



**Universidad Nacional Autónoma de México**

**Facultad de Estudios Superiores Iztacala**

“Programa de Intervención para promover la salud sexual  
con adolescentes en ámbitos penitenciarios”

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

**Samanta Osorio Hernández**

Director: Dr. **Ricardo Sánchez Medina**  
Dictaminadores: Dr. **David Javier Enríquez Negrete**  
Mtra. **Consuelo Rubi Rosales Piña**



Los Reyes Iztacala, Estado de México

2018



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **AGRADECIMIENTOS**

Primeramente, me encuentro sumamente agradecida con el Dr. Ricardo Sánchez quién me brindó la oportunidad de participar en el proyecto de Investigación, realizado gracias al Programa UNAM-DGAPA-PAPIIT IA304317 Programa de Intervención para promover la salud sexual en hombres privados de la libertad, cuya incursión fue grata debido a las inigualables experiencias y aprendizajes que obtuve, las cuales complementaron mi desarrollo académico y personal.

A mi familia, que dieron todo para que yo pudiera conseguir una de mis tantas metas; a ellos que comprendieron mi mal humor durante mi formación, a ellos que me motivaron a seguir pese a la dificultad; a ellos, a quienes debo mi dedicación y compromiso con mi profesión; a ellos quienes me enseñaron a ser tolerante y persistente, a ellos les debo éste logro y más.

A mi padre, el hombre más sabio que la vida me ha otorgado, quien prefiere sentarse a escucharme que dormir un par de horas más; él, quien trabaja sin reparar por la sola satisfacción de verme como una mujer independiente; a él por sus tantos y necios consejos, por cada una de sus palabras, que al momento sacudían mi mundo, pero que ahora las valoro.

A mi madre, quién me instruyó en la sensatez, quien estuvo a mi lado para sostenerme cada vez que me tambaleaba, quien con sus palabras me reconstruye y reconforta.

A mi hermana por el simple hecho de escucharme hablar cada día de diversos temas, por estar pendiente de mis proyectos académicos y personales, por la presión que ejerce cuando sabe que ya no puedo más; a ella por estar en los mejores momentos de mi vida, pero también en los peores.

Particularmente debo hacer mención de un hombre que, pese a las complicaciones y fracturas en nuestra relación, se mantuvo presente, siempre pendiente de mis avances, de mi bienestar. Él que siempre se quedó aun

cuando no había un motivo por el cual hacerlo. A él porque decidió vivir los últimos tres años de este proceso a mi lado, por las tantas noches en vela que pasó conmigo sólo porque yo no terminaba mis tareas, porque escuchaba gustoso mi día a día, porque se enorgullecía con cada logro mío, por eso y mucho más le debo parte de mis logros a Demián Viesca.

A mis amigas Mariana y Dany, quienes me motivaban a seguir con tan arduo proyecto al cuestionarme, en cada encuentro, sobre mis avances, y, que, en ocasiones, me ayudaban a mirar las cosas desde otra perspectiva, tanto en lo académico como en lo personal. Y dentro de este proceso personal, llegaron a mi vida tantas personas, que naturalmente no se quedaron, sin embargo, me dejaron una gran enseñanza.

A mis profesores de la facultad, a aquellos que creyeron en mi trabajo, a los que potenciaron mis aptitudes, pero, sobre todo, a los que decían que no tenía la misma capacidad que el resto del grupo, sólo por mantener una postura subversiva; sin embargo, debo todo lo que soy, profesionalmente hablando, a mi facultad, en particular, y a la universidad en general.

# ÍNDICE

Resumen .....	1
Abstract .....	2
Introducción .....	3
1. Antecedentes teóricos.....	5
1.1 Psicología de la salud y el VIH/SIDA .....	5
1.2 La vulnerabilidad de los adolescentes en el sistema penitenciario mexicano.....	12
1.3 Políticas de salud en el sistema penitenciario mexicano.....	18
2. Planteamiento del problema .....	25
3.1 Salud sexual en población privada de la libertad: programas de intervención para promover la salud sexual .....	25
3. Objetivos del proyecto .....	32
4. Método .....	33
4.1 Población .....	33
4.2 Participantes .....	33
4.3 Escenario .....	34
4.4 Variables .....	35
4.5 Instrumentos .....	37
4.6 Materiales .....	41
4.7 Diseño .....	42
4.8 Procedimiento .....	42
4.9 Análisis de resultados .....	44
5. Resultados .....	45
6. Discusión .....	51
7. Conclusiones.....	57
8. Referencias .....	58
9. Apéndices	
9.1 Apéndice A: Evaluación de la habilidad para usar correctamente el condón	
9.2 Apéndice B: Evaluación de la habilidad para negociar el uso del condón	
9.3 Apéndice C: Encuesta para adolescentes sobre factores de riesgo	
9.4 Apéndice D: Cartas descriptivas	

## RESUMEN

El VIH/SIDA se ha convertido en la enfermedad crónica con más estragos a nivel mundial dado que el reporte de personas infectadas incrementa con el paso del tiempo, principalmente en jóvenes y personas privadas de la libertad o en reclusorios. Por lo tanto, al saberse en riesgo, a los adolescentes en situación carcelaria, se implementó un programa, basado en el modelo Información –Motivación –Habilidades conductuales, para promover el uso del condón independientemente de su situación legal, cuyo objetivo es promover las conductas salubres dentro y fuera del sistema penitenciario, logrando así, mitigar los índices de VIH en los centros de tratamiento especializado para adolescentes de la Ciudad de México. Para lo cual se realizó un programa con diseño pretest- posttest con el fin de comparar las respuestas de los participantes antes y después de la intervención. Se encontró que los conocimientos de los participantes, respecto al VIH/SIDA e infecciones en general, se incrementaron una vez recibida la información. Asimismo, se modificaron las creencias alrededor del uso del condón, sin embargo, se mantuvieron en la postura del no uso del mismo siempre y cuando de una pareja estable se tratará. Por otro lado, en cuanto al uso correcto del preservativo y a la negociación de éste en los encuentros sexuales, no hubo diferencias significativas, dado que, en su mayoría, poseían las habilidades necesarias, sin embargo no se utilizaba de manera consistente, esto podría deberse a la escasa educación en temas de sexualidad en el entorno familiar, por lo cual sería necesario complementar esta intervención con talleres simultáneos para la familia de los adolescentes que se encuentran en estas comunidades, además de que, es menester trascender a entornos naturales diseñando e implementando programas exclusivos para comunidades marginadas, orientadas a: 1) la supresión de tabúes alrededor de la sexualidad, 2) control natal y 3) ejercicio seguro y pleno de la sexualidad tanto en hombres como en mujeres.

Palabras clave: VIH, población privada de la libertad, Modelo Información – Motivación – Habilidades conductuales, salud sexual, condón.

## **ABSTRACT**

HIV / AIDS has become the chronic disease with more havoc worldwide because the report of infected people increases over time, especially in a certain type of population, young people and people deprived of freedom or in prisons. Therefore, when doubly at risk, adolescents in prison are known a program was implemented, based on the model Information -Motivation - behavioral skills to promote the use of condoms independently of their legal situation whose objective is to promote healthy behavior inside and outside the prison system, thus achieving mitigate HIV rates in specialized treatment centers for adolescents in Mexico City. For which a pre-test and a post-test were carried out to compare the responses of the participants before and after the intervention. It was found that the knowledge of the participants, regarding HIV / AIDS and infections in general, increased once the information was received. Likewise, the beliefs surrounding the use of the condom were reconfigured, however, they remained in the position of not use it if a stable partner is involved. On the other hand, regarding the correct use of condoms and the negotiation of condoms in sexual encounters, there were no significant differences, given that, for the most part, they possessed the necessary skills. Thus, it is necessary to complement this intervention with simultaneous workshops for the family of adolescents who are in these communities, in addition to that, it is necessary to transcend to natural environments designing and implementing exclusive programs for marginalized communities, oriented to: 1) the suppression of taboos around sexuality, 2) birth control and 3) safe and full exercise of sexuality in men and women.

Keywords: HIV, population deprived of freedom, model Information- Motivation- Behavioral skills, sexual health, condom.

# INTRODUCCIÓN

“Los seres humanos no viven aislados en una burbuja, sino que son seres sociales que interactúan entre sí, conformados, modelados y reforzados en sus pensamientos, comportamientos y emociones por las personas cercanas a ellas, por los conocidos, por los políticos, por su cultura e incluso por la época que las ha tocado vivir” (Morrison y Bennett, 2008; p. 32).

Trabajar en la prevención del VIH/SIDA es sumamente complejo por la gran cantidad de factores que convergen entre sí, tal y como lo comentan DiClemente, Salazar y Crosby (2007), tales como comportamiento sexual, creencias, habilidades, en el plano de lo individual, y que a su vez se entremezclan con otras personas y contextos, es decir, los padres y el grupo de pares; los primeros orientados a la supervisión y al apoyo familiar, además de la comunicación, en temas relacionados con la sexualidad, que se establece con los hijos, mientras que el segundo, se orienta a la presión que, el mismo grupo de iguales, genera con el fin de tener prácticas de riesgo.

Dentro de los programas de intervención orientados a la reducción de comportamientos sexuales de riesgo, es necesario que las personas puedan establecer nuevos repertorios conductuales que les faciliten la ejecución de un comportamiento sexual seguro y responsable. Algunos programas consideran que es necesario proporcionar información y modificar algunos aspectos psicosociales, como lo son las creencias, intenciones actitudes, entre otras (Villarruel, Zhou, Gallegos & Ronis, 2010); sin embargo, a pesar de que es necesario propiciar estos cambios, por sí solos no son suficientes. Asimismo, a pesar de que se ha demostrado la efectividad de algunas intervenciones enfocadas en el entrenamiento de habilidades (Mcgrath et al., 2007), resulta

necesario considerar que aquello que se va a aprender, se dé dentro de un contexto social, esto con el objetivo de que los jóvenes no sólo adquieran ciertos repertorios de comportamiento, sino que también sean conscientes de su contexto inmediato para analizar qué apoyo pueden o no recibir de su medio social, y que puedan saber cuáles podrían ser las consecuencias de su proceder.

Antes de abordar la temática que compete a éste proyecto, a saber, la prevención de las conductas sexuales de riesgo en las comunidades de adolescentes privados de la libertad, es menester hacer un recuento de la significación atribuida a la salud, es decir, el desarrollo histórico, a *grosso modo*, de la concepción de salud-enfermedad y cómo esto permea en las diversas intervenciones tanto médicas como psicológicas, cuya relevancia gira en torno, justamente, al modelo biopsicosocial, enfoque bajo el que está planteado este proyecto. Posteriormente se introducirá al tema con el inicio de la psicología aplicada a la salud, se dará un amplio panorama de las infecciones de transmisión sexual, en concreto del VIH/SIDA y las implicaciones que tienen en ciertos contextos, a saber, el penitenciario; además se plantearán las políticas de salubridad en las comunidades de tratamiento especializado para adolescentes con VIH/SIDA privados de la libertad. Posteriormente se profundizará en la problemática específica en los centros penitenciarios, relacionada con la salud sexual y se abordarán las diversas intervenciones que se han realizado para mitigar la problemática en cuestión.

Con base en lo anterior, el objetivo del presente trabajo fue implementar un programa para promover el uso del condón en los adolescentes privados de la libertad de los centros de reclusión de la Ciudad de México, para así prevenir las conductas sexuales de riesgo y aminorar los altos índices de VIH/SIDA en contextos penitenciarios.

# 1. ANTECEDENTES TEÓRICOS

## 2.1. Psicología de la salud y el VIH/SIDA

“Salud”, es una palabra que forma parte del léxico de la población en general, sin embargo, se ha utilizado de manera deliberada aún sin comprender las vastas modificaciones a lo largo de la historia permeadas por la cultura imperante de cada época y, por ende, el sinnúmero de significados que podrían atribuírsele. Hablar de salud y enfermedad remite a la edad antigua, en la que se consideraba que las enfermedades eran causadas por la transgresión de las leyes de los dioses o resultado de una posesión demoniaca (Figuroa-Duarte & Campbell-Araujo, 2015) practicándose las trepanaciones (agujeros en el cráneo) con el único fin de sacar los malos espíritus que habitaban en la cabeza del enfermo; sin embargo, en la época de la antigua Grecia en donde el médico Hipócrates “consideraba que la mente y el cuerpo eran una unidad, pero no atribuía la enfermedad a los espíritus malignos, sino al equilibrio entre los fluidos circulatorios corporales (denominados humores: bilis amarilla, flema, sangre y bilis negra). Se pensaba que cuando una persona estaba sana los cuatro humores se encontraban en equilibrio, y que la enfermedad se producía cuando estaban desequilibrados debido a “patógenos” externos” (Morrison & Bennett, 2008; p. 4)

Esta idea del equilibrio entre los fluidos corporales fue mantenida por otro gran influyente de la medicina griega, a saber, Galeno, quien “consideraba que existía una base física para la mala salud (física o mental) y creía que los cuatro humores corporales no sólo subyacían a los cuatro caracteres dominantes (el sanguíneo, el colérico, el flemático y el melancólico), sino que estos caracteres podían contribuir a experimentar determinadas enfermedades” (Morrison & Bennett, 2008; p. 5), por tanto, eran los sacerdotes quienes poseían las habilidades para efectuar una cura en los dolientes o enfermos, dado que, como se mencionó, la patología o dolencia era explicada mediante el misticismo y la magia, siendo así el castigo, la abstinencia del pecado, el rezo y el trabajo duro, parte del tratamiento que recibían los enfermos, debido a la

limitación del conocimiento médico y la prohibición a la investigación científica (Cabanés, 2006).

En el renacimiento, la visión religiosa de la enfermedad comenzó a cuestionarse, dando lugar a las ciencias médicas (Figuroa-Duarte & Campbell-Araujo, 2015) además, a principios del siglo XVII tuvo lugar la revolución científica teniendo gran impacto en la concepción de la enfermedad, sublevando el entendimiento del “enfermar” (Peña & Paco, 2002) trayendo consigo explicaciones relacionadas únicamente a lo orgánico y a lo fisiológico, dejando de lado lo psicológico del ser humano.

Fue entonces que René Descartes habló del dualismo, tal como los antiguos griegos, es decir, mente y cuerpo como entidades separados, pero sin dejar de lado la interrelación existente entre una y otra, atribuyéndoselo a una glándula pineal en el mesencéfalo. En este sentido, en el del dualismo, “se considera que la mente es no material [...] y que el cuerpo es material- por lo que- los médicos actuaban como guardianes del cuerpo –de lo material- al que se consideraba como una máquina susceptible de investigación y explicaciones científicas. Por el contrario, los teólogos actuaban como los guardianes de la mente, un lugar no susceptible de ser sometido a la investigación científica”. (Morrison & Bennett, 2008; p. 6).

Fue entonces, a partir del renacimiento, y el novedoso método cartesiano que las investigaciones anatómicas, las necropsias y las patologías celulares concluyeron que la enfermedad se hallaba en las células y no en el desequilibrio de los humores, lo cual abrió paso al modelo biomédico, el cual plantea que todas las enfermedades y síntomas son originadas a nivel fisiológico, cuya cura requiere de una intervención médica (Fraile, 2013). Así mismo Morrison y Bennett (2008) mencionan que “la visión biomédica ha sido descrita como reduccionista, es decir, la idea básica de que la mente, la materia (el cuerpo) y el comportamiento humano se pueden reducir, y explicarse, todos, en el ámbito de las células, la actividad neuronal o la actividad biomédica. El reduccionismo tiende a ignorar la evidencia empírica de que las distintas personas reaccionan de diferente manera a la misma enfermedad subyacente, debido a diferencias en, por ejemplo, la personalidad,

los conocimientos, los recursos de apoyo social o las creencias culturales” (p. 7).

Sin embargo, en la actualidad resulta que prolifera el modelo biopsicosocial, en el que se denota la ambivalencia de la concepción de la enfermedad, es decir, que se considera la parte objetiva y la subjetiva de la materia; dicho de otra manera, se considera que la salud y la enfermedad dependen de la interrelación de aspectos biológicos, psicológicos y sociales (Rodríguez, Fajardo, Higuera & Iglesias, 2006). Dicho sea de paso, existen posturas que divergen, incluso, con el modelo biopsicosocial, dado que la enfermedad es atribuida a los deseos inconscientes (Roudinesco, 2000), sin embargo, fue en la de década de 1920 y 1930 que Freud resignificó el problema de la mente-cuerpo, como un problema, meramente de la consciencia (Morrison & Bennett, 2008).

Es justamente en este punto, el de la convergencia de la psicología con la medicina, en donde cobra sentido versar sobre la emergencia de la psicología aplicada a la salud, entendiendo que la enfermedad, no se trata únicamente de factores biológicos o de desajustes orgánicos, sino que también intervienen factores sociales y emocionales, esto es que, en diversas ocasiones, son las creencias las que sostiene la salud o enfermedad del organismo (Lemos, Restrepo & Richard, 2008). Es por ello que es menester dar una definición general de la psicología para, así, derivar la importancia de su aplicación en el ámbito de la salud.

A diferencia de la exactitud, en cuanto a definición, del resto de las ciencias, en la psicología aún no existe una definición única, dadas las múltiples enfoques de la misma, por lo que, en términos generales, por llamarlos de alguna manera, podría definirse como una ciencia que estudia el comportamiento animal y humano, este último aunado al funcionamiento mental, por tanto, dicha ciencia pretende, dentro de su quehacer profesional, “describir, explicar, predecir e intervenir para modificar [...] procesos mentales y comportamentales, desde el lenguaje, la memoria, la atención y la percepción hasta las emociones, la conducta social y la conducta saludable” (Morrison & Bennett, 2008; p. 29). Este, justamente, es el sentido de la intervención que

competente al proyecto en cuestión, el cual se abordará con mayor detalle más adelante, no sin antes contextualizar respecto a la emergencia de la psicología aplicada a la salud.

La psicología de la salud, tiene origen en EEUU en la primera década de los 70's (Stone, 1991, como se citó en Piña & Rivera, 2006) y pese a ello aún no se concierne una definición, sin embargo, autores como Piña y Rivera, (2006) recopilan las diversas convergencias, en tanto a sus características, derivando en lo siguiente:

- aplicación de conceptos y métodos psicológicos a problemas de salud.
- promueve y mantiene la salud además de que implementa métodos de prevención de enfermedades.
- estudia e influye sobre aspectos psicológicos como actitudes, concepciones, conductas, valores, hábitos, etc.
- se interesa por la relación biopsicosocial de la mente y el cuerpo en determinado medio sociocultural.
- Está integrada por un bagaje teórico sumamente amplio aplicado, exclusivamente a la salud, la enfermedad y el cuidado de la salud (Morrison & Bennett, 2008).

Olvera y Soria (2008) comentan que el psicólogo de la salud es el profesional capaz de lograr:

1. "la identificación precoz de personas en situación de riesgo, definido en términos psicológicos, comportamentales y socioculturales.
2. el desarrollo de programas efectivos de promoción de conductas saludables, considerando particularmente las cuestiones ambientales a las cuales normalmente se somete el individuo.
3. la investigación, el entendimiento y la intervención en cuanto a los factores que permitan una buena calidad de vida para personas portadoras de enfermedades crónicas

4. la inclusión imprescindible de la perspectiva de realizar estudios e intervenciones en el campo comunitario y de salud pública en los esfuerzos de la psicología de la salud.
5. la necesidad urgente de enfocar los problemas de salud desde una perspectiva global.” (p.152).

En este sentido se considera que el psicólogo de la salud se desempeña en: la investigación, la aplicación y la formación, orientado a la indagación, comprensión y análisis de los factores que intervienen en los procesos de salud-enfermedad, de modo que se generen propuestas para la evaluación e intervención en las diferentes problemáticas del área (Becoña, Vázquez & Oblitas, 1998; Becoña, Oblitas & Vázquez, 2000, como se citó en Olvera & Soria, 2008). Asimismo, Oblitas (2008) considera que la labor del psicólogo de la salud gira en torno a la promoción de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades: modificando hábitos insanos asociados a enfermedades.

En la actualidad, una de las enfermedades crónicas que ha causado más estragos a nivel mundial, y por ende ha generado mayor preocupación entre los profesionales de la salud, ha sido el VIH/SIDA (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [ONUSIDA], 2017). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2017) se reportó lo siguiente:

- En 2016 un millón de personas fallecieron en el mundo a causa del VIH; a finales de éste mismo año habían 36.7 millones de personas infectadas por el VIH a nivel mundial, y en lo que va del año 2017 se han reportado 1.8 millones de nuevas infecciones. Se informó que en la Región de África había 25.6 millones de personas infectadas, por tanto, resulta ser la más afectada, además de que se registran casi dos tercios de las nuevas infecciones por VIH en el mundo.
- El 54% de adultos y el 43% de niños infectados y el 76% de las mujeres embarazadas o en periodo de lactancia reciben un tratamiento antirretrovírico (TAR)
- CENSIDA (2017) informa que la población mayormente vulnerable al VIH y el Sida son los hombres cuya edad oscila entre los 20 y los 44 años, siendo así 82% de la población de casos notificados. Por tanto, se

podría argüir que son los adolescentes y los jóvenes quienes contraen el virus en ésta etapa, lo cual deriva en cifras altas de adultos infectados.

Respecto a los datos publicados en el informe del primer trimestre del año en curso, realizado por CENSIDA (2017), en los cuales se presentan las estadísticas pertenecientes a los infectados de VIH y SIDA en México, puede observarse que Campeche es uno de los estados de la República Mexicana con más casos de VIH y Sida registrados en el primer trimestre del año en curso; resulta interesante que la Ciudad de México (CDMX) no se encuentre dentro de la lista de los estados con mayor tasa de casos nuevos, sin embargo, ello no exime del riesgo; podría pensarse, incluso, que es en la CDMX en donde más se ha hecho labor, o mejor dicho, campañas en *pro* de la salud sexual, mientras que en los estados de la republica arriba citados, son aquellos en los que prolifera la ignorancia en temas de sexualidad, atribuido, probablemente, a la educación permeada por la religión, derivando así en altas cifras de personas infectadas de VIH y SIDA. La religión, como es bien sabido, es un factor sociodemográfico que influye en la conducta de los individuos, por lo que, se relaciona con las actitudes que poseen las personas ante el VIH/SIDA (Rampal, Mohammadi, Abdullah & Rahman, 2010, citado en Teva, Bermúdez & Buela-Casal, 2014). Variadas investigaciones demuestran que las personas que no tienen afiliación religiosa alguna, presentan mayor frecuencia en la utilización del preservativo (Berquó, et. al., 2008, como se citó en Teva, et. al., 2014); sin embargo, otras investigaciones demuestran lo contrario, que la religiosidad no está relacionada con el uso del preservativo. Quizá, como mencionan Teva et. al., (2014), “los jóvenes religiosos podrían estar menos informados sobre aspectos relacionados con la sexualidad que otros que no son religiosos debido a las normas morales de sus familias” (p. 47).

En este sentido, las instituciones tanto a nivel internacional (ONUSIDA, 2014) como a nivel nacional (CENSIDA, 2014) han creado campañas para disminuir los altos índices de casos de personas infectadas por el VIH, ya que hasta el momento se han reportado 36,7 millones de personas que vivían, en 2016 con VIH (OMS, 2017), siendo los jóvenes quienes más se contagian por vía sexual; una de las formas que más se ha difundido para prevenirlo, es la

utilización correcta y consistente del condón; sin embargo, a pesar de que existe información sobre cómo y por qué usarlo, las personas no lo utilizan en sus relaciones sexuales (Jiménez, 2010; Teva, Bermúdez, & Buela-Casal, 2009), situación que propicia el riesgo de contraer VIH/SIDA.

En un primer momento, se creía que el VIH y el SIDA eran enfermedades propias de los hombres que mantenían relaciones homosexuales, sin embargo, a principios de la década de 1980 se reconoció que dicha enfermedad afectaba tanto a poblaciones heterosexuales como a homosexuales activas (Morrison y Bennett, 2008); no obstante, menciona la OMS (2017) que “hay grupos poblacionales que merecen especial atención por correr un mayor riesgo de infección por el VIH [...]: los hombres que tiene relaciones homosexuales, los consumidores de drogas inyectables, los presos y personas que están reclusas en otros entornos, los trabajadores sexuales y sus clientes, y los transexuales”. Resulta interesante que dichos grupos poblacionales, se conglomeran en uno solo, a saber, los hombres privados de la libertad.

ONUSIDA (2014) señala que el entorno social se relaciona con determinados comportamientos que hacen más probable la presencia de problemas de salud sexual, uno de esos entornos es el carcelario.

Evidentemente hay sectores poblacionales que no se adhieren a un tratamiento antirretroviral dadas las condiciones económicas y/o contextuales, es decir, la limitante es el costo elevado del tratamiento o el lugar en el que residen, pensando en las poblaciones de los centros de reclusión. En estos espacios, los internos están completamente expuestos a factores de riesgo para contraer VIH/SIDA, tales como relaciones sexuales sin protección, consensuadas o no, uso de drogas inyectables, además del uso compartido de objetos punzocortantes (González, Badial & Gras, 2013).

No obstante, en los últimos 20 años se ha logrado gran trascendencia en cuanto a tratamientos antirretrovirales, sin embargo no se ha logrado eliminar el virus del organismo, causando así, un impacto negativo en la calidad de vida, dado que los tratamientos son de un elevado costo (Olvera & Soria, 2008), no obstante la OMS (2017) menciona que “aunque no se ha descubierto la cura

para la infección, el tratamiento con antirretrovíricos eficaces permite mantener controlado el virus y prevenir la transmisión para que tanto las personas infectadas como los que corren riesgo de contagio puedan llevar una vida saludable, larga y productiva”. Las interrogantes serían ¿Qué tan disponibles son los tratamientos antirretrovíricos para estos grupos poblacionales, pensando en lo particular, en los adolescentes privados de la libertad? ¿Qué tan salubres son los centros de reclusión en los que los adolescentes cumplen sus condenas? ¿Qué tan eficaz es la atención médica que reciben los reclusos? Éstas y otras cuestiones serán resueltas en el siguiente apartado.

## **2.2 La vulnerabilidad de los adolescentes en el sistema penitenciario mexicano**

Como se mencionó en el apartado anterior, los jóvenes y adolescentes son el sector poblacional más vulnerable al contagio de infecciones ligadas a las prácticas sexuales y/o de riesgo a las que se encuentran expuestos (CENSIDA, 2017), ya sea por el medio social en el que se desenvuelven, por influencia de sus pares o por la educación y el estilo de crianza de los padres o adultos con los que conviven (DiClemente, et. al., 2007); por tanto, es menester versar sobre ello, sobre la concepción del adolescente tanto para el derecho como para la psicología, sin dejar de lado, claro está, la cuestión biológica y sociológica, dado que las posturas divergen en términos de la concepción del sujeto, pero al mismo tiempo lo constituyen.

Hablar de adolescencia resulta ser un poco complicado en términos de las vastas definiciones que existen alrededor del concepto, sin embargo, “no existe una teoría única correcta sobre el desarrollo adolescente, instando a los estudiosos de la adolescencia a comparar y contrastar los diferentes enfoques existentes sin perjuicio de reconocer, por otra parte, que pueden existir ‘formulaciones teóricas’ que parecen contradecirse o utilizar los mismos términos para designar cosas distintas” (Kimmel y Weiner, 1998, como se citó en Lozano, 2014, p. 14). Por tal motivo, se tomará el constructo ‘adolescencia’ desde una óptica socio-histórica, que, en lugar de definir el concepto en sí,

pretende ubicar la emergencia del mismo además del contexto en que se desarrolló.

Bakan (1971, como se citó en Lozano 2014) versa sobre la invención y el descubrimiento de la adolescencia en América como un resultado de los cambios sociales propios de la segunda mitad del siglo XIX y a la primera mitad del siglo XX, marcados, dichos cambios, por la extensión de la educación obligatoria, que, de acuerdo con Hine (2000, como se citó en Lozano, 2014) ocurre cuando los jóvenes son expulsados del mundo laboral e ingresan de forma masiva en secundarias, lo cual implica, y repercute, al mismo tiempo, en el aislamiento laboral, los procedimientos de justicia juvenil, la protección parental, ausencia del contacto frecuente con adultos y en el confinamiento durante periodos extensos con grupo de iguales. Es justamente por esta última razón que los adolescentes de hoy día forman un grupo social homogéneo compartiendo experiencias vitales, formas de vida, hábitos, gustos y modas, por lo que no resultaría descabellado pensar que es la causa de los altos índices de conductas de riesgo en esta etapa.

Cuando de adolescencia se trata, casi de manera mecánica se piensa en una cuestión biológica, es decir, que tiene lugar entre los 11 y 12 años, mejor conocida esta etapa, como pubertad, en la que se generan una serie de cambios a nivel hormonal y anatómicos, entre los que, generalmente destacan, el cuerpo maduro, sexuado y susceptible de procrear. Sin embargo, dichas modificaciones morfológicas no bastarán para considerar a un individuo como un adolescente, es decir que dependerá, además, de aspectos sociológicos, dado que ser adolescente está dado por la cultura a la que se pertenece (Papalia, Wendkos & Duskin, 2009), esto es que, en ésta etapa sucede una transición entre la dependencia infantil y la emancipación del adulto joven, lo cual ocurre, en nuestra sociedad latina, alrededor de los 25 años, una conquista de la autonomía bastante tardía, en donde intervienen factores propios de nuestra cultura, tales como la extensión de estudios, el desempleo masivo y el sostén económico por parte de los padres, lo cual genera dependencia material y afectiva en éstos jóvenes (Nasio, 2013).

Para la década de los 80's, menciona Lozano (2014) "se consolida el campo de la sociología y la antropología de la infancia como un nuevo paradigma que ha sintetizado un marco teórico-metodológico ligado a la tradición antropológica. Desde éste nuevo campo de estudio se abre un debate en torno al *estatus* que se les otorga a 'los menores' como sujetos con capacidad para involucrarse activamente en las dinámicas sociales, políticas y culturales de los diversos escenarios en los que están presentes" (p. 21). En este sentido, podría entenderse que existe una convergencia entre la concepción del adolescente en el marco sociológico- antropológico y el jurídico.

Por tanto, en términos jurídicos, un adolescente es aquella persona "que tenga entre doce años cumplidos y menos de dieciocho años" (Artículo 1 de la Ley de Justicia Penal para Adolescentes en el Código Penal para la CDMX, 2017; p. 1). Es considerado, también, como "un sujeto responsable, con capacidad y derecho a optar por imperio de su dignidad personal" (Uriarte, 2004, como se citó en Vasconcelos, 2009; p. 11), es decir, que poseen la capacidad de responsabilizarse de sus conductas, aunque, sin dejar de lado los aspectos biológicos, psicológicos y sociales por ejemplo: la madurez mental para comprender y reconocer la naturaleza del acto y la salud mental, para identificar la ilicitud de su actuar, lo cual se encuentra estrechamente ligado a la educación y enseñanza de los adultos con los que convive, en primera instancia, y de las condiciones en las que vive (Calero, 2010).

La capacidad jurídica de los adolescentes ha sido tema de discusión entre los *doctos* en la materia, apelando por la inimputabilidad o por cómo deben ser sancionados aquellos que cometen algún acto ilícito, por lo que se ha pasado de no ser procesados de la misma manera que los adultos debido a su corta edad, aplicándoles a éstos penas más cortas, a un sistema en el que predomina la asistencia a la infancia, adoptando, así, una concepción tutelar, proteccionista, preventiva y no punitiva (Vasconcelos, 2009).

Fue en 1923, en Sn. Luis Potosí, que se creó el primer tribunal juvenil, y tres años después se replicó en la Ciudad de México "como un reconocimiento de que los tribunales y las prisiones para adultos no eran convenientes para el tratamiento de los menores en conflicto con las leyes penales" (Calero, 2010; p.

244). Fue hasta 1965 que se modificó el artículo 18 constitucional añadiéndole un cuarto párrafo en el que surge el concepto del menor infractor (el cual hoy día se ha rechazado) y en el que se establece la creación de instituciones especiales para el tratamiento de adolescentes en conflicto con la ley, cuya finalidad giraba en torno a la promoción “de la readaptación social de los menores de 18 años” (Art. 1, en Ovalle, 1974; p. 695), siendo de esta manera un organismo que corrige y no uno que castiga (Calero, 2010). Dentro de esta ley ‘proteccionista’, aparentemente, se estipularon dos tipos de medidas de seguridad aplicables a aquellos que:

- a) Infrinjan las leyes penales
- b) Infrinjan los reglamentos policiales y buen gobierno
- c) Manifiesten otra forma de conducta que haga presumir, fundamentalmente, una inclinación a causar daños, a sí mismo, a su familia o a la sociedad, y ameriten, por tanto, la actuación preventiva del Consejo (Art. 2°, Ovalle, 1974; p. 695)

Dichas medidas son:

- a) internamiento en la institución correspondiente
- b) libertad vigilada: en donde el implicado debe ser:
  - entregado a quienes ejercen la patria potestad
  - colocado en hogar sustitutivo

Sin embargo, la creación de estas instituciones presentaba ciertos inconvenientes tales como la falta de reconocimiento de garantías procesales, en donde, al ser el objetivo proteger, corregir y reinsertar al menor de edad al núcleo familiar y a la sociedad, en lugar de sancionar, se violentaba el derecho a la libertad, además de que las legislaciones no distinguían el tipo de acto ilícito, es decir, que otorgaban el mismo tratamiento jurídico por igual. Por ello, en 1959, la Asamblea General de la ONU proclama la “Declaración de los derechos del niño”, en donde se considera a los niños y adolescentes como personas con capacidad jurídica. Para 1985 la Asamblea General de la ONU, declara las “Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para la Administración de Justicia de menores”, mejor conocido como “Reglas de Beijing”, en las que se promueve el bienestar del menor mediante la adopción de medidas concretas

respecto a tratamientos efectivos, humanos y equitativos, además de la promoción al respeto de las garantías procesales, como la presunción de la inocencia, notificación de acusaciones, asesoramiento, presencia de padres o tutores, apelación, etc. (Calero, 2010).

Posteriormente, en 1989 la ONU proclama la “Convención sobre los derechos del niño”, ratificada por México en septiembre de 1990. En dicha convención se adoptaba un modelo de protección integral a los entonces menores infractores, postulando bases para la creación de un sistema de justicia propio de este grupo poblacional. No obstante, en diciembre de 1990 la ONU adoptó las “Directrices de Riad” (directrices de las Naciones Unidas para la prevención de la delincuencia juvenil), reconociendo que la prevención de la delincuencia juvenil era fundamental para la prevención del delito en la sociedad; enfatiza, además la elaboración de medidas que “eviten criminalizar y penalizar al menor por conductas que no causan graves perjuicios a su desarrollo ni perjudica a los demás” (principio 1 y 5, en Calero, 2010; p. 249).

En ese mismo año, en 1990, se proclaman las “Reglas de las Naciones Unidas para la protección de los menores privados de la libertad”, en donde se establecen una serie de normas para la protección de los menores privados de la libertad compatibles con los derechos humanos y libertades fundamentales, fomentando así la óptima integración a la sociedad (Regla 3, en Calero, 2010; p. 249). Para el 24 de diciembre de 1991, publican la “Ley para el Tratamiento de Menores Infractores para el Distrito Federal en Materia Común y para toda la República en Materia Federal” lo cual trae como consecuencia la abrogación de la “Ley que crea el Consejo Tutelar para Menores Infractores del Distrito Federal” vigente desde 1974, en donde se contemplan disposiciones contradictorias a lo establecido en la Convención sobre los Derechos del Niño, es decir, que la duración del internamiento, por ejemplo, depende de la respuesta al tratamiento, contrario al principio de “proporcionalidad” entre infracción y medida aplicada (Art. 40.4, en Calero, 2010; p. 250).

Sin embargo, el 29 de mayo del 2000 se crea la “Ley para la Protección de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes”, señalando que la privación de la libertad debe llevarse a cabo de conformidad con la ley y respetando las

garantías de audiencia, de defensa y las procesales que reconoce la constitución, lo cual será aplicable únicamente cuando se compruebe que se infringió gravemente la ley penal (Artículo 45 b y c, Ley para la protección de Niñas, Niños y Adolescentes, 2000). Por lo que, para el 12 de Diciembre del 2005, se reforma el artículo 18 constitucional párrafo 4° en que se ordena “un sistema integral de justicia que será aplicable a quienes se atribuya la realización de una conducta tipificada como delito por las leyes penales y tengan entre doce años cumplidos y menos de dieciocho años de edad, en el que se garanticen los derechos fundamentales que reconoce esta Constitución para todo individuo, así como aquellos derechos específicos que por su condición de personas en desarrollo les han sido reconocidos. Las personas menores de doce años que hayan realizado una conducta prevista como delito en la ley, solo serán sujetos a rehabilitación y asistencia social”; y en el adicional párrafo 5° se contempla, como obligación de cada orden de gobierno la creación de “instituciones, tribunales y autoridades especializados en la procuración e impartición de justicia para adolescentes” (Diario Oficial de la Federación, 2005), en este sentido, afirma Calero (2010) todas las entidades federativas y Federación deberían llevar a cabo capacitación de policías, agentes del Ministerio Público, jueces y defensores encargados de estos casos; deben conocer, además, los derechos fundamentales de este grupo poblacional y, conjuntamente, otorgar la infraestructura y recursos necesarios para operar de una forma óptima.

Una vez dicho todo lo anterior resulta evidente que la justicia para adolescentes y el sistema penal que rige en la Ciudad de México está claramente establecido, sin embargo, también se evidencia que entre el ser y el deber ser, existe una gran brecha dado que se mal interpretan las leyes y no se respeta lo establecido, por ejemplo las condiciones en las que debería mantenerse a los adolescentes privados de la libertad, atentando, de esta manera, a los derechos humanos de éstas personas, por lo que, es menester versar, de manera amplia, sobre el sistema penitenciario en México y las políticas de salubridad.

### **2.3 Políticas de salud en el sistema penitenciario mexicano**

Los centros penitenciarios, prisión o cárcel “ha sido desde el comienzo una ‘detención legal’ encargada de un suplemento correctivo, o también, una empresa de modificación de los individuos que la privación de libertad permite hacer funcionar en el sistema legal.” (Foucault, 1976; p. 267). Sin embargo, al ser considerado únicamente como un sistema correctivo/punitivo, se deja de lado el objetivo final de dicho sistema, a saber, la rehabilitación y reinserción social mediante el respeto de los derechos humanos (Comisión Nacional de Derechos Humanos [CNDH], 2016).

Hablar de las políticas en materia de salud en el sistema penitenciario remite, justamente, a versar, primeramente, sobre los derechos humanos que poseen las personas privadas de la libertad en la CDMX (Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal [PDHDF], 2010), tales como:

1. Derecho a la salud
2. Derecho a una alimentación adecuada
3. Derecho al agua
4. Derecho a un espacio digno para vivir
5. Derecho a la educación
6. Derecho al trabajo y derechos humanos laborales
7. Derecho al acceso a la información
8. Derecho a tener contacto con el exterior
9. Derecho a la integridad personal
10. Derecho a un debido proceso

Parece un tanto contradictorio que, pese a que se conocen los derechos de las personas privadas de la libertad y que se debe garantizar el respeto a los mismos por parte de los funcionarios y guardias de los diversos centros de reclusión en México, dada la vasta capacitación en materia de derechos humanos, éstos, hoy día, continúen siendo trasgredidos, primeramente, por la sobrepoblación que se ha registrado en los últimos años, a saber sobrepasa el 50% de su capacidad para resguardar, rehabilitar y reinsertar, de manera eficaz, a aquellas personas sentenciadas por la comisión de un delito (PDHDF, 2010) .

En segundo término, de acuerdo con el informe sobre el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura sobre los centros de tratamiento interno para adolescentes que infringen las leyes penales que dependen del gobierno de la ciudad de México realizado por la CNDH (2017), se encontró que en materia de salud, en cuanto a atención médica de calidad para los internos y en materia de alimentación adecuada, suficiencia y contenido nutricional, al menos en los centros de reclusión para adolescentes, éstos derechos son amancillados dado que se reportó que en el Centro Especializado para Adolescentes “Quiroz Cuarón” (CEAQC) y en Comunidad de Tratamiento Especializado para Adolescentes (CTEA) existen fallas de mantenimiento en los dormitorios, sanitarios, aulas, talleres y patios, “existen deficiencias en la iluminación artificial; sistemas hidráulicos y de drenaje; fugas de agua y humedad; inadecuadas condiciones de higiene y presencia de fauna nociva, así como vidrios rotos e instalaciones eléctricas improvisadas que implican riesgo de probables lesiones y de corto circuito e incendio” (p. 7), es decir, que las personas que están resguardadas, tanto en CEAQC como en CTEA viven con múltiples factores de riesgo que atentan en contra de la salud y el bienestar de los internos.

Mientras que en la comunidad de Diagnóstico Integral para Adolescentes (CDIA) se reportó que la iluminación artificial, de los dormitorios, es deficiente y los cristales de las ventanas están rotos. Además, se observaron inodoros obstruidos, fugas de agua en regaderas y humedad en techos. Por tanto, los dormitorios, talleres, aulas y patios se encuentran en condiciones de mantenimiento sumamente desfavorables. Por su parte, en la Comunidad para el Desarrollo de Adolescentes (CDA) requieren de un médico general, existe carencia de medicamento del cuadro básico, el personal médico no supervisa la preparación de los alimentos; asimismo, ninguna de las comunidades cuenta con ambulancia particular, sino que una sola se encarga de las cinco comunidades, lo cual perjudica a los internos en situaciones de emergencia (CNDH, 2017).

Es menester destacar que, en materia de salud, existen diversos decretos nacionales que apelan por la protección de la misma en los centros de

reclusión, tales como el artículo 4, párrafo cuarto y noveno establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; artículo 46, fracción VI, de la Ley Nacional del Sistema Integral de Justicia Penal para adolescentes; artículo 13, fracción IX, de la Ley General de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (CNDH, 2017). No obstante, existen, también, una serie de ordenanzas a nivel internacional, que “reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, razón por la cual los Estados Parte se comprometen a adoptar las medidas necesarias para asegurar la plena efectividad de este derecho” [...] Así mismo el artículo 51 de las ‘Reglas de las Naciones Unidas para la Protección de los Menores Privados de Libertad’, señala que todo centro de detención de menores debe tener acceso inmediato a instalaciones y equipo médicos adecuados que guarden relación con el número y las necesidades de sus residentes, así como personal capacitado en atención sanitaria preventiva y en tratamiento de urgencias médicas” (CNDH, 2017; p. 17). Resulta alarmante contrastar el “ser” de las políticas públicas en México con el “deber ser”, dado que, como se mencionó anteriormente, el abasto de medicamento es insuficiente, las instalaciones son precarias, el personal médico es insuficiente, en los centros de reclusión para adolescentes, además de que los exámenes médicos son realizados en presencia de elementos de seguridad, es decir, no poseen privacidad (CNDH, 2017).

En cuanto al derecho al trabajo y derechos humanos laborales, parece ser que se impiden la reinserción de manera óptima para los internos, dado que se manifiesta que en las cinco comunidades de tratamiento para adolescentes, se observaron deficiencias en cuanto a la falta o insuficiencia de áreas necesarias para su correcto funcionamiento, entre las cuales se encuentran las de visita, comedores, talleres, aulas e instalaciones deportivas, mientras que únicamente en CEAQC y Comunidad para Mujeres carecen de personal para implementar las actividades de capacitación laboral, así como deportivas. En cuanto al derecho al contacto con el exterior en todas las comunidades se reportó que únicamente se les permite realizar una llamada a la semana debido a la insuficiencia de los teléfonos, además de que las áreas de visita son

inadecuadas, o mejor dicho no se encuentran en óptimas condiciones. A lo que se refiere al derecho a la integridad personal, resulta alarmante que en Comunidad para mujeres (CM) no existe privacidad alguna, dado que las áreas de las regaderas carecen de puertas, por lo que, se reportó, por las mismas internas, que los guías técnicos las observan mientras se duchan (CNDH, 2017), no resultaría descabellado pensar en posibles abusos sexuales y en focos de infecciones de transmisión sexual efectuados por el personal de dicha comunidad (Just Detention International, 2015).

Resulta interesante que aun teniendo la información necesaria para la protección de las poblaciones privadas de la libertad (PPL) se continúen trasgrediendo los derechos, principalmente en materia de salud, sin embargo desde 2008 “la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) presentó el ‘Informe especial sobre la protección del derecho a la salud de las personas que viven con VIH por parte del Gobierno del Distrito Federal’, -en el cual se- alertaba sobre las precarias condiciones en la atención médica de las internas y los internos en los centros penitenciarios del –entonces- Distrito Federal” (González, Badial, & Gras, 2013; p. 13) por lo que se intentó buscar una solución que mejorara la situación, en materia de salud, de la población interna, mediante el diseño e implementación de programas de atención médica, basados en el derecho a la salud, el derecho a la elección tanto de las pruebas como de la atención médica y naturalmente, la confidencialidad (CNDH, 2012, como se citó en González, et al, 2013).

Es por ello por lo que la psicología, ha desarrollado diversas estrategias o modelos psicosociales en *pro* de la promoción y prevención de las diversas conductas de riesgo, relacionadas con la salud, basadas en las diversas postulaciones teóricas, las cuales se expondrán, brevemente, a continuación (Barra, 2001):

- a) Modelo de creencias de la salud: surgió en los años 60, se basa en el modelo expectativa-valor, el cual alude a que las personas adoptan ciertas conductas cuando creen que éstas, la conducta per se, tendrá resultado, al cual se le ha atribuido un valor. Por tanto, la conducta de salud estará influida por 1) la amenaza percibida, 2) la eficacia de la

conducta, en términos de los costos y los beneficios de la misma, 3) motivación de la conducta y 4) autoeficacia, es decir, la capacidad percibida de sí mismo para ejecutar una conducta.

- b) Modelo de la acción razonada: surgió en 1967 por Fishbein y Ajzen, quienes planteaban que, dado que los seres humanos somos seres racionales debido al procesamiento sistemático de la información, por tanto, una conducta estará determinada por creencias (personales y normativas), actitudes e intenciones.
- c) Modelo de la conducta planificada: surge en 1991, por Ajzen, como una variante al modelo de acción razonada; postula que la intención conductual está determinada por el control conductual percibido, tales como las creencias personales, el grado de dificultad que implica la ejecución de la conducta para un individuo en particular, vinculado, además, con factores internos (información, habilidades, competencias, etc.) y factores externos (tiempo, costo económico, etc.)
- d) Modelo de información-motivación-habilidades conductuales (IMB, por sus siglas en inglés): surgió en 1998, por Fisher y Fisher, en el que proponen la integración de los principales determinantes del VIH, es decir, factores específicos que resultan relevantes para determinadas conductas de salud y que además se adecuan a poblaciones específicas. Se postula, en este modelo, que la iniciación y mantención de una o varias conductas de salud dependen, específicamente, de la información de la salud, la cual debe ser sumamente clara y concisa, la cual actuará como un prerrequisito para la práctica de la conducta, es decir, la motivación para llevar al acto la información, pero sin dejar de lado las recomendaciones específicas para una adecuada ejecución, esto es la habilidad conductual.

En este sentido, de acuerdo con Fisher y Fisher (1992; como se citó en Robles, Solano, Díaz, Moreno, Frías, Rodríguez & Barroso, 2012) se plantea que “el desarrollo de conductas preventivas (como la de usar el preservativo) ocurre cuando se posee información relevante relacionada con el problema de salud que se desea prevenir (componente de información), cuando se está

fuertemente motivado para iniciar y mantener dichas conductas (componente motivacional que incorpora creencias, actitudes, norma subjetiva, autoeficacia e intenciones) y cuando se aprenden habilidades conductuales específicas que permiten involucrarse en las conductas preventivas (componente conductual)” (p.1132); esto es que no solo basta con informar respecto a los métodos anticonceptivos, las enfermedades/ infecciones de transmisión sexual, sino que además promover el uso del condón con un ‘toque’, por llamarlo de alguna manera, que resulte atractivo para la población, esto es que se erotice el uso del preservativo e incluso proponerlo como parte del juego previo al acto *per se*, además de que se dote de habilidades tanto prácticas como verbales, en cuanto al uso correcto del condón y a la comunicación asertiva, respectivamente, para, finalmente ‘negociar’ el uso del mismo con la pareja de manera consistente, logrando así el cometido, a saber, el incremento en la conducta sexual protegida.

En este sentido Robles et. al., (2012) realizaron una investigación orientada a adolescentes que no han tenido su debut sexual cuyo objetivo era evaluar los efectos de un programa de intervención a partir del modelo IMB, para lo cual se valieron de una muestra de 544 participantes de entre 11 y 20 años. Se utilizó un diseño experimental pretest- posttest con dos grupos, uno experimental (quienes recibieron el programa de intervención) y uno control (quienes recibieron una plática de educación para la salud). Se encontró que hubo un incremento en el nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA e ITS en general, que los participantes mencionan que es preferible posponer el encuentro sexual cuando de situaciones de riesgo se trata o cuando son encuentros no protegidos, se incrementaron y/o desarrollaron las habilidades para usar de manera correcta el condón y tuvo un impacto favorable en la comunicación con los padres de familia respecto a temas de sexualidad en general. Finalmente, los autores mencionan que, en efecto, las intervenciones planteadas bajo el modelo IMB, se ven favorecidas cuando de la consecución de conductas salubres se trata, dado que, como se mencionó anteriormente, agrupa las tres variables fundamentales que repercuten en la conducta de las personas, a saber, la información necesaria y adecuada, la motivación para

llevarla a cabo, en el sentido del cambio de perspectiva y, por último, pero no menos importante, las habilidades necesarias para la óptima ejecución de una conducta en particular.

Cabe señalar que cada uno de los modelos postula aspectos que resultan relevantes para la consecución de una conducta en específico, sin embargo, es menester mencionar que, el presente proyecto se planteó bajo el modelo IMB debido a que, principalmente es un modelo que se enfoca en el trabajo con poblaciones específicas (Barra, 2001), en este caso adolescentes privados de la libertad, debido a que, como se mencionó anteriormente, son los jóvenes quienes son más vulnerables a contraer las infecciones por vía sexual; por tanto, el riesgo es mayor, cuando de ámbitos carcelarios se trata, dadas las precarias condiciones antes expuestas.

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 3.1 Salud sexual en población privada de la libertad: programas de intervención para promover la salud sexual.

Hasta este punto se ha versado sobre la psicología de la salud, el VIH/SIDA, la población de adolescentes privados de la libertad y los derechos de los mismos, políticas públicas en materia de salud en las prisiones de México, así como las aportaciones de la psicología, en cuanto a modelos, en *pro* de la salud, sin embargo, es menester hacer mención de las diversas investigaciones alrededor de la salud sexual y reproductiva en ámbitos carcelarios, llevados a cabo en otros países, que han contribuido en la explicación y/o modificación de ciertos comportamientos de riesgo que se han encontrado como características particulares de la población.

En este sentido, Bimbela (2000) plantea un modelo denominado PRECEDE, mediante el cual brinda herramientas a los investigadores, para intervenciones efectivas en materia de salud en ámbitos penitenciario, sugiriendo tres factores que explican ciertas conductas: a) predisponentes: relacionados con la motivación de los sujetos para realizar la conducta, basado en la información, las actitudes y, los valores y creencias que poseen los participantes, b) facilitadores: alude a las habilidades y recursos con los que cuentan los internos tanto para la ejecución de la conducta (uso del condón) como para prevenir y/o modificar acciones (negociación de prácticas sexuales sin riesgo), además de la accesibilidad de instrumentos y centros con respectivos profesionales, y c) reforzantes: referente a consecuencias de haber realizado la conducta, mediante las respuestas de agentes clave (tales como pareja, familia, compañeros, etc.), las respuestas propias, (reconocimientos del logro), beneficios/perjuicios físicos (placer y comodidad con la conducta), consecuencias tangibles (beneficios económicos, ahorros de costes). Menciona, además, el autor que el aspecto clave para la eficacia de cualquier intervención, independientemente de la población a la que se dirija, es la comunicación, el lenguaje verbal, tanto el no verbal, tomando en cuenta la empatía con los participantes, la escucha activa, la resolución a los

cuestionamientos sintetizando la información y retroalimentado. Comenta que, siguiendo dicho entrenamiento, se pretende que los internos desarrollen la función de “agentes de salud” promoviendo la educación salubre respecto al VIH en el ámbito penitenciario.

Por otro lado, Schifter, (2001), realizó un estudio en Costa Rica en el que plantea, mediante un modelo holístico, la prevención del VIH/SIDA y los factores desencadenantes en tres niveles: pre, inter y post-carcelario. Dichos factores son derivados de la marginalidad, tales como el consumo de drogas, actos delictivos, prostitución, violencia, relaciones sexuales no consensuadas, etc. El autor menciona que para poder plantear una intervención que resulte efectiva para cualquier población es menester conocer la identidad cultural de la misma, es decir, aquellos elementos que brindan un perfil de los sujetos en relación con el entorno en el que se desenvuelven. Posteriormente menciona los contras de las intervenciones basadas en diversos modelos biomédicos, orientados, principalmente, a la consecución de un objetivo: la erradicación de la epidemia mediante la información brindada por sujetos “expertos”, poniendo a los internos en una posición meramente pasiva, mientras que el modelo holístico postula la educación y participación activa de los internos, otorgándoles la oportunidad de prevenir, e incluso curar, la enfermedad, esto es mediante un proceso reflexivo alrededor de sus propias conductas, por lo que cada participante formaba parte de la ‘experiencia’ por convicción propia. Se lee, entre líneas, que el autor plantea un seguimiento, una vez concluido su periodo de reclusión de cada interno participante, debido a las ‘opciones’ que se le presentan para la llamada ‘reinserción social’, en la que podría retomar su antiguo estilo de vida o reestructurarlo; sin embargo, como se menciona anteriormente, el objetivo final de la intervención con el modelo holístico apunta a la reestructuración del modo de vida de los participantes, optando por conductas sanas que preserven la vida.

En Madrid, España, Martínez y Aledo (2003) desarrollaron un programa orientado a la prevención del VIH/SIDA en ámbitos penitenciarios, dado que, debido a las altas cifras, en España, de seropositivos en los centros penitenciarios y considerando, además, el frecuente consumo de drogas por

vía intravenosa en la población, se plantearon como objetivo formar, de manera global, sobre la prevención del VIH, evitando las conductas de riesgo y fomentando hábitos sanos y la actividad física, para lo cual se planteó un entrenamiento en: 1) habilidades de comunicación, alrededor de la sexualidad y las ITS y 2) negociación de prácticas no coitales y uso de preservativos. El programa se estructuró bajo cuatro etapas: a) presentación y coordinación con las áreas del centro penitenciario, b) actividades formativas de mediadores sociosanitarios, c) actividades a internos (taller, vídeo *fórum* y libro *fórum*, coloquio, representación teatral y actividades físico-deportivas) y d) evaluación del programa. Se encontró que con dicho programa se logran cambios en dos rubros: 1) en cuanto a actitudes, mediante las técnicas participativas, tales como los vídeos, juegos de roles, etc. Y 2) en cuanto a conductas, mediante técnicas directas centradas en el manejo, control y planificación de relaciones íntimas, no obstante, se destaca el papel que juega la actividad físico deportiva en los internos seropositivos, principalmente, dado que, ésta mejora la calidad de vida. Finalmente se propone el seguimiento del programa fuera de la institución, sin dejar de lado la implicación familiar y la educación a nivel social en temas de VIH y diversidad.

Por otro lado, la Organización Panamericana de Salud (OPS, 2003), planteó e implementó un programa en las prisiones de Buenos Aires, cuyo objetivo era instaurar prácticas y políticas de atención primaria en salud en todas las etapas de permanencia del interno en las unidades del Servicio Penitenciario Federal, que asegurara el desarrollo de un ambiente saludable, que contribuya a minimizar la incidencia negativa de las enfermedades en los individuos y la comunidad, y que asegure el bienestar psicofísico y ambiental. La intervención se planteó en las siguientes etapas: 1) promoción de la salud, mediante campañas en educación sanitaria, vacunación, control y prevención de enfermedades de transmisión sexual tanto para la población en general como para los internos, 2) cuidados, tratamiento y asistencia, mediante cursos de Reanimación Cardiopulmonar (RCP) y cuidados y asistencia para enfermos, 3) Manejo de información mediante un sistema de registros y de información sanitaria además de un sistema de vigilancia epidemiológica, 4) legal, ética y

derechos humanos en la cual se desarrollaron e implementaron políticas de confidencialidad en cuanto a las enfermedades y tratamientos de los internos, 5) colaboración, coordinación y comunicación, en esta etapa se trabajó con familiares, se capacitó al personal y se difundieron los servicios médicos, 6) estrategias para poblaciones especiales tales como mujeres e hijos e internos mayores, por lo que se cubrieron necesidades médicas básicas para cada población, así como el control *pre* y *post* natal, programas de inmunización y controles clínicos periódicos. Desafortunadamente no se ha documentado un seguimiento, en cuanto a resultados o eficacia de dicho programa.

Por su parte, Castellanos (2008) exploró el discurso y la práctica de la representación social del VIH/SIDA en personas que viven y laboran en dos centros penitenciarios de Santa Martha Acatitla, México; para ello participaron a) 30 varones no portadores del VIH, b) 25 mujeres de las cuales una era portadora, c) 5 trabajadores técnicos, y d) 5 funcionarios. Para lo cual, se valieron de la observación no participante panorámica, de entrevistas en grupos de discusión e individuales. Se encontró una discordancia entre el discurso y la práctica tanto en cuanto a la percepción de los internos respecto a los pacientes con VIH, como con el personal mismo, creando así una gran renuencia al tratamiento antirretroviral, al servicio médico en general y a los servicios brindados a este sector de la PPL. Asimismo, se reportan casos opuestos, en los que los pacientes seropositivos se responsabilizan respecto a la enfermedad y realizando actividades que les favorecen. Por otro lado, las mujeres se muestran mayormente solidarizadas con las internas seropositivas, mientras que los funcionarios de los centros penitenciarios reconocieron el desabasto de medicamentos, la ausencia de tratamientos psicológico, argumentando la renuencia de los pacientes consumidores de drogas, falta de personal médico y la carencia de condones; no obstante, mencionan que se les brindan antirretrovirales, alimentos de mayor calidad, conteos virales ocasionales además de que los pacientes, varones, seropositivos son segregados en un dormitorio separado de la población general, por lo que se propone brindar herramientas reflexivas sobre la visión del paciente adicto desde la perspectiva de la salud, sobre el papel de los servicios del tratamiento

así como de su papel en la prevención del VIH, proporcionar conocimientos teóricos y prácticos para la adquisición de conductas saludables, con el fin de evitar la propagación del virus en un entorno de riesgo.

En 2009, Almendárez realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el que se proponía valorar los conocimientos, actitudes y prácticas seguras ante el VIH/SIDA de las y los internos de ocho prisiones de Nicaragua, cuya incidencia fue de 628 participantes; para ello se valió de una encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas sobre aspectos relacionados con sexo seguro en prevención de VIH/SIDA, además de entrevistas sobre sexo seguro a hombre privados de la libertad y a personas de ambos sexos en libertad. Respecto a la población, se encontró que un elemento característico es el bajo nivel educativo (nivel básico) y por ende presentan dificultades para la lectura, además de que la mayoría de los hombres son adultos jóvenes, es decir que son de edades oscilantes entre los 20 y 39 años. Se encontró, además que las mujeres poseen mejores conocimientos respecto a los mecanismos de transmisión del VIH, estrategias de sexo seguro y formas de transmisión de las ITS, en general, mientras que los hombres poseen mejores conocimientos respecto a la prevención sexual del VIH. Los varones, de acuerdo con las encuestas, tienden a las relaciones sexuales por placer, al sexo casual y por ende al uso del condón bajo éstas premisa. Por su parte, las mujeres rechazan el uso del condón aún con una pareja estable dado el temor a la reacción de la pareja, es decir, que el uso del preservativo es equivalente a la pérdida de la oportunidad de mantener relaciones sexuales con su pareja. Podría decirse, en forma generalizada de la población, se rehúsan a emplear el condón en todas y cada una de sus relaciones sexuales dada la estructura social, esto es que se hallan inmersos en una cultura patriarcal la cual fomenta no usar el preservativo, significándolo como un indicador de desconfianza e incluso infidelidad por parte de la pareja, aunado a creencia de “poca” eficacia, la falta de sensación y la interrupción del placer sexual. En este sentido, se propone exponer a la PPL a estrategias disponibles y eficaces sobre sexo seguro, mediante una capacitación integral cuya finalidad esté orientada al aprendizaje alrededor de la salud sexual y reproductiva.

En 2013, Rivas y Ortiz realizaron una investigación descriptiva y transversal, cuyo objetivo era brindar un panorama general sobre “la realidad” en temas de salud sexual y reproductiva de 102 hombres privados de la libertad del Centro de Atención Institucional (CAI) de San José, Costa Rica, para lo cual se valieron de cuestionarios constituidos por preguntas tanto abiertas como cerradas, las cuales conformaban 4 apartados: 1) datos sociodemográficos, 2) salud sexual (conceptos, prácticas, disfunciones, etc.), 3) salud reproductiva (conceptos, paternidad, métodos, anticonceptivos, etc.) y 4) mitos sobre sexualidad; se encontró que los varones que participaron en dicha investigación poseían información limitada en cuanto a los conceptos de salud sexual y reproductiva, lo cual repercutía tanto en las prácticas, como en el autocuidado, además de que se destaca la carente atención médica en esta población, dejando un amplio campo para futuras investigaciones.

Resulta interesante que la mayoría de investigaciones que se han reportado alrededor del VIH/SIDA y la promoción de la salud sexual y reproductiva apuntan a uno u otro de los tantos elementos que identifican, dentro de las mismas investigaciones, como causantes de la problemática en cuestión; sin embargo, cabe destacar, que todas apuntan a uno de los factores clave que desencadenan, o, mejor dicho, que generan riesgo en ésta población, a saber, la marginación, en términos educativos, económicos, sociales y culturales.

Ahora bien, es menester que, para comenzar a versar sobre la investigación que aquí compete, se haga mención de la definición unánime de salud sexual y reproductiva. De acuerdo con la OMS (s/f) la salud sexual se define como un estado de bienestar físico, mental y social directamente relacionada con la salud reproductiva, cuyo trasfondo no solo conlleva a la ausencia de afecciones o enfermedades, sino que además alude a la procreación y al buen funcionamiento del aparato reproductor en todas las etapas de la vida; involucrando, además, la posibilidad de una sexualidad responsable, segura y satisfactoria para los implicados. “Una persona puede vivir su sexualidad de manera integral y responsable si dispone de información amplia, objetiva, científica, con diversos enfoques acerca de su sexualidad; si

tiene la oportunidad de expresar y responder a sus dudas, además de reflexionar sobre sí y sobre su vida afectiva.” (Campos y Salas, 2002, como se citó en Rivas & Ortiz, 2013; p.12).

Una vez dicho lo anterior, este proyecto pretende aglutinar las intervenciones que se han realizado al respecto para así brindar una alternativa de vida a la PPL, proporcionando, primeramente, información y estrategias que sean útiles para la vida cotidiana, no solo una vez concluida la sentencia, sino también dentro de los penitenciarios.

### **3. OBJETIVOS**

La investigación que aquí se presenta está encaminada a la impartición de un taller para promover el uso del condón en adolescentes en conflicto con la ley, lo cual les permitirá contar con los recursos necesarios para tener un comportamiento sexual seguro y responsable, a partir del modelo de información-motivación-habilidades conductuales, para lo cual se realizó lo siguiente:

- Se evaluó el nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA, tanto las habilidades para el uso correcto del condón, como para la negociación del uso del mismo.
- Se evaluó la motivación hacia el uso del condón en relaciones sexuales.
- Se entrenó a los participantes en habilidades para el uso correcto del condón y para negociar el uso del mismo.

## 4. MÉTODO

### 5.1 Población

Se trabajó con cinco de las seis comunidades para adolescentes:

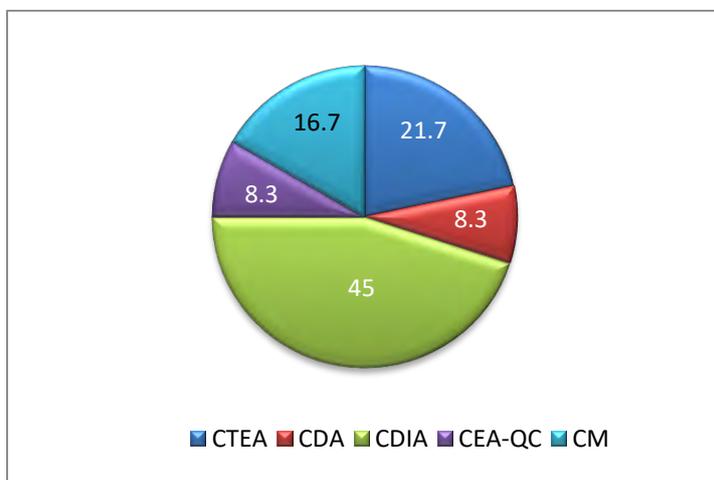
- a) Comunidad Especializada para Adolescentes “Dr. Alfonso Quiroz Cuarón” (CEA- QC). En esta comunidad permanecen los adolescentes varones, que cumplen una medida de tratamiento privados de la libertad (de 1 a 5 años), pero que además presentan problemas de conducta al interior de la institución y niveles bajos de adaptación.
- b) Comunidad de Tratamiento Especializado para Adolescentes (CTEA). En esta comunidad permanecen los adolescentes varones una vez determinada su situación jurídica, en la que cumplen su medida de tratamiento privados de su libertad (de 6 meses a 5 años).
- c) Comunidad para el Desarrollo de Adolescentes (CDA). Se caracteriza por alojar a los varones adolescentes de menor talla, peso y edad, que cumplen su medida de tratamiento privados de la libertad, una vez determinada su situación jurídica, (aproximadamente 6 a 5 años).
- d) Comunidad de diagnóstico Integral para adolescentes (CDIA). En esta comunidad permanecen los adolescentes varones, en tanto el órgano jurisdiccional define su situación jurídica (aproximadamente de 3 a 6 meses). En esta institución se emite un diagnóstico integral cuyo fin es individualizar la medida de tratamiento.
- e) Comunidad para Mujeres (CM). En ella permanecen las mujeres adolescentes privadas de la libertad, en tanto se define su situación jurídica, (aproximadamente seis meses a cinco años).

### 5.2 Participantes

Para la selección de los participantes de los talleres se realizó una invitación a todas las comunidades al término de la fase diagnóstica; por tanto, una vez iniciados los talleres, asistieron aquellos interesados; se trabajó con 60 participantes conjuntando las cinco comunidades. A continuación, se presentan

los datos, en cuanto a edades de los participantes de cada comunidad, tanto de los evaluados como de aquellos que incidieron en los talleres (ver tabla 1).

Se trabajó con 60 participantes conjuntando las cinco comunidades; en la Figura 1, se observa el porcentaje de participantes de cada una.



**Figura 1.**  
**Porcentaje de adolescentes que participaron por comunidad.**

**Tabla 1.**  
**Participantes por comunidad y edades.**

Comunidad	Edad		No. de participantes en talleres
	Media	Desviación estándar	
CTEA	18.13	1.746	13
CDA	17.67	1.336	5
CDIA	16.58	1.583	27
CEA-QC	20.00	1.581	5
CM	17.40	1.776	10

### 5.3 Escenario

Se trabajó en los espacios asignados por cada una de las comunidades, por ejemplo, en la CEA-QC se trabajó al aire libre, bajo una carpa que cubre una pequeña parte de cada uno de los patios. En cambio, en CTEA se brindó el

acceso al auditorio. En CM se trabajó en la biblioteca, en la primera comunidad y en una sala de juntas, con la segunda comunidad. En cuanto a CDA, se trabajó en un aula de la institución para el desarrollo de talleres mientras que en CDIA se llevaron a cabo en el auditorio.

#### 5.4 Variables

Variable independiente: taller para promover el uso del condón en PPL que consistió en brindar información respecto al VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual, así como los beneficios del uso del preservativo; además se entrenó a los participantes en habilidades para usar de manera correcta el condón y negociar su uso en cada uno de sus encuentros sexuales.

Variables dependientes: En la tabla 2 se presenta la definición conceptual y operacional de las variables dependientes.

**Tabla 2.**  
**Definición conceptual y operacional de las variables dependientes.**

	Definición conceptual	Definición operacional
Patrón de comportamiento sexual (PS).	Comportamientos específicos durante la relación sexual que implican responder de forma riesgosa o preventiva (Enríquez & Sánchez, 2004).	Reporte de lo que hicieron en: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Primera relación sexual (edad del debut sexual, con quién la tuvieron, si la planearon, lugar, métodos anticonceptivos usados)</li> <li>• Relaciones sexuales en general: número de parejas sexuales en toda la vida, frecuencia del tipo de práctica sexual (vaginales, orales, anales), presencia de problemas de salud sexual (VIH, ITS, embarazo o aborto), conducta sexual y consumo de alcohol y drogas.</li> <li>• Uso del condón en relaciones sexuales (oral, anal, vaginal).</li> </ul>
Conocimientos sobre VIH/SIDA e ITS (CO).	Nivel de información que se posee en relación con la sintomatología y los mecanismos de transmisión y prevención del Virus de la Inmunodeficiencia Humana y otras Infecciones de Transmisión Sexual (Robles et al., 2011).	Porcentaje de respuestas correctas en la prueba de conocimientos sobre VIH/SIDA e ITS.
Conocimientos sobre el uso del condón (CO).	Información que tiene la persona sobre el uso del condón (Moreno et al., 2010).	Porcentaje de respuestas correctas en la prueba de conocimientos sobre uso del condón.
Creencias hacia	Son las creencias de la	Promedio obtenido en la escala de

el uso del condón (CRUC).	persona que afectan el comportamiento (uso del condón) y están en función de lo que la persona atribuye al evento o de los resultados que obtiene (Ajzen & Fishbein, 1980).	creencias hacia el uso del condón con: Pareja regular y Pareja ocasional. Se obtiene una puntuación de 1 a 5; valores cercanos a cinco indica que tiene creencias positivas o negativas hacia el uso del condón.
Actitudes hacia el uso del condón (AC).	Valoración positiva o negativa para el uso del condón (Ajzen & Fishbein, 1980).	Promedio obtenido en la escala de actitudes hacia el uso del condón con: Pareja regular y Pareja ocasional. Se obtiene una puntuación de 1 a 7; valores cercanos a siete indica que tienen una actitud favorable hacia el uso del condón.
Intención para usar condón en relaciones sexuales (INUC).	Se refiere a percibir la posibilidad de realizar la conducta, por ejemplo, usar condón en su próxima relación sexual (Ajzen & Fishbein, 1980).	Puntaje obtenido en un reactivo con valores de 1 a 7, valores cercanos a siete indica que tiene la intención de usar condón con su: Pareja regular y Pareja ocasional.
Comunicación sexual con la pareja.	Abordaje de diferentes temáticas relacionadas con la sexualidad con la pareja (Robles et al., 2011).	Promedio obtenido en la escala de comunicación sexual con la pareja. Se obtiene una puntuación de 1 a 5; valores cercanos a cinco indica que los adolescentes se comunican sobre diferentes temas sexuales con su pareja.
Estilos de negociación del uso del condón (EN).	Se refiere a la forma particular en la que una persona negocia el uso del condón con su pareja sexual (Robles et al., 2011).	Promedio obtenido en la escala para cada estilo de negociación: equidad, colaboración, acomodación, contender y evitación. Se obtiene una puntuación de 1 a 5; valores cercanos a cinco indica que los adolescentes tienen ese estilo.
Estereotipos de género (EG).	Creencias relacionadas con el papel que hombres y mujeres juegan dentro de una sociedad (Rocha-Sánchez & Díaz-Loving, 2005).	Promedio obtenido en la escala para cada estereotipo de género: en el ámbito social y en el ámbito interpersonal. Se obtiene una puntuación de 1 a 5; valores cercanos a cinco indica que los adolescentes tienen estereotipos de género.
Estilos de negociación del uso del condón (EN).	Se refiere a la forma particular en la que una persona negocia el uso del condón con su pareja sexual (Robles et al., 2011).	Promedio obtenido en la escala para cada estilo de negociación: equidad, colaboración, acomodación, contender y evitación. Se obtiene una puntuación de 1 a 5; valores cercanos a cinco indica que los adolescentes tienen ese estilo.
Habilidades del uso correcto del condón	Se refiere a la forma en la que una persona coloca de manera correcta el condón.	Se obtiene mediante la observación directa, basando la evaluación en un formato que consiste en 15 ítems que describen paso a paso el uso correcto del condón, teniendo como medida de evaluación 1= lo hizo y 2= no lo hizo.
Habilidades para negociar el uso del condón	Refiere la forma en la que una persona emplea sus conocimientos (argumentos) respecto a la salud sexual, para negociar el uso del condón con su pareja sexual.	Se obtiene mediante la observación directa, en un juego de roles, evaluado a partir de una situación determinada y formato cuya medida de evaluación es 1=inapropiado/ inefectivo, 2=menciona el uso del condón pero no promueve el uso, 3=da argumentos para el uso del condón, pero no responde a los de la pareja y

4=responde efectivamente a los contraargumentos y fundamenta el por qué usarlo.

---

### 5.5 Instrumentos (ver apéndice)

- Formato de evaluación de las habilidades del uso correcto del condón, el cual consistía en 15 ítems que describían paso a paso el uso correcto del condón, cuya medida de evaluación era 1= lo hizo y 2= no lo hizo. (Apéndice A)
- Formato de evaluación de habilidades para negociar el uso del condón, el cual consistía en plantear una situación determinada en la que debían argumentar (o convencer) de usar condón; cuya medida de evaluación era 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. (Apéndice B)
- Cuadernillo de “encuesta de salud sexual”, compuesto por los siguientes apartados: (Apéndice C)
  - *Patrón de comportamiento sexual.* De la Encuesta Estudiantil sobre Salud Sexual validada por Robles y Díaz-Loving (2011) se retomaron 13 reactivos del apartado correspondiente a comportamiento sexual, que permitieron obtener información sobre: planeación de la primera relación sexual (sí/no), uso de condón en primera y última relación sexual (sí/no), frecuencia de relaciones sexuales y frecuencia del uso de condón al tener sexo vaginal, anal y oral, ambas medidas con una escala tipo Likert de 5 puntos (nunca, casi nunca, ocasionalmente, frecuentemente, muy frecuentemente); si se han hecho la prueba del VIH (sí, no, no sé), si han tenido alguna ITS en su vida (sí, no, no sé), si han tenido un embarazo o un aborto (sí, no, no sé); frecuencia de relaciones sexuales habiendo consumido alcohol o drogas, así como la frecuencia del uso del condón bajo la influencia de

alcohol y drogas en los últimos seis meses previos a su ingreso a la Comunidad, con 5 opciones de respuesta de nunca (1) a siempre (5).

- *Consistencia del uso del condón.* Se diseñaron dos reactivos para evaluar el número de veces que se han tenido relaciones sexuales en un periodo de tres meses antes de su ingreso y el número de veces que usaron condón en ese periodo. Se obtuvo un índice de consistencia con valores entre cero y uno, que fue el resultado de dividir la frecuencia del uso del condón entre la frecuencia de las relaciones sexuales.
- *Prueba de conocimientos sobre VIH/SIDA e ITS.* Se utilizó una versión corta de la prueba validada por Robles y Díaz-Loving (2011), con 14 reactivos relacionados con conocimientos sobre VIH/SIDA relacionados con la prevención (*Usar condón masculino y femenino al mismo tiempo, es más efectivo para prevenir el VIH*), transmisión (*La transmisión del VIH es más probable en las prácticas sexuales anales que en el sexo vaginal u oral sin protección*), sintomatología (*Una persona infectada por el VIH puede presentar los síntomas de la infección después de varios años*) y sobre características de ITS (*El virus del papiloma humano y el virus del herpes genital no tienen cura*). Los reactivos tuvieron un formato de respuesta de *cierto, falso y no sé*. La respuesta a cada reactivo se codificó como correcta (1) o incorrecta (0) y la opción de respuesta *no sé*, se consideró incorrecta.
- *Prueba de conocimientos sobre el uso del condón.* Se utilizó una versión corta de la prueba validada por Moreno et al. (2011), con 6 reactivos relacionados con conocimientos sobre el uso correcto del condón (*Si se baja el condón con los dedos antes de abrir el paquete o envoltura es menos probable que se dañe*). Los reactivos tuvieron un formato de respuesta de *cierto, falso y no sé*. La respuesta a cada reactivo se codificó como correcta (1) o

incorrecta (0) y la opción de respuesta *no sé*, se consideró incorrecta.

- *Escala de creencias hacia el uso del condón.* Se utilizó la escala validado por Robles y Díaz-Loving (2011) que consta de 12 reactivos que evalúa creencias que tienen al usar condón, tanto con pareja regular, como con pareja ocasional, en una escala tipo Likert de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). Cuatro de estos reactivos están orientados a creencias negativas (*Disminuye el placer sexual*) y ocho reactivos orientados a creencias de valoración propia (*Podría hacer que te sintieras bien contigo mismo*).
- *Escala de actitudes hacia el uso del condón.* Se utilizó la escala validada por Robles y Díaz-Loving (2011) que consta de cinco reactivos con opciones de respuesta definidas en una escala de diferencial semántico de 1 a 7 (placentero – no placentero). La escala se aplicó para evaluar actitudes con pareja regular y con pareja ocasional.
- *Intención para usar condón en relaciones sexuales.* Se evaluó a través de un reactivo (*Qué tan probable es que en la próxima vez que tengas relaciones sexuales con tu pareja estable, uses condón*) en escala de 7 puntos (1=nada probable; 7=totalmente probable), este reactivo evaluó la intención para usar condón con pareja regular y con pareja ocasional.
- *Autoeficacia para usar condón en relaciones sexuales con pareja regular y con pareja ocasional.* Se diseñó un reactivo en una escala de 1 a 7 que evalúa *qué tan seguro estás de que puedas usar un condón cada vez que tienen sexo vaginal con tu...*, este reactivo se evaluó con pareja estable y ocasional, en donde 1 es muy seguro de no poder usarlo y 7 muy seguro de poder usarlo.
- *Escala de autoeficacia para usar condón en situaciones de riesgo con pareja regular y con pareja ocasional.* Se utilizó la escala validada por Robles y Díaz-Loving (2011) que consta de un

reactivo que evalúa qué tan seguros están de poder usar siempre un condón durante el sexo vaginal en siete situaciones de riesgo (*tú estás muy excitado, tu pareja ha bebido alcohol, tú has consumido drogas*). En una escala de 1 a 7, donde 1 es muy seguro de no poder usarlo y 7 muy seguro de poder usarlo.

- *Escala de comunicación sobre temas sexuales con la pareja.* Se utilizó una versión corta de la escala validada por Moreno, Robles, Frías, Rodríguez y Barroso (2011), con diez reactivos que miden la frecuencia con la cual los jóvenes se comunican con su pareja sobre temas sexuales (*La posibilidad de tener relaciones sexuales*); las opciones de respuesta tuvieron valores de 1 (nunca) a 5 (siempre).
- *Escala de estilos de negociación sobre el uso del condón.* De la escala validada por Robles y Díaz-Loving (2011) se retomaron 15 reactivos que miden los estilos equidad, colaboración, acomodación, contender y evitación; el participante debe indicar el grado de acuerdo que tenga en cada afirmación (*Soy consistente al argumentar mi punto de vista para protegernos sexualmente*), con opciones de respuesta de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo).
- *Escala de estereotipos de género.* Del instrumento elaborado por Rocha y Díaz-Loving (2005) se retomaron dos factores con 13 reactivos que evalúan la visión estereotipada sobre hombres y mujeres en el ámbito interpersonal (*Es mejor ser hombre que ser mujer*) y en el contexto social (*Una buena esposa debe dedicarse exclusivamente al hogar y al cuidado del marido*); las opciones de respuesta estuvieron definidas en una escala de cinco puntos evaluando el grado de acuerdo con cada afirmación.

A continuación, se presenta el reporte referente a la consistencia interna y validación obtenida de las escalas utilizadas para este proyecto.

**Tabla 3.**  
**Reporte de consistencia interna de los instrumentos utilizados y de la validación obtenida.**

Variable	Instrumento y autor	Alfa	
		Reportada por los autores	Obtenida con la validación
Creencias hacia el uso del condón	Encuesta Estudiantil sobre Salud Sexual (EESS) (Robles & Díaz-Loving, 2011)	Con pareja regular ( $\alpha=.84$ )	Con pareja regular ( $\alpha=.78$ )
		Con pareja ocasional ( $\alpha=.85$ )	Con pareja ocasional ( $\alpha=.80$ )
		Con pareja regular ( $\alpha=.87$ )	Con pareja regular ( $\alpha=.87$ )
Actitudes hacia el uso del condón	EESS Robles et al. (2011)	Con pareja ocasional ( $\alpha=.90$ )	Con pareja ocasional ( $\alpha=.85$ )
			Con pareja regular ( $\alpha=.77$ )
Autoeficacia para usar condón en situaciones de riesgo	EESS Robles et al. (2011)	$\alpha=.84$	Con pareja ocasional ( $\alpha=.85$ )
Comunicación sobre temas sexuales con la pareja	EUSS Moreno et al. (2010)	$\alpha=.97$	$\alpha=.95$
		Equidad ( $\alpha=.90$ )	
Estilos de negociación del uso del condón	EESS Robles et al. (2010)	Colaboración ( $\alpha=.87$ )	Colaboración-equidad ( $\alpha=.88$ )
		Acomodación ( $\alpha=.79$ )	Evitación acomodación ( $\alpha=.72$ )
		Contender ( $\alpha=.76$ )	Contender ( $\alpha=.59$ )
		Evitación ( $\alpha=.70$ )	

## 5.6 Materiales

Se utilizaron tarjetas de diferentes colores, hojas de rotafolio, marcadores, rotafolios con información sobre temas vinculados con el VIH/SIDA, el condón masculino, sexualidad en la pareja y roles de género en la cultura mexicana. También se utilizó un modelo de pene para la enseñanza del uso del condón, y una muestra de diferentes condones que ilustraron su variedad en términos de colores, formas, tamaños, sabores, texturas, marcas, precios y distintas fechas de caducidad.

## 5.7 Diseño

Se utilizó un diseño pretest-posttest (Kerlinger & Lee, 2002) con cada uno de los grupos de las comunidades. El estudio se llevó a cabo en tres fases: pre evaluación, intervención y post-evaluación. Los grupos en ambas comunidades fueron evaluados antes y después de la intervención.

Como bien se mencionó anteriormente, dicha investigación está planteada bajo el Modelo de información-motivación-habilidades conductuales (IMB, por sus siglas en inglés): cuyos elementos proponen que, para la correcta ejecución de una, o varias, conductas es menester brindar la información adecuada y concisa en términos teóricos y de habilidades.

Con base en estos elementos se realizó un entrenamiento en habilidades de comunicación sexual con padres y en la negociación del uso del condón con la pareja, así como en el uso correcto del condón a través de cuatro técnicas: modelamiento, juego de roles, retroalimentación y entrenamiento para la transferencia.

## 5.8 Procedimiento

Una semana antes de iniciar con la intervención, propiamente, se aplicó el conjunto de instrumentos sobre los diversos factores (correspondiente a la evaluación diagnóstica) (ver apéndice D).

### Fase de Pre-evaluación

Se realizó la presentación de los instructores y de los asistentes, proporcionaron su nombre y mencionaron a qué se dedicaban; posteriormente se hizo el encuadre de trabajo y se establecieron las reglas durante el taller. Además, 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.

### Fase de intervención

**Sesión 1.** Al comienzo de la sesión, se hizo un breve resumen de la sesión anterior, después se realizó una dinámica sobre la transmisión del VIH/SIDA, mediante el intercambio de tarjetas y se analizó la forma

de transmisión, al término de la actividad, se presentó la información sobre la prevención, transmisión y sintomatología del VIH/SIDA, en donde discutieron la información y se plantearon preguntas. Posteriormente, se realizó una dinámica sobre “lo masculino y lo femenino”, en la que se formaron equipos de trabajo y a través de la realización de dibujos representaron lo que habitualmente utilizan para describir a un hombre y a una mujer. Finalmente se llevó a cabo una dinámica titulada “¿Qué pasaría si...?” En la cual se mostraron seis tarjetas con diversas situaciones problemáticas en donde se debatieron las implicaciones de cada situación. Al término de la sesión, a modo de cierre se concluyeron los temas versados con un breve resumen y/o en ocasiones con la resolución de cuestionamientos.

**Sesión 2.** Se inició la sesión con un breve resumen de la reunión anterior, en donde también se resolvían preguntas que habían surgido en el transcurso de la semana. Posteriormente se presentaron los diferentes condones existentes en el mercado, destacando costos, colores, sabores, texturas, además de la forma en cómo se emplean en las diversas prácticas sexuales. Después se hicieron equipos de trabajo en los que se les pedía representaran, con palabras y/o dibujos, las ventajas y desventajas de usar el condón, una vez que terminado se presentaban en plenaria, y de manera complementaria, se contra argumentaba en pro del uso. También se trabajó una dinámica titulada “anuncio publicitario”, en la que, a propósito de los equipos formados, se les pidió realizar un texto publicitario, cuyo fin fuera el de convencer a otras personas de usar el condón, enfatizando en las características positivas que éste posee, presentándolo, a su término, al resto del grupo. Finalmente se realizó el entrenamiento del uso correcto del condón, mediante el modelamiento, el juego de roles, la retroalimentación y el entrenamiento para la transferencia. Se tocaron temas tales como los riesgos del mal uso. Se concluyó con una reflexión sobre los temas abordados en la sesión.

**Sesión 3.** Se realizó un breve resumen de la sesión anterior; se trabajó sobre la comunicación en pareja, principalmente en la importancia de negociar el uso de condón. Se comenzó con el entrenamiento en habilidades centrado en la negociación del uso del condón con base en las técnicas del aprendizaje estructurado. Finalmente, se llevó a cabo la revisión, análisis y discusión de los aspectos relacionados con el comportamiento sexual de los jóvenes y de lo visto durante el taller.

#### Fase de Post-evaluación

Una vez concluido el programa de intervención, se aplicó nuevamente, y de manera simultánea, el conjunto de instrumentos utilizados en la fase de pre-evaluación y 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. Además, se aplicó una encuesta de salud sexual.

### **5.9 Análisis de resultados**

Para analizar los datos obtenidos se hizo uso del paquete estadístico SPSS. Con las variables medidas en escala numérica se realizaron comparaciones entre grupos, antes y después de la intervención, utilizando la t de Student para muestras independientes; los cambios observados de la fase de pre-evaluación a la fase de post-evaluación para cada grupo se analizaron con la t de Student para muestras relacionadas.

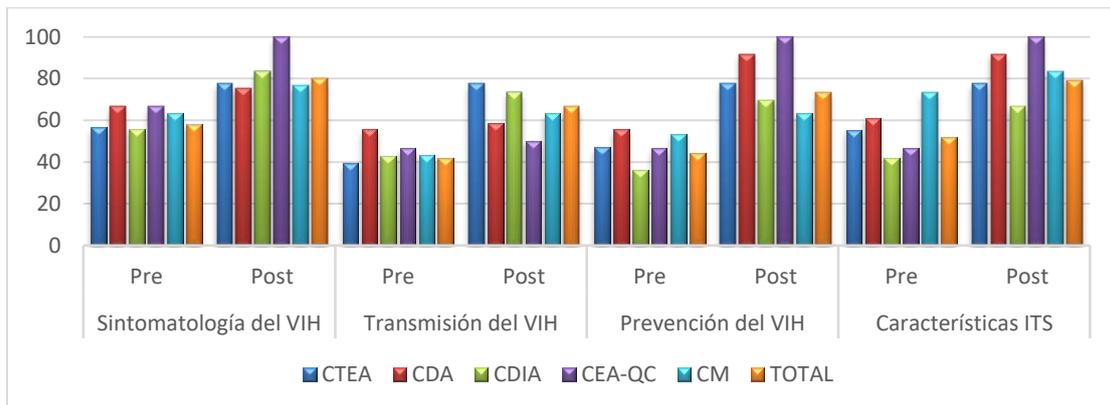
## 5. Resultados

### Evaluación de la intervención

El análisis de la intervención se presenta dividiendo los tres componentes que conforman el modelo IMB, para la comparación entre los puntajes se utilizó la prueba t de student para muestras relacionadas considerando los puntajes totales de los participantes de todas las comunidades.

#### ✓ Información

En términos generales se incrementó el nivel de conocimientos sobre los síntomas, prevención y transmisión sobre VIH/SIDA, así como de las características de las ITS en cada una de las comunidades (ver Figura 2).



**Fig. 2.**  
**Comparación entre las puntuaciones sobre los conocimientos sobre VIH/SIDA antes y después de la intervención.**

Al promediar las puntuaciones obtenidas por todos los participantes, se observa en la tabla 2 que hubo diferencias significativas entre el nivel de conocimientos antes y después de la intervención.

Tabla 4.

Comparación entre las puntuaciones obtenidas del nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA, antes y después de la intervención.

	Pre	Post	t	Sig.
Sintomatología del VIH	58.00	80.33	7.14	.01
Transmisión del VIH	42.00	66.67	8.13	.01
Prevención del VIH	44.00	73.33	11.21	.01
Características ITS	52.00	79.33	13.27	.01

#### ✓ Motivación

En este componente se intervino sobre las creencias hacia el uso del condón, tanto las positivas como las negativas (Figura 3). En términos generales los adolescentes incrementaron sus creencias favorables hacia el uso del condón, encontrándose diferencias significativas ( $t=13.89$ ,  $p<.05$ ), es decir consideran que su uso puede protegerlos del VIH; sin embargo, respecto a las creencias negativas, no se encontraron diferencias significativas; es decir, antes y después de la evaluación consideran los jóvenes que puede ser problemático usarlo.

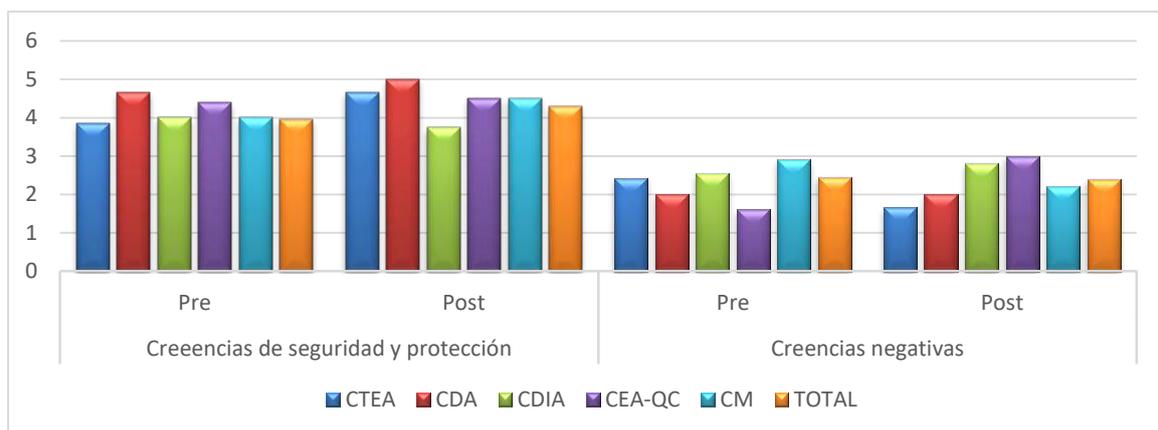
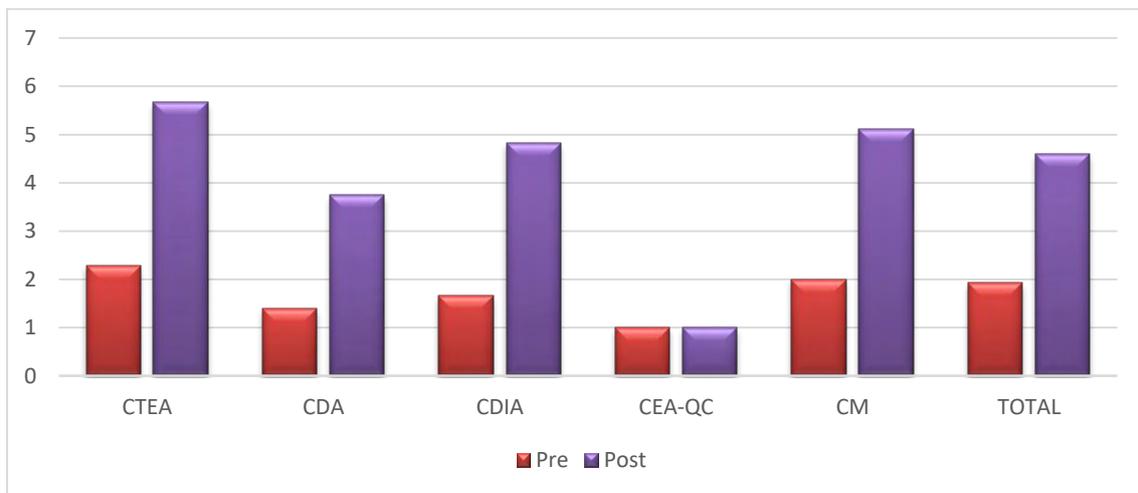


Fig. 3.

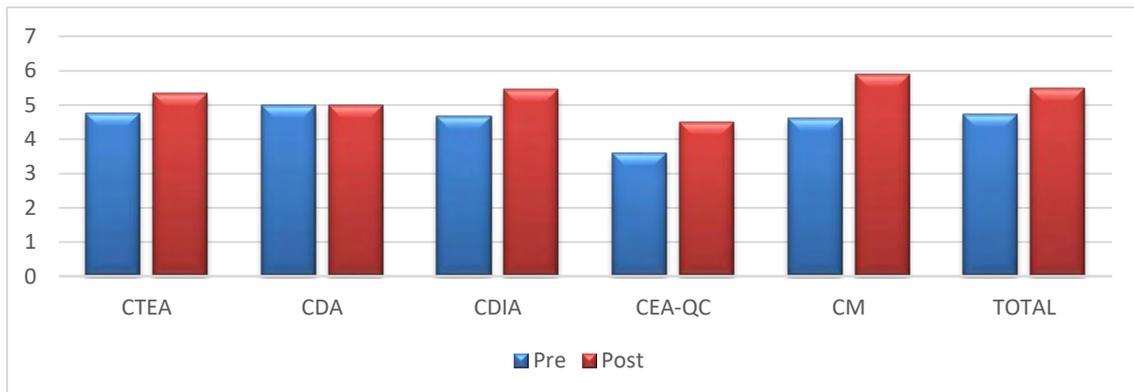
Creencias de los participantes hacia el uso del condón antes y después de la intervención.

Antes de la intervención, los adolescentes tenían una actitud desfavorable hacia el uso del condón (Figura 4), es decir consideraban que era poco placentero y erótico; sin embargo, después de la intervención, cambiaron su actitud, con excepción de los adolescentes de la comunidad de Quiróz-Cuarón, en donde no se presentó ningún cambio. Al promediar los puntajes de todos los adolescentes se encontraron diferencias significativas antes y después de la intervención ( $t=11.76$ ,  $p<.01$ ).



**Fig. 4.**  
**Actitudes de los adolescentes hacia el uso del condón antes y después de la intervención.**

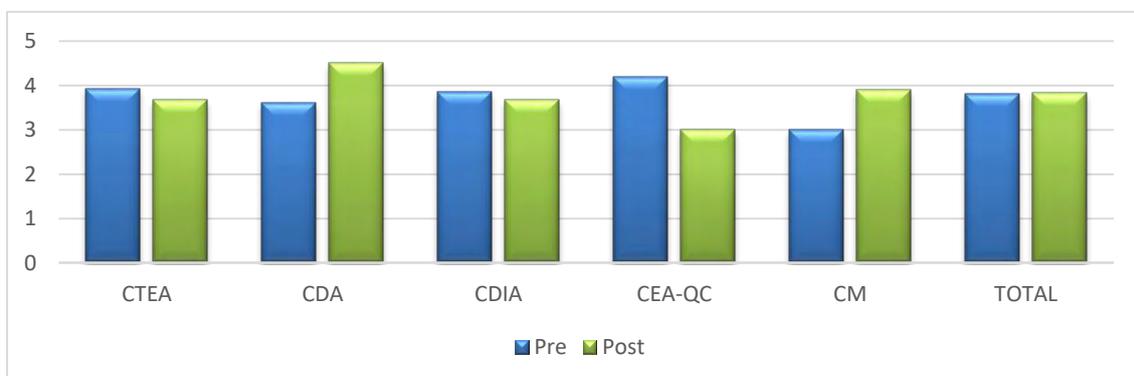
En la Figura 5, se observan los puntajes obtenidos en pre y post evaluación de qué tan capaces se sienten para usar condón en sus relaciones sexuales; en términos generales, los adolescentes se sienten muy capaces de poder hacerlo. Al establecer un análisis de diferencias antes y después de la intervención, se encontraron diferencias significativas ( $t=8.41$ ,  $p<.05$ ), es decir se sienten más capaces de poderlo usar en sus relaciones sexuales ahora que poseen la información.



**Fig. 5.**  
**Autoeficacia de los adolescentes para usar condón, antes y después de la intervención.**

✓ Habilidades conductuales

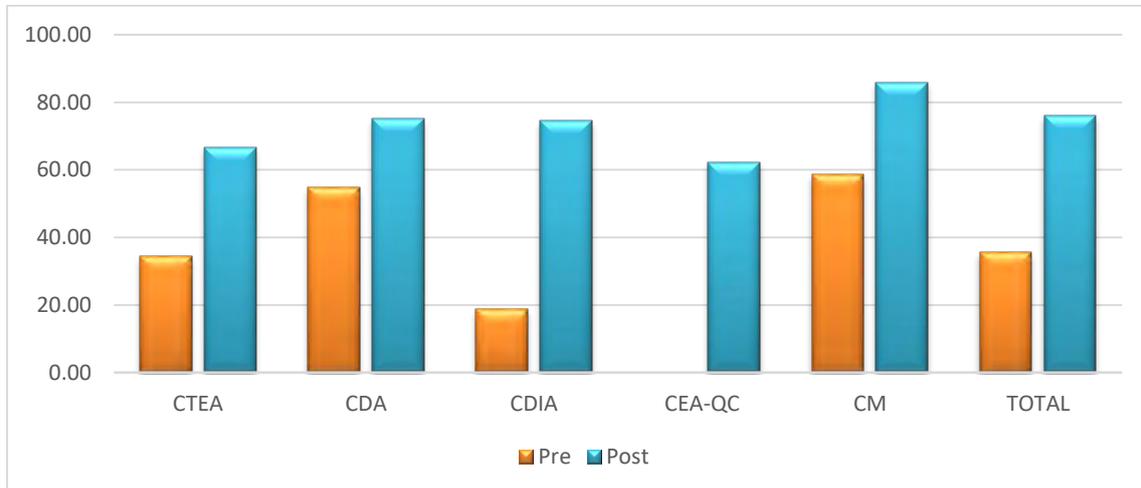
En la Figura 6, se observa el puntaje obtenido antes y después de la intervención sobre cómo negocian el uso del condón, en donde no se encontraron diferencias significativas antes y después de la intervención. Los adolescentes reportaron que tratan de llegar a un acuerdo con su pareja para usar condón.



**Fig. 6.**  
**Estilo de negociación de los adolescentes para usar condón, antes y después de la intervención, basado en la colaboración-equidad.**

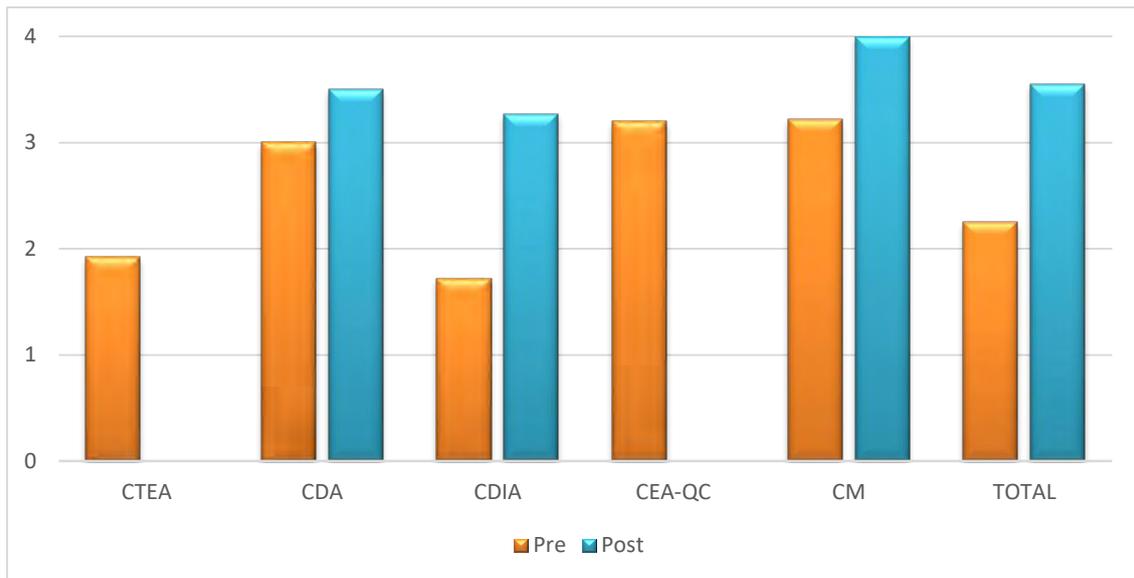
El estilo de negociación fue una medida de auto-reporte, motivo por el cual se evaluó a través de observación directa y mediante juego de roles, cómo usar un condón a través de un pene de enseñanza y de cómo le hacen para negociar el uso del preservativo.

En la figura 7 se observa un incremento en la utilización correcta del condón en el modelo de pene de enseñanza, antes y después de la intervención, encontrándose diferencias significativas ( $t=16.91$ ,  $p<.01$ ).



**Fig. 7.**  
**Habilidad de los adolescentes para usar correctamente el condón, antes y después de la intervención.**

Finalmente, en la figura 8 se presentan los puntajes obtenidos sobre la negociación del uso del condón, los adolescentes antes de la intervención lo hacían de manera inefectiva, sin dar argumentos de por qué tendrían que usarlo; sin embargo, después de la intervención, en su mayoría lograron dar argumentos de por qué sí usar el condón en relaciones sexuales ( $t=14.32$ ,  $p<.01$ )



**Fig. 8.**  
**Habilidad de los adolescentes para negociar el uso del condón antes y después de la intervención.**

## 6. DISCUSIÓN

Tomando en cuenta los objetivos planteados al inicio en este proyecto, se realizará, a continuación, la discusión en torno a los siguientes ejes:

- ✓ resultados obtenidos en comparación con otras investigaciones
- ✓ proceso reflexivo a partir de la intervención
- ✓ importancia de generar programas de intervención con adolescentes en conflicto con la ley

Después de la intervención, que se realizó en las comunidades para adolescentes, se pudieron observar cambios en el nivel de la información, en la motivación y en las habilidades de los participantes para usar el condón en las relaciones sexuales; como bien se mencionó anteriormente, en las variables de creencias negativas y estilo de negociación de colaboración-equidad no se mostraron cambios, estadísticamente significativos, respecto a las creencias negativas, por lo que podría inferirse que, como aseveran Soto (2006), Almendarez (2009) y Valencia y Canaval (2012), en Latinoamérica prolifera la cultura patriarcal, la cual fomenta el no usar condón, exclusivamente en mujeres, debido a la asociación con la promiscuidad y la infidelidad, además de la percepción de la ineficacia del preservativo, la falta de sensación y la interrupción del placer, todo ello vinculado a la falta de información respecto al preservativo en cuestión y, aunado, además, a lo emocional, esto es que “dejar de usar condón con la pareja, está asociado a nociones de seguridad, confianza, estabilidad emocional y compromiso con la relación.” (Valencia & Canaval, 2012; p. 818).

En esta misma línea, de la actitud desfavorable respecto al uso del condón, que se mantuvo en CEA-QC en particular, parece ser que se debe justamente a las características de la población, a saber, que en ese centro se mantiene a los varones que presentan problemas de conducta al interior de la institución y niveles bajos de adaptación, lo cual apuntala a la marginación como un factor predominante para la conformación del psiquismo de estos sujetos, caracterizado, principalmente, por actuaciones agresivas frente a los que perciben como autoridades (Giorgi & Dilacio, 1983).

La población penitenciaria, como bien menciona Schifter (2001) y Almendarez (2009) suele ser representativa de los sectores marginados de las sociedades debido a los escasos recursos en cuanto a servicios de salud y de educación, principalmente, repercutiendo en la futurización, o en el llamado plan de vida, dificultando así la reflexión, además de la particular forma de utilitarismo reproducido en las relaciones interpersonales, es por ello que “Los índices de VIH en poblaciones de reclusión son mayores que en la población general, atribuyéndolo a que la mayoría de los internos e internas provienen de ambiente marginales en donde tuvieron pocas oportunidades de acceder a instrucción académica, poseen menor grado de percepción de riesgo, bajos niveles de conocimiento acerca del VIH, poca comunicación acerca del SIDA con sus parejas sexuales, prácticas sexuales de alto riesgo y uso inconsistente del condón” (Castellanos, 2008; p. 22); además de que estos grupos, pertenecientes a ciertos sectores poblacionales, son “postergados de los programas de desarrollo económico y social de sus países” (Almendarez, 2009; p. 29), dado que, al ser de una comunidad, en la que, generalmente se vive con escasos recursos o pobreza extrema, difícilmente pueden acceder a la educación básica, en el mejor de los casos, limitando así las posibilidades de hallar un empleo en el que se brinden mejores oportunidades de desarrollo o el acceso a los servicios de salud, repercutiendo así, no sólo en un individuo, sino también en sus familias, es decir, se reproduce generación tras generación (Giorgi & Dilacio, 1983).

En este sentido, resulta primordial profundizar en el papel que tienen los padres en el desarrollo de las conductas de riesgo o protección de los hijos, por lo que también es necesario generar intervenciones orientadas a ellos para que puedan tener herramientas para promover conductas seguras en sus hijos; de igual forma, se requiere de la capacitación al personal de las diferentes comunidades para que, por un lado, se promueva la salud sexual en ellos, y por otro, para que ellos sean los responsables de impartir estos programas de intervención.

Ahora bien, sobre el estilo de negociación de colaboración-equidad, en particular, no hubo cambios significativos ya que, desde la pre-evaluación, los

adolescentes aseveraban que lo hacían, aunque al momento de utilizar una medida de observación directa se evidenció que los participantes no conocían la forma correcta para hacerlo, lo cual favoreció el desarrollo de la intervención, no sólo por la potencialización de las habilidades verbales y conductuales, sino también porque, en la mayoría de las comunidades, se adoptó una dinámica en particular, en la que uno de los participantes expresaba una duda y el resto de los compañeros trataban de disipar la misma, como bien menciona Bimbela (2000) los participantes, al brindárseles información imprescindible, disipando sus dudas y poseyendo las habilidades conductuales necesarias, comenzaron a actuar como “agentes de la salud” tanto dentro del grupo, como con el resto de la población no asistente a los talleres; sin embargo resulta difícil versar sobre la eficacia dado que, lo ideal, sería diseñar e implementar una fase de seguimiento, para garantizar así, la reestructuración genuina del estilo de vida en *pro* de la salud.

Por ello resulta menester indagar y profundizar sobre el por qué se considera problemático usar el condón con una pareja estable, ya que, a pesar de que hubo actividades centradas en los estereotipos de género, no fue suficiente para evitar la proliferación de la idea patriarcal respecto al uso del condón (Soto, 2006; Almendarez, 2009; Valencia & Canaval, 2012), como bien menciona Corona & Rlverón (2012) “Las relaciones de poder entre hombres y mujeres ponen en desventaja a la mujer en cuanto a la negociación sobre el uso del condón. En muchas sociedades, el ideal femenino se caracteriza por la pasividad de la mujer y la subordinación de sus expectativas en provecho de los deseos sexuales del varón, mientras que la masculinidad se caracteriza por la conquista sexual, las parejas múltiples y el control casi total de las interacciones sexuales” (p. 156).

Es menester destacar la importancia que juega la institución penitenciaria, principalmente en los horarios asignados a los talleres ya que, por diversas actividades programadas en las comunidades, no fue posible tener constancia en la participación de los adolescentes, esto puede verse reflejado en que no se llegó al 100% de los conocimientos sobre VIH/SIDA y en la proliferación de las creencias negativas acerca del uso del condón. De este

modo, la institución misma debería atender a las necesidades de los internos, es decir, considerárseles como sujetos sexuados, o mejor dicho, que la mayoría son sexualmente activos, y no, por el hecho de prohibirles las visitas íntimas, se suprime la sexualidad, o se inhiben las conductas sexuales dentro de la institución de reclusión; por lo tanto, resulta de vital importancia implementar un espacio que cubra esas necesidades, además de que, los dispensadores de condones, sean totalmente funcionales, lo cual generará un descenso en las conductas sexuales de riesgo, y por ende bajos índices de contagio en los centros penitenciarios (Castellanos, 2008).

Como bien se ha venido trazando en éstas últimas líneas, resulta necesario destacar las limitaciones que se encontraron durante la puesta en marcha del proyecto aquí planteado; principalmente pareciera ser que la mera implementación del programa reducirá *per se* las conductas sexuales de riesgo, en población privada de la libertad, debido a que, como se ha mencionado en diversas ocasiones, la efectividad del modelo bajo el que se ha planteado la intervención, ha dado excelentes resultados cuando de salud se trata, sin embargo, se ha dejado de lado el hecho de que dicha intervención está pensada para una población en particular, con características específicas, que ya se han mencionado anteriormente, pero que no se encuentran en un “ambiente natural<sup>1</sup>”, por tanto, podría pensarse que los resultados que se obtienen dentro de los centros penitenciarios, en la labor con éstos jóvenes, no son permanentes, dado que al cumplir su condena y reinsertarse en su ambiente social, es probable que no se lleven a cabo los aprendizajes obtenidos en su estancia en las comunidades, por tanto, la intervención no debería estar dirigida a poblaciones “controladas”, por llamarlas de alguna manera, sino más bien, a las poblaciones marginadas de la sociedad, a esos grupos relegados del resto de los programas, pero considerando sus ambientes, es decir, que ellos no se dirijan a los “expertos” en busca de un mejor estilo de vida, dado que no visualizan otro, sino que los expertos,

---

<sup>1</sup> Entiéndase como “ambiente natural” al entorno social al que pertenece cada uno de los adolescentes que se encuentran cumpliendo una sentencia en alguno de los centros penitenciarios.

brinden nuevas oportunidades de desarrollo y, por ende, nuevos estilos de vida.

A propósito de los contextos sociales a los que pertenecen los adolescentes de las comunidades de diagnóstico, “se ha documentado que las relaciones sexuales de riesgo no se deben exclusivamente a la falta de información- sino también- al papel del contexto familiar como promotor o protector de conductas sexuales desfavorables” (Lavielle, Jiménez, Vázquez, Aguirre, Castillo & Vega, 2014; p. 41). El contexto familiar resulta ser una fuente primaria de socialización que ejerce una fuerte influencia en el comportamiento sexual, entonces, al reinsertarse, estos jóvenes, a dicha estructura, con carencia en cuanto a la expresión afectiva, a la comunicación esto deriva, entre otras cosas, en relaciones sexuales con múltiples parejas y, además, sin protección, generando así, principalmente, riesgo a contraer infecciones y/o embarazos no deseados (Lavielle et al, 2014), ya que, como bien mencionan Vinaccia, Quiceno, Gavira, Soto, Gil & Ballester (2007, como se citó en Orcasita, Uribe, Castellanos & Gutiérrez, 2012) “uno de los aspectos relevantes en las conductas sexuales de riesgo es la baja educación afectivo-sexual que las redes (grupo primario e instituciones gubernamentales) han brindado a los jóvenes” (p. 398).

La vulnerabilidad social de acuerdo con Pérez, Agurto, Contreras, Medina, Muñoz, Parra y Sáez (2012), definida como “el riesgo de estar en una situación de pobreza -cuyos factores son- la familia disfuncional, el consumo de alcohol y drogas, la violencia intrafamiliar y la percepción de delincuencia en el entorno social próximo” (p. 329).

La familia, resulta ser una de las primeras redes de apoyo social para cada sujeto ya que se encarga de “proveer emocional y materialmente a los individuos, en sus primeras etapas de desarrollo. [...] ejerce una función indispensable para el proceso de socialización, debido a que por medio del ejemplo otorga herramientas que garantiza a los adolescentes la inclusión en grupos sociales, adaptación a las normativas de las instituciones educativas y al afianzamiento entre sus iguales” (Valdés, 2007, como se citó en Orcasita et al, 2012; p. 397) con base en ello, las futuras intervenciones alrededor de la

salud sexual y reproductiva no deberían estar dirigidas a los jóvenes y adolescentes sea cual sea la situación en la que se encuentren, sino justamente se deberían enfocar a los adultos que proliferan dichos *tabúes*, que propician ciertas conductas de riesgo en cuanto al ejercicio de la sexualidad, para así, garantizar un cambio genuino pero generacional.

## 7. CONCLUSIONES

Podría pensarse que la intervención que se llevó a cabo en las comunidades de adolescentes es suficiente para brindarles mejores oportunidades de desarrollo en su “contexto natural”, sin embargo, como bien se mencionó con anterioridad, vale la pena considerar, diseñar e implementar, en futuras intervenciones, talleres simultáneos para la familia, o buscar incluirla en la misma dinámica dentro de los centros de reclusión, aunque, aun así, la eficacia del programa se vería comprometida, debido al contexto controlado, es decir, se podría decir que la intervención da buenos resultados dentro de los centros penitenciarios, pero nada garantiza que fuera del ambiente carcelario, los aprendizajes obtenidos en los talleres sean parte de la cotidianidad de los participantes.

Por otro lado, se podría diseñar un programa similar pero fuera de los centros penitenciarios, exclusivo para las comunidades marginadas, comenzando por la supresión de los *tabúes* alrededor de la sexualidad, ofreciendo a este sector poblacional, tanto información como alternativas para el control natal y, además, fomentar el ejercicio seguro y pleno de la sexualidad, dejando en claro que no sólo es asunto de un género, como se ha proliferado en nuestra sociedad, sino de ambos, generando así, mayor responsabilidad en los sectores relegados, pero sobre todo, evitando el hacinamiento en estas comunidades, lo cual, podría ser una alternativa viable para la erradicación de la delincuencia.

## 8. REFERENCIAS

- Almendárez, J. (2009). Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales seguras ante el VIH-SIDA en privados/as de la libertad. Managua: Mecanismo Coordinador de País- Nicaragua.
- Barra, E. (2001). Modelos psicosociales para la promoción de salud y prevención de enfermedades. *Ciencia y Enfermería*, VII (2), 19-25.
- Bimbela, J. (2000). Herramientas para una intervención realista e inmediata que promueva la educación para la salud respecto al VIH en el ámbito penitenciario. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. (2). 117-120.
- Cabanes, P. (2006). La medicina en la historia medieval cristiana. *Espéculo. Revista de estudios literarios*, 32. Recuperado de: <http://www.biblioteca.org.ar/libros/151667.pdf>
- Calero, A. (2010). El nuevo sistema de justicia para adolescentes en México. En *Derechos humanos: temas y problemas*. Instituto de Investigaciones Jurídicas (2010). *Estudios jurídicos*, 149, 241-259.
- Castellanos, G. (2008). El VIH/SIDA en dos centros penitenciarios del Distrito Federal: del discurso a la práctica. *Segunda Epoca*, 3, 21-29.
- CENSIDA. (2014). La epidemia del VIH y el sida en México. Recuperado de: [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/L\\_E\\_V\\_S.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/L_E_V_S.pdf)
- CENSIDA (2017). Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de Casos de SIDA Actualización al 1er trimestre del 2017. Recuperado de: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/220364/RN\\_1er\\_trim\\_2017.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/220364/RN_1er_trim_2017.pdf)
- Código Penal para la CDMX (2017). Artículo 1° de la ley de justicia penal para adolescentes.
- Corona, M., & Riverón, K. (2012). La prevención del VIH/sida desde una perspectiva de género. Propuesta de un programa de intervención psicológica. *Psicología y Salud*, 22(2), 155-161.
- Comision Nacional de los Derechos Humanos (2017). Informe sobre el Mecanismo Nacional de Prevencion de la Tortura sobre los centros de

tratamiento interno para adolescentes que infringen las leyes penales que dependen del gobierno de la Ciudad de México. Recuperado de: [http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/PrevTortura/1\\_2017.pdf](http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/PrevTortura/1_2017.pdf)

Comision Nacional de los Derechos Humanos (2016). Recomendacion general sobre la reclusion irregular en las cárceles municipales y distritales de la república mexicana. Recuperado de: [http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Comunicados/2016/Com\\_2016\\_250.pdf](http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Comunicados/2016/Com_2016_250.pdf)

Diario Oficial de la Federacion, artículo 18, parrafo 4°. México, diciembre 12 de 2005. Recuperado de: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=2101661&fecha=12/12/2005](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=2101661&fecha=12/12/2005)

DiClemente, R., Salazar, L., & Crosby, R. (2007). A review of STD/HIV preventive interventions for adolescents: Sustaining effects using an ecological approach. *Journal of Pediatric Psychology*, *nil*(*nil*), 1-19.

Figueroa-Duarte, A. & Campbell-Araujo, O. (2015). La vision de la epilepsia através de la historia. *Boletin Clínico Hospital Infantil del Estado de Sonora*, 2, 87-101.

Foucault, M. (1976). *Vigilar y castigar*. México: Siglo XXI.

Fraile, M. (2013). Modelo biomédico y modelo biopsicosocial. Recuperado de: <http://ifdcsanluis.slu.infed.edu.ar/sitio/upload/MODELO%20BIOMEDICO%20y%20BIOPICOSOCIAL.pdf>

Giorgi, V. & Dilacio, G. (1983). Psicología y marginalidad social. Evaluación del efecto de las condiciones de pobreza sobre la conformación del psiquismo. Primer congreso sobre actualización en técnicas de evaluación psicológica. Universidad de Belgrano, Buenos Aires. 68-76.

González, A., Badial, F. & Gras, N. (2013). Salud pública, VIH/SIDA y derechos humanos en los centros de reclusión. En Gutiérrez, J. y Novoa, J. (2013). Derecho a la salud en centros de reclusión. *Revista de derechos humanos*, 11(8), 13-21.

- Jiménez, M. (2010). Comunicación sexual en adolescentes y su implicación en la consistencia del uso del condón. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 15(1), 107- 129.
- Just Detention international (2015). El abuso sexual en prisión: una crisis global de los derechos humanos. *International Summary Spanish*. Recuperado de: [https://justdetention.org/wp-content/uploads/2015/11/International\\_Summary\\_Spanish.pdf](https://justdetention.org/wp-content/uploads/2015/11/International_Summary_Spanish.pdf)
- Kerlinger, F., & Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales* (4a. ed.). México: McGraw Hill.
- Lavielle, P., Jiménez, F., Vázquez, A., Aguirre, M., Castillo, M. & Vega, S. (2014). Impacto de la familia en las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes. *Revista Médica IMSS*, 52 (1); 38-43.
- Lemos, M., Restrepo, D. & Richard, C. (2008). Revisión crítica del concepto “psicosomático” a la luz del dualismo mente-cuerpo. *Pensamiento psicológico*, 4(10) 137-147.
- Ley para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes. Artículo 45 b y c; México, mayo 29 de 2000. Recuperado de: <https://www.oas.org/dil/esp/Ley%20para%20la%20Protecci%C3%B3n%20de%20los%20Derechos%20de%20Ni%C3%B1as,%20Ni%C3%B1os%20y%20Adolescentes%20Mexico.pdf>
- Lozano, A. (2014). Teoría de teorías sobre la adolescencia. *Última década*, 40, 11-36.
- Martínez, R. & Aledo, F. (2003). Atención a la diversidad, salud y práctica físico-deportiva: un programa de prevención e intervención en VIH/SIDA en el penitenciario. *Indivisa. Boletín de Estudios e Investigación*, 4, 110- 130.
- Mcgrath, J., Celentano, D., Chard, S., Fullem, A., Kanya, M., Gangakhedar, R. et al. (2007). A group-based intervention to increase condom use among HIV serodiscordant couples in India, Thailand, and Uganda. *AIDS Care*, 19(3), 418-424.
- Moreno, D., Robles, S., Frías, B., Rodríguez, M., & Barroso, R. (2011). *Encuesta Universitaria sobre Salud Sexual: Informe Técnico correspondiente al proyecto IN307210 del Programa de Apoyo a*

- Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Morrison, V. & Bennett, P. (2008). *Psicología de la salud*. Madrid: Pearson educación, S.A.
- Nasio, J. (2012). ¿Cómo actuar con un adolescente difícil? Consejos para padres y profesionales. Buenos aires: Paidós.
- Oblitas, L. (2008). Psicología de la salud: una ciencia del bienestar y de la felicidad. *Avances en Psicología.*, 16(1), 9-38.
- Olvera, J. & Soria, M. (2008). La importancia de la psicología de la salud y el papel del psicólogo en la adherencia al tratamiento de pacientes infectados con VIH. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 11 (4), 149-158.
- ONUSIDA (2014). The GAP Report. Recuperado de: [http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS\\_Gap\\_report\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf)
- Orcasita, L., Uribe, A., Castellanos, L. & Gutiérrez, M. (2012). Apoyo social y conductas sexuales de riesgo en adolescentes del municipio de Lebrija-Santander. *Revista de Psicología*, 30 (2), 371-406.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2017). Últimas estadísticas sobre la epidemia del sida. Recuperado de: [http://www.unaids.org/es/resources/documents/2017/UNAIDS\\_FactSheet](http://www.unaids.org/es/resources/documents/2017/UNAIDS_FactSheet)
- Organización Mundial de la Salud (s/f). Salud sexual. Recuperado de: [http://www.who.int/topics/sexual\\_health/es/](http://www.who.int/topics/sexual_health/es/)
- Organización Mundial de la Salud (2017). VIH/ sida. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>
- Organización Panamericana de Salud [OPS]. (2003). Cárceles saludables; promoviendo la salud para todos. *Revista Pensamiento Penal*, Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.pensamientopenal.com.ar/doctrina/38380-carceles-saludables-promoviendo-salud-todos>

- Ovalle, J. (1974). Derecho penal. La ley que crea los consejos tutelares para menores infractores del Distrito Federal. *Legislación y Jurisprudencia*, 12 (3), 693- 698.
- Papalia, D., Wendkos, S. y Duskin, R. (2009). Psicología del desarrollo: de la infancia a la adolescencia (11ª ed.). México: McGraw-Hill.
- Peña, A. & Paco, O. (2002). El concepto general de la enfermedad. Revisión, crítica y propuesta, primera parte. *Anales de la facultad de medicina*, 63 (2), 223-232.
- Pérez, R., Agurto, K., Contreras, K., Medina, L., Muñoz, C., Parra, J. & Sáez, K. (2012). Vulnerabilidad social y conductas sociales de riesgo en un grupo de adolescentes chilenos. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 63(4), 327-333.
- Piña, J. & Rivera, B. (2006). Psicología de la salud: algunas reflexiones críticas sobre su qué y su para qué. *Universitas psychologica*, 5 (3), 669-679.
- Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal [PDHDF] (2010). Derechos de las personas privadas de la libertad en centros de reclusión. Solar, Servicios Editoriales, S.A. de C. V. Recuperado de: <http://www.equipopueblo.org.mx/descargas/folletospdf/privadasweb.pdf>
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [ONUSILDA]. (2017). UNODOC y ONUSIDA. Recuperado de: <https://www.unodc.org/lpo-brazil/es/hiv-aids/un aids.html>
- Rivas, D. & Ortiz, A. (2013). Situación actual de la salud sexual y salud reproductiva de los hombres privados de la libertad del Centro de Atención Institucional de San José. *Revista Electrónica Enfermería Actual en Costa Rica*, 25, 1-15. Recuperado de: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/12003>
- Robles, S. & Díaz-Loving, R. (2011). Validación de la Encuesta Estudiantil sobre salud sexual (EESS). México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Robles, S., Frías, B., Moreno, D., Rodríguez, M., & Barroso, R. (2011). Conocimientos sobre VIH/SIDA, comunicación sexual y negociación del

- uso del condón en adolescentes sexualmente activos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(4), 317-340.
- Robles, S., Solano, R., Díaz, 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 conductas en adolescentes sin experiencia sexual. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(3), 1129-1155.
- Rocha-Sánchez, T., & Díaz-Loving, R. (2005). Cultura de Género: la brecha ideológica entre hombres y mujeres. *Anales de Psicología*, 21(1), 42-49.
- Rodríguez, J., Fajardo, G., Higuera, F. & Iglesias, L. (2006). Enseñanza del modelo biopsicosocial de la medicina familiar. *Revista Hospital General Dr. Manuel Gea González*, 7 (3), 132-140.
- Roudinesco, E. (2000). ¿por qué el psicoanálisis? Paidós Ibérica. Barcelona.
- Schifter, J. (2001). La prevención del VIH/SIDA y el desarrollo de la salud integral en las cárceles. *Revista Interamericana de Psicología*, 35(2), 133-154.
- Soto, V. (2006). Factores asociados al no uso del condon. Estudio en adolescentes y adultos jóvenes de Chiclayo. *Anales de la Facultad de Medicina*, 67 (2), 152- 159.
- Teva, I., Bermúdez, M., & Buela-Casal, G. (2009). Characteristics of sexual behavior in spanish adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 12(2), 471-484.
- Teva, I., Bermúdez, M., Ramiro, M. & Buela-Casal, G., (2014). Creencias religiosas y actitudes hacia el uso del preservativo en adolescentes peruanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 31(1), 41-49.
- Valencia, C. & Canaval, G. (2012). Factores que predisponen, facilitan y refuerzan el uso del preservativo en jóvenes universitarios de Cali, Colombia. *Revista de Salud Pública*, (14) 5, 810- 821.
- Vasconcelos, R. (2009). La justicia para adolescentes en México. Análisis de las leyes estatales. *Instituto de Investigaciones Jurídicas- UNAM*.

Villarruel, A., Zhou, Y., Gallegos, E. C., & Ronis, D. L. (2010). Examining long-term effects of *Cuídate*—a sexual risk reduction program in Mexican youth. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 27(5), 345–351.

## **9. APÉNDICES**

**10.1 Apéndice A: Evaluación de la habilidad para usar correctamente el condón**

Se utilizará el siguiente formato para evaluar a través de observación directa la habilidad para usar el correctamente el condón. A (1) significa que lo hizo y B (2) que no lo hizo.

**Dormitorio:** \_\_\_\_\_ **Evaluador:** \_\_\_\_\_

**USO CORRECTO DEL CONDÓN**

<b>Folio</b>	<b>Clave de identificación</b>

		<b>A</b>	<b>B</b>
<b>UCC1</b>	Revisar burbuja de aire en el condón	1	2
<b>UCC2</b>	Revisar fecha de caducidad	1	2
<b>UCC3</b>	Buscar muesquillas por donde se puede abrir el paquete	1	2
<b>UCC4</b>	Bajar el condón antes de abrir el paquete	1	2
<b>UCC5</b>	Abrir el paquete sin usar uñas o dientes	1	2
<b>UCC6</b>	Sacar el condón del paquete cuidando no rasgarlo	1	2
<b>UCC7</b>	Ver hacia qué lado se desenrolla	1	2
<b>UCC8</b>	Apretar el receptáculo de depósito del semen	1	2
<b>UCC9</b>	Girar el condón dos vueltas para que no haya burbujas	1	2
<b>UCC10</b>	Colocar en el glande el condón	1	2
<b>UCC11</b>	Bajar el condón con las yemas de los dedos hasta la base del pene, sin soltar el receptáculo	1	2
<b>UCC12</b>	Colocar dos dedos en la base del pene y simular que se retira de la vagina	1	2
<b>UCC13</b>	Pasar las yemas de los dedos sobre el cuerpo del pene para retirar el semen y llevarlo al receptáculo	1	2
<b>UCC14</b>	Tomar el receptáculo del semen y darle dos vueltas	1	2
<b>UCC15</b>	Desecharlo envuelto en papel en el bote de la basura	1	2

## **10.2 Apéndice B: Evaluación de la habilidad para negociar el uso del condón**

Se planteará 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”.

Tienes **3 minutos** para convencer a tu pareja de usar condón.

**Puntaje:**

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

4 = Responde efectivamente a los argumentos que da la pareja para no usar el condón y da argumentos de por qué usarlo.

<b>Clave de identificación:</b>	_____	_____	_____	_____	_____
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

<p>Clave de identificación:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Primeras dos letras del apellido paterno</li> <li>2. Primeras dos letras del apellido materno</li> <li>3. Año de nacimiento</li> <li>4. Mes de nacimiento</li> <li>5. Día de nacimiento</li> </ol>
--



### **10.3 apéndice C: Encuesta para adolescentes sobre factores de riesgo**

## INSTRUCCIONES

El propósito de esta encuesta es conocer algunos aspectos relacionados con tu salud emocional y sexual. No tienes que contestar preguntas que te hagan sentir incómoda. Tu participación es voluntaria. TÚ DECIDES si contestas las preguntas. No hay preguntas correctas, ni incorrectas, sólo queremos conocer tu opinión y las conductas que comúnmente realizas. Es importante que sepas que tus respuestas son privadas. Nadie en la institución o alguno de tus conocidos sabrá tus respuestas, de hecho, no se te pide que pongas tu nombre, sólo se te pide una clave que nos permita dar seguimiento a tu participación en talleres que impartiremos sobre salud emocional y sexual, por lo que es muy importante que contestes a cada pregunta con la verdad y con honestidad. De antemano agradecemos tu apoyo para esta investigación, sin tu colaboración no sería posible, Gracias.

Sigue las instrucciones por parte del aplicador para elaborar tu clave

Clave de identificación:

\_\_\_\_ \_      \_\_\_\_ \_      \_\_\_\_ \_      \_\_\_\_ \_      \_\_\_\_ \_  
1                      2                      3                      4                      5

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

Fecha de aplicación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Día    Mes    Año

Folio: \_\_\_\_\_

Nombre de quien aplica el cuestionario: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN GENERAL

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

## DATOS PERSONALES

DI1. ¿Cuál es tu edad? \_\_\_\_\_ años cumplidos.

DI2. ¿Cuál es tu estado civil?

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

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

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

DI4. Antes de tu ingreso ¿Con quién vivías?

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

DI5. ¿Tienes hijos?

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

DI6. ¿Qué edades tienen tus hijos?

---

DI7. Te consideras una persona con una orientación sexual:

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

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

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

- (1) Menos de \$2, 000 (Menos de 34 salarios mínimos)
- (2) De \$2, 001 a \$3, 999 (De 35 a 69 salarios mínimos)
- (3) De \$ 4,000 a \$5,999 (De 70 a 104 salarios mínimos)
- (4) De \$6,000 a \$9,999 (De 105 a 173 salarios mínimos)
- (5) Más de \$10, 000 (Más de 174 salarios mínimos)
- (6) No sé

#### DATOS JURIDICOS

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

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 cuántos años es tu sentencia?

\_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses

DJ3 ¿Cuánto tiempo te falta cubrir tu sentencia?

\_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses

#### REPORTE DE CONSUMO DE SUSTANCIAS

CS1. ¿Has consumido bebidas alcohólicas?

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

CS2. ¿Qué tipo de bebidas alcohólicas son las que consumes regularmente?

(Puedes marcar más de una opción).

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

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

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

CS4. ¿Has consumido drogas?

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

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

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

¿Cuál? \_\_\_\_\_

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

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

#### VIH/SIDA/ITS

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

CO1	Una persona infectada por el VIH puede presentar los síntomas de la infección después de varios años.	Cierto	Falso	No sé
-----	---	--------	-------	-------

CO2	Las jeringas desechables y las esterilizadas aumentan la probabilidad de contagio del VIH por vía sanguínea.	Cierto	Falso	No sé
CO3	Hay ITS que se pueden transmitir sin necesidad de una relación sexual con penetración.	Cierto	Falso	No sé
CO4	Colocar el condón en el pene erecto hasta llegar a la base del pene hace más probable que se salga durante el acto sexual.	Cierto	Falso	No sé
CO5	Una persona recién infectada por el VIH presenta inmediatamente los síntomas.	Cierto	Falso	No sé
CO6	La transmisión del VIH es más probable en las prácticas sexuales anales que en el sexo vaginal u oral sin protección.	Cierto	Falso	No sé
CO7	El uso correcto y constante del condón puede prevenir el contagio de algunas ITS.	Cierto	Falso	No sé
CO8	Una mujer embarazada infectada con el VIH puede transmitir a su hijo el virus.	Cierto	Falso	No sé
CO9	Cuando se coloca un condón, es importante que ajuste perfectamente, sin dejar espacio en la punta.	Cierto	Falso	No sé
CO10	Limitar el número de compañeros(as) sexuales es una forma de reducir el riesgo de infección del VIH.	Cierto	Falso	No sé
CO11	El virus del <i>papiloma humano</i> y el virus del <i>herpes genital</i> no tienen cura.	Cierto	Falso	No sé
CO12	Los lubricantes a base de aceite sólo pueden usarse con los condones de látex.	Cierto	Falso	No sé
CO13	Un condón cuya fecha de caducidad vence en un año puede utilizarse sin riesgo de que se rompa.	Cierto	Falso	No sé

CO14	Usar condón masculino y femenino al mismo tiempo, es más efectivo para prevenir el VIH.	Cierto	Falso	No sé
CO15	Una persona con VIH pero sin síntomas puede transmitir el virus a otra persona mediante contacto sexual.	Cierto	Falso	No sé
CO16	Dejar un espacio sin aire en la punta del condón cuando éste se coloca en el pene hace más probable que se deslice en el acto sexual.	Cierto	Falso	No sé
CO17	El uso correcto y constante del condón disminuye la probabilidad de transmisión del VIH por vía sexual.	Cierto	Falso	No sé
CO18	Si se baja el condón con los dedos antes de abrir el paquete o envoltura es menos probable que se dañe.	Cierto	Falso	No sé

## TUS CREENCIAS

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

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

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

TD(1)=Totalmente en Desacuerdo D(2)=Desacuerdo I(3)=Indeciso

A(4)=Acuerdo TA(5)=Totalmente de Acuerdo

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

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

## ACTITUDES

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

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

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

### LO QUE SERÍAS CAPAZ DE HACER

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

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

### LO QUE ESPERAS HACER

Marca con una X el número que mejor te represente.

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

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

## 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	1	2	3	4	5
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?





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

(1) Sí (2) No (3) No sé cómo hacerla

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

(1) Sí. ¿Cuál? \_\_\_\_\_ (2) No (3) No sé

PS.13. ¿Has tenido un embarazo no planeado?

(1) Sí (2) no (3) No sé

PS.14. ¿Has tenido un aborto?

(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 Femenil de Reinserción Social Tepepan.

PS15. ¿Cuántas veces tuviste relaciones sexuales en los tres meses previos a tu ingreso al Centro Femenil de Reinserción Social Tepepan? (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 a tu ingreso al Centro Femenil de Reinserción Social Tepepan? (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 previos a tu ingreso al Centro Femenil de Reinserción Social Tepepan, ¿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 previos a tu ingreso al Centro Femenil de Reinserción Social Tepepan 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?  
 (Puedes marcar más de una opción)

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

ESTILOS DE NEGOCIACIÓN

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

		TD	D	I	A	TA
EN1	Trato de llegar a un acuerdo con mi pareja para	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	1	2	3	4	5
EN4	Trato de salirme con la mía cada vez que puedo	1	2	3	4	5
EN5	Me esfuerzo por salirme con la mía cuando se	1	2	3	4	5
EN6	Busco la ayuda de mi pareja para lograr una	1	2	3	4	5
EN7	Trato de encontrar una solución de mutuo acuerdo	1	2	3	4	5
EN8	Comparto los problemas con mi pareja de tal	1	2	3	4	5
EN9	Busco soluciones equitativas entre mi pareja y yo	1	2	3	4	5

!!!GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN!!!

## 10.4 apéndice D: Cartas descriptivas



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**  
**GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN PROCESOS PSICOLÓGICOS Y**  
**SOCIALES (GIPPS)**  
**PROYECTO DE SALUD SEXUAL**

## **PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA PROMOVER EL USO DEL CONDÓN EN ADOLESCENTES EN CONFLICTO CON LA LEY**

**DR. RICARDO SÁNCHEZ MEDINA**  
**RESPONSABLE DEL PROYECTO**

**SEPTIEMBRE, 2016**

## PRE-EVALUACIÓN

Carta descriptiva

**Duración: 2 horas**

**Objetivo:** Evaluar antes de intervención la habilidad para usar correctamente el condón y la negociación del uso del condón.

Nombre de la actividad	Materiales	Tiempo para la actividad	Observaciones
1. Encuadre y presentación	1 cartel 1 plumón	20 minutos	
2. Evaluación de la habilidad para usar correctamente el condón	Condomes, modelo de pene para la enseñanza, hojas de evaluación	1 hora y 40 minutos	Actividad 2 y 3 se realizarán de manera simultanea en salones diferentes.
3. Evaluación de la habilidad para negociar el uso del condón	Hojas de evaluación		

### DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

#### 1. Encuadre y presentación

Se realizará la presentación de los instructores, especificando el horario de las sesiones del taller, posteriormente se presentará un rotafolio en donde se enumerarán las siguientes reglas:

## ROTAFOLIO 1

<b>REGLAS</b> 
<ul style="list-style-type: none"><li>•Participación en las actividades</li><li>•Prohibido reírse o burlarse de los compañer@s</li><li>•Escuchar a l@s compañer@s sin interrumpir</li><li>•Respeto a las opiniones de los demás</li><li>•Respetar a l@s compañer@s</li></ul>

Se dejará un espacio para que complementen y agreguen más reglas. Este listado de reglas estará presente en todas las sesiones.

### 2. Evaluación de la habilidad para usar correctamente el condón

Se utilizará el siguiente formato para evaluar a través de observación directa la habilidad para usar el correctamente el condón. A (1) significa que lo hizo y B (2) que no lo hizo.

**Dormitorio:** \_\_\_\_\_

**Evaluador:**

### USO CORRECTO DEL CONDÓN

Folio	Clave de identificación

		A	B
<b>UCC1</b>	Revisar burbuja de aire en el condón	1	2
<b>UCC2</b>	Revisar fecha de caducidad	1	2
<b>UCC3</b>	Buscar muesquillas por donde se puede abrir el	1	2
<b>UCC4</b>	Bajar el condón antes de abrir el paquete	1	2
<b>UCC5</b>	Abrir el paquete sin usar uñas o dientes	1	2
<b>UCC6</b>	Sacar el condón del paquete cuidando no rasgarlo	1	2
<b>UCC7</b>	Ver hacia qué lado se desenrolla	1	2
<b>UCC8</b>	Apretar el receptáculo de depósito del semen	1	2
<b>UCC9</b>	Girar el condón dos vueltas para que no haya	1	2
<b>UCC10</b>	Colocar en el glande el condón	1	2
<b>UCC11</b>	Bajar el condón con las yemas de los dedos hasta la base del pene, sin saltar el receptáculo	1	2
<b>UCC12</b>	Colocar dos dedos en la base del pene y simular que se retira de la vagina	1	2
<b>UCC13</b>	Pasar las yemas de los dedos sobre el cuerpo del pene para retirar el semen y llevarlo al receptáculo	1	2
<b>UCC14</b>	Tomar el receptáculo del semen y darle dos vueltas	1	2
<b>UCC15</b>	Desecharlo envuelto en papel en el bote de la basura	1	2

### 3. Evaluación de la habilidad para negociar el uso del condón

Se utilizará el siguiente formato para evaluar a través de observación directa la habilidad para negociar el uso del condón.

#### **Negociación del uso del condón**

Se planteará 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”.

Tienes **3 minutos** para convencer a tu pareja de usar condón.

#### **Puntaje:**

1 = Inapropiado/inefectivo

2 = Menciona el uso del condón, pero no provee argumentos para su uso



## SESIÓN 1

Carta descriptiva

Duración: 2 horas

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

Nombre de la actividad	Materiales	Tiempo para la actividad	Variable en la que se pretende impactar
1. Dinámica de Transmisión del VIH/SIDA “Intercambiando tarjetas”	Tarjetas moradas, amarillas, verdes y rosas	30 minutos	Conocimientos VIH
2. Presentación sobre transmisión, sintomatología y prevención del VIH	3 carteles	10 minutos	Conocimientos VIH e ITS
3. Dinámica “Masculino y femenino”	4 rotafolios 4 plumones	35 minutos	Estereotipos, creencias y negociación del uso del condón
4. Dinámica ¿Qué pasaría si...?	6 Tarjetas con las situaciones planteadas	35 minutos	Estereotipos, creencias y negociación del uso del condón
5. Cierre de la sesión		10 minutos	

## 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 nombre.
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:

<b>Color</b>	<b>Conducta</b>
Morado	Compartir jeringas
Verde	Tener sexo protegido
Rosa	Tener sexo no protegido
Amarillo	Tocarse, besarse o hablar

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

Se presentará y se discutirá la siguiente información:

### ROTAFOLIO 2

•Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) → Virus que provoca la destrucción de las defensas del cuerpo.  
 •SIDA → Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.  
 •33.3 millones de personas infectadas de VIH.  
 •En México, el 50% de las nuevas infecciones se dan entre jóvenes entre 10 y 24 años.

**DESARROLLO DEL VIH/SIDA**

**Fase inicial:** Síntomas duran alrededor de una semana: fiebre, dolor de garganta, cansancio, pérdida de apetito, náusea, vómito y diarrea.

**Fase intermedia:** Algunas personas permanecen asintomáticas durante 10 años o más. Puede transmitir el virus mediante contacto sexual.

**Fase avanzada:** El nivel del virus en la sangre aumenta rápidamente y disminuyen las células CD4.

**Fase Final:** SIDA → En esta fase el sistema inmunológico está destruido. Síntomas: fatiga, fiebre, sudoración nocturna, pérdida de peso, herpes, candidiasis bucal, diarrea, tos seca, anemia.





### ROTAFOLIO 3

**TRANSMISIÓN DEL VIH/SIDA**

- De la madre al feto (1.8%) 
- Uso compartido de agujas, jeringas, instrumentos contaminados o transfusión sanguínea (8%) 
- Por vía sexual (89.7%) 

**PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA**

- Las jeringas desechables y las esterilizadas disminuyen la probabilidad de contagio del VIH por vía sanguínea.
- Limitar el número de compañeros(as) sexuales es una forma de reducir el riesgo de infección del VIH.
- La transmisión del VIH es más probable en las prácticas sexuales anales que en el sexo vaginal u oral sin protección.
- El uso correcto y constante del condón disminuye la probabilidad de transmisión del VIH por vía sexual.
- ERROR:** Usar condón masculino y femenino al mismo tiempo.





### ROTAFOLIO 4

**INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)**

¿Cuáles son los tipos más comunes de ITS?

-  **Gonorrea**
-  **Virus del Papiloma Humano**
-  **Sífilis**
-  **Chancro blando**
-  **Herpes**

Algunas ITS se pueden transmitir sin necesidad de una relación sexual con penetración.

Virus del papiloma humano y el virus del herpes genital **NO tienen cura.**

### 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

Carta descriptiva

Duración: 2 horas

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.

Nombre de la actividad	Materiales	Tiempo para la actividad	Variable en la que se pretende impactar
1. Resumen de la sesión anterior		5 minutos	Conocimientos VIH e ITS Estereotipos, creencias y negociación del uso del condón
2. Presentación de condones	Condomes, diferentes tipos y marcas	20 minutos	Actitudes hacia el uso del condón, creencias hacia el uso del condón.
3. Ventajas y desventajas del uso del condón en relaciones sexuales	1 cartel 4 rotafolios 4 plumones	25 minutos	Intenciones del uso del condón Actitudes hacia el uso del condón
4. Dinámica “El anuncio publicitario”	Rotafolios Plumones	25 minutos	Actitudes hacia el uso del condón, creencias hacia el uso del condón, intención para usar condón.
5. Entrenamiento en	Condomes,	40 minutos	Habilidad para usar

el uso correcto del condón	modelo de pene para la enseñanza, rotafolios		correctamente el condón
6. Cierre de la sesión		5 minutos	

### 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 kit 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 dividan 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. Finalmente se presentará un rotafolio con la siguiente información.

## ROTAFOLIO 5

**USO DEL CONDÓN**

**Ventajas**

- Previene infecciones de transmisión sexual, VIH y embarazos.
- Está disponible sin receta.
- Son económicos y fáciles de conseguir.
- Son livianos y desechables.
- No tiene efectos secundarios hormonales.
- Se puede usar como parte de la estimulación erótica inicial.
- Fácil de usar.
- No afecta su fertilidad en el futuro.
- Puede disminuir el riesgo de la mujer del desarrollo de células pre-cancerosas en el cuello uterino.
- Pueden ayudar al hombre a mantener la erección por más tiempo.
- Pueden colocarse como parte de los juegos sexuales.
- Pueden utilizarse junto con todos los demás métodos anticonceptivos, excepto el condón femenino.

**Desventajas**

- Tiene que estar al alcance de inmediato. **Solución:** comprarlos y traerlos siempre
- Puede romperse o gotear. **Solución:** Usarlo de manera correcta
- Puede causar una reacción alérgica. **Solución:** Usar condón femenino o de poliuretano.



### 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.

## ROTAFOLIO 6

**PASOS PARA USAR CORRECTAMENTE EL CONDÓN MASCULINO**

1. Revisar burbuja de aire en el condón 
2. Revisar fecha de caducidad
3. Buscar muesquillas por donde se puede abrir el paquete 
4. Bajar el condón antes de abrir el paquete
5. Abrir el paquete sin usar uñas o dientes
6. Sacar el condón del paquete cuidando no rasgarlo 
7. Ver hacia qué lado se desenrolla
8. Apretar el receptáculo de depósito del semen 
9. Girar el condón dos vueltas para que no haya burbujas
10. Colocar en el glande el condón
11. Bajar el condón con las yemas de los dedos hasta la base del pene 
12. Pasar las yemas de los dedos sobre el cuerpo del pene para retirar el semen y llevarlo al receptáculo.
13. Tomar el receptáculo del semen y darle dos vueltas 
14. Retirar el condón
15. Desecharlo envuelto en papel en el bote de la basura

## ROTAFOLIO 7

**USO INADECUADO DEL CONDÓN EN RELACIONES SEXUALES**

**Ruptura del condón:**

- Utilizar lubricantes con base oleosa
- Utilizar anillos prominentes
- Abrir el paquete del condón de manera incorrecta (uñas, dientes, cuchillos, tijeras, lápices o instrumentos afilados)
- No dejar espacio para el semen
- Dejar aire en la punta del condón
- Guardar el condón en sitios con temperaturas elevadas o lugares inadecuados (cartera)
- Exponerlos a la luz directa
- No comprobar fecha de caducidad
- No comprobar si el condón está dañado
- Desenrollarlo por completo antes de colocarlo

Alguna vez te ha ocurrido???





## ROTAFOLIO 8

**USO INADECUADO DEL CONDÓN EN RELACIONES SEXUALES**

**Deslizamiento del condón (que se salga el condón durante la relación sexual):**

- Desenrollarlo antes de colocarlo
- Llenarlos de agua o aire antes de utilizarlos
- Colocarlos al revés
- No desenrollarlo hasta la base del pene
- Utilizar el mismo condón más de una vez
- Colocarlos antes de la eyaculación pero con una penetración previa sin condón
- No retirar el condón después de perder la erección
- No sostener el condón en la base del pene cuando lo retiran de la vagina
- Quitarse el condón antes de terminar la relación
- Utilizarlo en relaciones que duran más de 20 minutos
- No usar un nuevo condón al cambiar de práctica sexual

Alguna vez te ha ocurrido???



## 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

Carta descriptiva

Duración: 2 horas

Objetivo: Desarrollar habilidades de negociación en el uso del condón en relaciones sexuales.

Nombre de la actividad	Materiales	Tiempo para la actividad	Variable en la que se pretende impactar
1. Resumen de la sesión anterior		15 minutos	Habilidad para usar correctamente el condón
2. Entrenamiento "Negociación del uso del condón"	Rotafolios	90 minutos	Habilidad para negociar el uso del condón Estilos de negociación
3. Cierre de la sesión y taller		15 minutos	

### DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

#### 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.

## ROTAFOLIO 9

 <b>PRETEXTOS QUE PUEDE DECIR LA PAREJA PARA NO USAR CONDÓN</b>	
Pretexto	Algunas alternativas
¿No confías en mí?	No se trata de confianza, se trata de protegernos para que estemos bien los dos.
No se siente tan bien con un condón	Existen muchos condones con texturas que hacen que sintamos más rico.
No me excito si usamos un condón.	Que te parece si usamos algún anillo que vibre y un condón con textura y vemos qué pasa probablemente descubramos que nos gusta más. Qué te parece si yo te lo pongo?
No traemos condones	Podemos ir a comprar unos o esperarlos a tenerlos para tener relaciones, lo importante es que el día de mañana no nos arrepintamos por un momento de calentura.
Si quieres tener sexo es sin condón	Respeto tu decisión, sólo quiero que sepas que para mí es importante que tengamos relaciones sexuales sólo con condón, crees que podemos hablar sobre ello y llegar a un acuerdo.
Estamos tomando condón	Pero si usamos condón nos estamos protegiendo la doble, tu sabes que ningún método es 100% seguro, de esa forma estamos siendo más responsables.

## ROTAFOLIO 10

 <b>PRETEXTOS QUE PUEDE DECIR LA PAREJA PARA NO USAR CONDÓN</b>	
Pretexto	Algunas alternativas
Ponérselo interrumpe todo	Podemos usar un condón femenino ya que ese te lo puedes poner mucho tiempo antes de que tengamos relaciones...o qué te parece si lo incluimos como parte de algún juego sexual.
Te retiras a tiempo	Pero qué pasa si estoy muy excitado y no logro retirarme a tiempo, creo que arriesgamos mucho si lo hacemos de esa manera.
Sólo esta vez	Una vez basta para que quedemos embarazados, con alguna infección o VIH.
Es que me quita las ganas plena acción	No te preocupes yo me encargo de que no se te quiten las ganas, además si usamos este condón con texturas puede ser más rico.
No sirven!!!	Es cierto que no son 100% seguros pero si los usamos como se deben de usar es más probable que estemos protegidos, de hecho sirven más que usar pastillas anticonceptivas.
Sólo lo usa gente promiscua	No para nada, no se trata de que tu tengas muchas parejas sexuales o de que yo me esté acostando con muchas chavas. Pero todos estamos expuestos a contraer una infección o VIH y creo que lo más importante es que nos cuidemos los dos.

## ROTAFOLIO 11

 <b>PRETEXTOS QUE PUEDE DECIR LA PAREJA PARA NO USAR CONDÓN</b>	
Pretexto	Algunas alternativas
Me da Alergia	No te preocupes existen algunos condones que están hechos de poliuretano, podemos usar esos para que no te de alergia.
Supongo que realmente me amas	Precisamente porque te amo creo que es importante que nos cuidemos, me importas mucho y no me gustaría que algo malo te pasara por eso creo que es importante que usemos condón.
Si me quisieras, me dejarías tener sexo contigo sin usar condones	Te quiero mucho por eso debemos cuidarnos, usar condón es una forma de demostrarte cuanto te quiero.
Crees que soy infiel	No es eso, confió en ti, pero es necesario que usemos condón podemos prevenir alguna infección de transmisión sexual, recuerda que hay algunas que se transmiten y no necesariamente por contacto sexual.

## ROTAFOLIO 12

<b>RECOMENDACIONES PARA NEGOCIAR EL USO DEL CONDÓN</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Escucha los argumentos que te da tu pareja para no usar condón.</li> <li>•En función de lo que tu pareja te diga tu da argumentos para usarlo.</li> <li>•Da nuevos argumentos para usarlo</li> </ul>	
	
<b>Lo que SI debes hacer</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Trata de llegar a un acuerdo con tu pareja para protegerse sexualmente.</li> <li>•Se consistente al argumentar tu punto de vista para protegerse sexualmente.</li> <li>•Trata de encontrar una solución de mutuo acuerdo sobre el uso del condón.</li> <li>•Comparte los problemas con tu pareja de tal manera que puedan encontrar juntos una solución para protegerse sexualmente.</li> <li>•Busca soluciones equitativas entre tu pareja y tú cuando hay un conflicto para usar el condón.</li> </ul>	

## ROTAFOLIO 13

**RECOMENDACIONES PARA NEGOCIAR EL  
USO DEL CONDÓN**



**Lo que NO debes hacer**

- Imponer tu forma de ser en el terreno sexual.
- Tratar de salirte con la tuya cada vez que puedes cuando se trata de relacionarse sexualmente.
- Cambiar tu posición sobre protegerse sexualmente con tal de prevenir conflictos.
- Adaptarse a los deseos de la pareja cuando hay desacuerdo para usar el condón.
- No discutir temas sexuales que pueden provocar conflicto.
- Adaptarse fácilmente a los deseos y forma de ser de tu pareja.

### 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 abordara.

### POST-EVALUACIÓN

Carta descriptiva

Duración: 2 horas

Objetivo: Evaluar después de la intervención la habilidad para usar correctamente el condón y sobre la negociación del uso del condón, así como los conocimientos sobre VIH/SIDA y creencias hacia el condón.

Nombre de la	Materiales	Tiempo para la	Observaciones
--------------	------------	----------------	---------------

actividad		actividad	
1. Evaluación de la habilidad para usar correctamente el condón	Condomes, modelo de pene para la enseñanza, hojas de evaluación	2 horas	Actividad 1, 2 y 3 se realizarán de manera simultanea en salones diferentes.
2. Evaluación de la habilidad para negociar el uso del condón	Hojas de evaluación		
3. Encuesta de Salud sexual	Cuadernillos de evaluación		

Las tres actividades se realizarán de forma simultánea en diferentes espacios, de forma individual cada participante realizará cada una.