular
(3) Con alguna pareja ocasional

PS24. ¿Con qué tipo de pareja **usaste el condón** cuando tuviste relaciones sexuales (sexo vaginal, oral, anal) habiendo consumido alcohol? (Puedes marcar más de una opción).

(1) Con ninguna pareja (2) Con tu pareja regular
(3) Con alguna pareja ocasional

PS25. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia tuviste **relaciones sexuales**, sean vaginales, orales y/o anales, habiendo consumido algún tipo de bebida alcohólica?

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

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

PS27. ¿Con qué frecuencia consumiste drogas, en los últimos seis meses?

(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

PS28.¿Con qué tipo de pareja tuviste **relaciones sexuales** (sexo vaginal, oral, anal) habiendo consumido drogas? (Puedes marcar más de una opción).

(1) Con ninguna pareja (2) Con tu pareja regular
(3) Con alguna pareja ocasional

PS29.¿Con qué tipo de pareja **usaste el condón** cuando tuviste relaciones sexuales (sexo vaginal, oral, anal) habiendo consumido drogas? (Puedes marcar más de una opción).

(1) Con ninguna pareja (2) Con tu pareja regular
(3) Con alguna pareja ocasional

PS30. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia tuviste **relaciones sexuales**, sean vaginales, orales y/o anales, habiendo consumido drogas?

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

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

ESTILOS DE NEGOCIACIÓN

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

		TD	D	I	A	TA
EN1	Trato de llegar a un acuerdo con mi pareja para protegernos sexualmente.	1	2	3	4	5

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

GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN!!!

APÉNDICE B

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA PROMOVER EL USO DEL CONDÓN EN HOMBRES PRIVADOS DE LA LIBERTAD
PROYECTO PAPIIT IA304317

SESIÓN 1

Objetivo: Analizar y discutir la forma de prevenir el VIH/SIDA, así como la influencia de las creencias (estereotipos) sobre el comportamiento sexual.

1. Dinámica de Transmisión del VIH/SIDA "Intercambiando tarjetas"

Objetivos de la dinámica:

• Conocer cómo es que la gente se infecta de VIH e infecta a otros.

• Conocer cómo es que una persona infectada quien ha tenido relaciones sexuales no protegidas o ha compartido jeringas no esterilizadas o nuevas puede: infectar a mucha gente, en un tiempo corto y sin que ese alguien lo sepa.

Desarrollo de la dinámica:

1. Se inicia la actividad leyendo los objetivos de la actividad.
2. Se le proporcionan cuatro tarjetas (una de cada color) a cada persona en el cual colocarán su nombe .
3. Después se les dan las siguientes instrucciones: "Cada vez que yo diga cambio, cada un@ de ustedes deberá cambiar una de sus tarjetas con una de sus compañer@s", "En cada ocasión deberá ser un compañer@ diferente".
4. Los cambios de las tarjetas se llevan a cabo hasta que sólo tengan una de sus tarjetas.
5. En caso de que en los cambios llegará nuevamente una de las tarjetas con su nombre, nuevamente tendrán que cambiarla.
6. Después de los cambios necesarios, se les pide a los participantes que tomen asiento, y se les explica que cada tarjeta representa algo que ellos decidieron hacer, es decir, una conducta.
7. Se selecciona a un@ de los participantes y se le pide que se ponga de pie, enseguida se le dice a los asistentes: "La persona que se encuentra de pie, al inicio de la actividad, era seropositiva".
8. Se le pide a la persona seropositiva que lea los nombres de las personas que se encuentran al reverso de sus tarjetas moradas y rosas. Las personas que tengan esos nombres deberán ponerse de pie, ahora ya se tienen más personas paradas y deberán permanecer paradas hasta que termine el ejercicio.
9. Se les dice: "Todas esas personas que se encuentran de pie, se han infectado por compartir jeringas (tarjetas moradas) y por tener relaciones sexuales sin protección (tarjetas rosas)".

10. Éstas últimas personas deberán leer nuevamente los nombres de las personas que se encuentran al reverso de sus tarjetas moradas y rosas y se repite hasta que ya no haya nadie sentado.
11. En caso de que alguno de los participantes esté sentado, se le pedirá que mire sus tarjetas y se le dirá lo siguiente: “Si tú tienes una tarjeta morada o rosa, esas tarjetas sólo podrían ser de las personas que se encuentran de pie. Esto significa que tu tuviste sexo sin protección o compartiste agujas, pero no te infectaste”. “Si tú tienes tarjetas verdes de algunos de los que se encuentran de pie, significa que tu tuviste sexo seguro con una persona infectada”.
12. Se hace una discusión y reflexión acerca de lo ocurrido en la dinámica.
Preguntas para la discusión:
¿Cuáles son las formas a través de las cuales tú puedes infectarte con VIH?
¿Qué sentiste cuando te enteraste que estas infectad@?
¿Qué sentiste cuando te enteraste que algun@ de tus compañer@s conocidos estaba infectado?
Ahora que ya sabes lo que significa cada uno de los colores de las tarjetas, ¿Qué podrías hacer para evitar contagiarte de VIH?
¿En qué sentido esta actividad es semejante a la vida real, y en qué sentido esta actividad es diferente a la vida real?

2. Presentación sobre transmisión, sintomatología y prevención del VIH

3. Dinámica “Masculino y femenino”
1. Se forman grupos de cuatro a cinco personas.
2. Se les entrega un rotafolio y se les pide que realicen dibujos o palabras relacionadas con lo que habitualmente utilizan para describir a un hombre y a una mujer.
3. Se analizan los dibujos o palabras considerando si a una mujer le daría lo mismo que a un varón sea descrito con él (viceversa).
4. Se discute en plenaria los dibujos y/o palabras utilizados en cada grupo.
5. Se dirige la discusión a la relación que tienen esos conceptos en las relaciones sexuales, y se enfatiza sobre qué papeles sociales se le permite a un hombre y a una mujer en el terreno sexual.

La discusión gira en torno a enfatizar el impacto que pueden tener estas creencias normativas y estereotipos de género sobre la conducta sexual protegida y no protegida, qué hacer para evitar que ello impida usar condón, etc.

4. Dinámica “¿Qué pasaría si…?”
1. Individualmente o en grupos reducidos, se buscan respuestas a cada situación.

Situación 1: Mi pareja está embarazada
Situación 2: Tengo VIH/SIDA
Situación 3: Tu mejor amigo te dice: “Lo he hecho sin condón con alguien a quien no conocía, ¿qué hago?”
Situación 4: Tuve relaciones sexuales cuando estaba drogado
Situación 5: Todos mis amigos tienen relaciones sexuales
Situación 6: Mi pareja me dice que tengamos sexo sin condón

2. Al final, se abre un debate, primero en los subgrupos que han trabajado la misma situación y después se ponen en común todas las situaciones.
3. Algunas preguntas guía: ¿Qué pasaría? ¿Qué dirías? ¿Cómo reaccionarían, la pareja, los amigos y amigas? ¿Cómo te gustaría que te trataran? ¿Qué te gustaría que te dijeran?
4. Reflexión: cómo cada situación repercute en nuestra vida, cómo percibimos a nuestros amigos, padres y pareja ante estas situaciones.

5. Cierre de la sesión
Al término de la sesión se hace un cierre de los temas vistos en la sesión, respecto a la forma de transmisión y prevención del VIH, así como el impacto de los estereotipos de género en la salud sexual

SESIÓN 2

Objetivo: Promover el uso del condón a través de la discusión de las ventajas de su uso y del desarrollo de la habilidad para usarlo correctamente.

1. Resumen de la sesión anterior
Se realizará un resumen de la sesión 1, se enfatizará sobre:
• Los medios de transmisión del VIH y la forma de prevenirlo.
• Lo que implica ser hombre y mujer en el terreno sexual, enfatizando en lo que cada uno puede hacer para protegerse.

2. Presentación de condones
Se realizará una presentación de los condones existentes en el mercado, señalando colores, sabores, tamaños, texturas, enfatizando en cuáles se utilizan en cada práctica sexual, se presentará el condón femenino y se mostrará cómo se utiliza. Para esta actividad se contará con un kid de condones de diferentes colores, sabores, texturas y tamaños. Se permitirá a los asistentes que toquen y huelan los condones, se enfatizará que ese material no se puede utilizar dado que su fin es mostrar los diferentes tipos de condones para que los conozcan y que se han utilizado en diferentes exposiciones por lo que se han trasladado y utilizado en diferentes lugares.

3. Ventajas y desventajas del uso del condón en relaciones sexuales
Se harán equipos de cuatro personas y se les entregará un rotafolio y un plumón, se les pedirá que divididan en dos partes la hoja y que en la primera mitad dibujen o escriban las ventajas de usar condón y en la otra mitad las desventajas.
Se discutirá sobre las ventajas y desventajas que cada equipo dibuje o escriba.

4. Dinámica “El anuncio publicitario”
1. Se dividirá el grupo en pequeños equipos; cada equipo creará un pequeño texto publicitario sobre el condón; en éste deberán enfatizar las características positivas que posee el condón.
2. Se les dirá lo siguiente: "Hay personas que piensan que el usar condón podría ser: Poco excitante, incómodo, muy desagradable, poco erótico y nada placentero. Cada

equipo creará un pequeño texto publicitario sobre el condón; en el que busquen convencer a estas personas de las características positivas que posee el condón".
3. Una vez terminado su anuncio publicitario se realizará la presentación de sus carteles.

5. Entrenamiento "Uso correcto del condón"

El entrenamiento en habilidades "Uso correcto del condón" se realizará a través de cuatro técnicas de cambio conductual que constituyen el Aprendizaje Estructurado (modelamiento, juego de roles, retroalimentación y entrenamiento para la transferencia).
Dicho entrenamiento se llevará acabo de la siguiente manera:
1. Presentación del uso correcto del condón, así como de los riesgos de no utilizarlo correctamente.
2. Modelamiento en vivo de la integración de los componentes que definen la habilidad.
3. Práctica sistemática de la habilidad a través de juego de roles, seguida de retroalimentación y comentarios sobre la ejecución individual.
4. Planificación de las actividades a practicar en su contexto.

6. Cierre de la sesión
Al término de la sesión se hará una conclusión sobre la importancia de usar condón correcta y consistentemente con su pareja estable u ocasional.

SESIÓN 3
1. Resumen de la sesión anterior
Se hará un resumen de la sesión anterior enfatizando:
• Importancia del uso correcto y constante del condón
• Se hará una vez más la demostración de los pasos para usar correctamente el condón y se les pedirá que mencionen qué se tiene que hacer paso a paso.

2. Entrenamiento "Negociación del uso del condón"
El entrenamiento en habilidades sobre "Negociación del uso del condón" se realizará a través de cuatro técnicas de cambio conductual que constituyen el Aprendizaje Estructurado (modelamiento, juego de roles, retroalimentación y entrenamiento para la transferencia).
Dicho entrenamiento se llevará de la siguiente manera:
1. Presentación de la importancia de la comunicación sobre sexualidad con la pareja (ver rotafolios).
2. Modelamiento en vivo de la integración de los componentes que definen la habilidad (se contará con dos personas que simularán ser la pareja de l@s participantes).
3. Práctica sistemática de la habilidad a través de juego de roles, seguida de retroalimentación y comentarios sobre la ejecución individual (se contará con dos personas que simularán ser la pareja de l@s participantes). Para el juego de roles se tomará el rotafolio sobre lo que deben y no deben hacer al momento de negociar con su pareja para usar el condón.
4. Planificación de las actividades a practicar en su contexto.

3. Cierre de la sesión y taller

Al término de la sesión se hará una conclusión sobre la importancia de hablar con su pareja y negociar el uso del condón, independientemente si su pareja es estable u ocasional. Finalmente se hará un cierre del taller en dónde se les pedirá que mencionen qué fue lo que más les gusto y qué les hubiera gustado que se aborda