



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Variables del modelo IMB que influyen en el uso del condón en hombres privados de la libertad: comparación por grupos de edad.

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

Pablo Uriel Pérez Martínez

Director: Dr. **Ricardo Sánchez Medina**

Dictaminadores: Mtra. **Consuelo Rubi Rosales Piña**

Mtra. **Laura Edith Pérez Laborde**





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

A la máxima casa de estudios la Universidad Nacional Autónoma de México. Por ser una institución comprometida con el desarrollo educativo y profesional de los estudiantes universitarios que se integran año a año a la matrícula de alumnos que integran todos los campus que integran esta universidad.

A la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, y a los profesores que durante el transcurso de los cuatro años de mi formación profesional dotaron de conocimientos, valores y ética mi práctica profesional.

A mi asesor de tesis el Dr. Ricardo Sánchez Medina, por brindarme la oportunidad de integrarme a su equipo de trabajo, en el cual, puede desarrollar habilidades, y adquirir experiencia en un campo de interés profesional, además también quiero agradecer el hecho de otorgarme la posibilidad de realizar esta tesis siendo parte de este del programa “Programa de intervención para promover la salud sexual en hombres privados de la libertad”, la cual ha sido una ocasión de crecimiento para mí, de igual forma agradezco que haya sido el asesor de este trabajo, pues, sin su ayuda la realización de esta tesis no hubiera sido posible.

A mis sinodales las Maestras Consuelo Rubi Rosales Piña y Laura Edith Pérez Laborde, las cuales ayudaron a enriquecer de forma inigualable este trabajo, y quienes me brindaron la mejor preparación posible para desempeñarme de forma adecuada en la realización de este proyecto.

A mis padres, quienes a lo largo de mi vida me han guiado a conseguir mis metas, quienes durante todo este proceso de titulación me han mostrado su apoyo y han estado conmigo, no hay forma de agradecerles de forma escrita todo lo que han hecho por mí a lo largo de la vida.

A Michelle, gracias por ser parte de mi vida, por compartir todas esas charlas interminables en las cuales podíamos hablar cualquier cosa, por disfrutar conmigo de mis alegrías y esos momentos que hemos pasado juntos, que, aunque escasos siempre han sido fuente de felicidad. En especial, gracias por estar ahí, en esas horas de naufragio emocional

en las cuales me sentía perdido, sin rumbo y encontraba en ti a esa persona que siempre me brindaba un consejo, ayuda, compañía y a una alguien que leyera en mis mensajes todo lo que sentía. No tengo palabras suficientes para agradecerte todo lo que has hecho por mí, y este escueto mensaje no refleja en su totalidad todas las cosas por las cuales te agradezco, solo me queda decir... ¡Gracias Mich! ¡Gracias por todo, mejor amiga!

A Ana, Andrea y Alan, por todas esas horas que pasamos juntos en la universidad, compartiendo ideas, perspectivas, conocimientos, etc. no me cabe duda que con ustedes forme el mejor equipo posible en la carrera, gracias por todas esas ocasiones en las que me motivaron, en las que me hacían sentir confiado, en las que escuchan todas las cosas que podía aportar, gracias por ayudarme a ser el mejor estudiante posible cuando tenía que serlo, no pude encontrar mejor compañía que la de ustedes para el inicio de este proyecto que más de cuatro años después culmina en este momento. De forma individual gracias a Andy por siempre escucharme, por ser de las personas que más cosas positivas encontraba en mí, lo cual generaba más confianza en la forma en la que me desenvolvía en la carrera. Ana gracias por los consejos, por siempre tener esas palabras que de alguna forma tenía que escuchar.

A Marlen, gracias por dotar de experiencias magnificas mi estadía universitaria, por esas horas de aventuras, esos viajes que siempre recordaré, por ser parte de la experiencia de trabajar con esta población. Gracias por todas esas veces en las que volteaba a mi lado y te encontraba ahí, fue lindo pasar contigo la mitad de mi vida universitaria.

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

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
1. SALUD SEXUAL	4
1.1 ¿Qué es la salud sexual?.....	4
1.2 Prácticas sexuales y conductas sexuales de riesgo.....	8
1.2.1 Prácticas sexuales	8
1.2.2 Conductas sexuales de riesgo	10
1.3 Contextos de riesgo para la salud sexual.....	12
2. PROBLEMAS DE SALUD SEXUAL	16
2.1 Embarazo no deseado y abortos	16
2.2 Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).....	19
2.3 VIH y SIDA.....	21
2.4 Problemas de salud sexual en población privada de la libertad	25
3. VARIABLES ASOCIADAS AL USO DEL CONDÓN EN POBLACIÓN PRIVADA DE LA LIBERTAD.....	28
3.1 Información	30
3.2 Motivación	33
3.3 Habilidades conductuales	35
3.4 Factores contextuales asociados a la conducta sexual.....	37
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	40
4.1 Justificación	40
4.2 Pregunta de investigación:.....	42
4.3 Objetivo general:	42
4.3.1 Objetivos específicos:	43
4.4 Hipótesis	43
4.4.1 Hipótesis por objetivos.....	43

5. Método	44
5.1 Población	44
5.2 Variables	45
5.3 Instrumentos	48
5.4 Diseño	50
5.5 Procedimiento	50
5.6 Análisis de datos	51
6. RESULTADOS	52
7. DISCUSIÓN	71
8. REFERENCIAS	79
9. APÉNDICES	90

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue analizar las variables del modelo IMB como predictores del uso del condón en hombres privados de la libertad en función de la edad, esto con el fin de desarrollar programas de intervención específicos para promover el uso del condón de acuerdo al grupo de edad. Para lograr este objetivo se trabajó con una muestra de 1104 hombres privados de la libertad pertenecientes a dos lugares, a Comunidades de diagnóstico y tratamiento para adolescentes y al Centro Varonil de Reinserción Social Santa Martha Acatitla. (CEVARESO). De la muestra total se conformaron tres grupos que fueron denominados como adolescentes, adultos jóvenes y adultos maduros, esto con el fin de identificar las variables del modelo IMB que eran predictores en los diferentes grupos. Los resultados muestran que las habilidades conductuales en específico el estilo de negociación colaboración equidad y la comunicación con la pareja son los mejores predictores en el uso del condón para los grupos de adolescentes y adultos maduros respectivamente, sin embargo, no se encontró una habilidad conductual que fuera predictora del uso del condón en el grupo de los adultos jóvenes. Los resultados se discuten en términos cuales son las variables que inciden en el uso del condón en hombres privados de la libertad de diferentes edades, esto permite llegar a la conclusión de que las habilidades conductuales son los mejores predictores para la consistencia en el uso del condón en los adolescentes y adultos maduros, sin embargo, no se llega a una conclusión determinate para el grupo de adultos jóvenes.

Palabras clave: Consistencia en el uso del condón, hombres privados de la libertad, modelo IMB:

INTRODUCCIÓN

La salud sexual en la actualidad es un tema que implica el conocimiento de demasiados aspectos, pero los que cobran mayor relevancia son aquellos que se orientan a conocer y atender los temas relacionados con el embarazo no deseado y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Resulta importante la realización de trabajos encaminados al enriquecimiento sobre de estos tópicos, ya que, ambas representan problemas de salud sexual que a la larga traerán consecuencias negativas a la vida de las personas, sumado a esto se debe de tomar en cuenta que existen factores que aumentan la probabilidad de ocurrencia de estas situaciones, entre los cuales se encuentran los contexto, un ejemplo de lo antes mencionado se puede observar en las poblaciones que están privadas de la libertad, es por ello, que el desarrollo de este escrito se enfocará en abordar temas referentes a la sexualidad, problemas de salud sexual y variables que influyen en el uso del condón, esto con el fin de conocer la mayor cantidad de aspectos posibles que aumente la información que permitirá realización de la presente investigación.

El presente trabajo engloba al inicio del primer capítulo lo que es la sexualidad, como es que esta ha sido concebida desde una perspectiva del desarrollo, y desde un planteamiento propio de un organismo encargado de regir la salud a nivel mundial como es la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud ([OPS/OMS], 2000), de igual forma en este primer capítulo se abordan que son y cuáles son las prácticas sexuales y como es que estas llegan a convertirse en conductas sexuales de riesgo, para finalizar este punto del trabajo dedicado a esclarecer aspectos de la salud sexual se hablará también de aquellos contextos que son considerados de riesgo, pues en ellos la probabilidad de contraer una ITS aumenta considerablemente.

El segundo capítulo, el cual ha sido nombrado como “Problemas de Salud Sexual” se tocará lo que es el embrazo no deseado o adolescente, las consecuencias que este trae consigo, y se brindaran algunas estadísticas de lo que es este fenómeno actualmente a nivel mundial y en México, posteriormente, el capítulo se encaminará a definir lo que son las ITS, cuáles son las que mayor incidencia tienen a nivel mundial, formas de trasmisión, formas de

prevención, y cuáles son los tratamientos que existen para ellas, para dar cierre a este segundo capítulo se hablará de cuál es la incidencia de estas infecciones en personas que se encuentran privadas de la libertad, para lo cual se proporcionaran datos, esto para tener una mejor noción de cómo es que las ITS afectan a las personas que se encuentran en este tipo de contextos.

En el último capítulo, el cual está encaminado a analizar las variables del modelo IMB que inciden en el uso del condón, se hablará en un primer momento de los modelos antecedentes que han tratado de explicar la consistencia en el uso del condón para posteriormente abordar la información, motivación, y las habilidades conductuales y como es que estas inciden y explican la consistencia en el uso del condón.

Posterior a los capítulos se hallarán diversos apartados entre los cuales se encuentra el planteamiento del problema, en esta parte se justificará el porqué de este trabajo, esto desde los aportes a la teoría y la relevancia social que representa esta tesis, además es en esta parte donde se podrá leer la pregunta de investigación, el objetivo general y los específicos, así como las hipótesis que se plantearon para este trabajo.

En la siguiente parte, el método, se hablará de la población y se encontrarán tablas en las cuales se localizarán las definiciones conceptuales y operacionales de las variables de esta investigación, complementando esta apartado se hará un desglose del instrumento utilizado para la recolección de los datos y del procedimiento utilizado para obtención de los mismos.

Por último, se encontrarán los resultados y la discusión en los cuales se realizarán los análisis pertinentes con el fin de cumplir con los objetivos específicos de la investigación para después realizar un contraste de lo obtenido en este trabajo con lo reportado por otros autores generando de esta forma una conclusión la cual permitirá definir cuáles son las variables que inciden en el uso del condón de hombres privados de la libertad de diferentes edades.

1. SALUD SEXUAL

Una parte esencial de la vida de los seres humanos es la sexualidad, esta, es un desarrollo que se presenta a lo largo de la vida, pues es un proceso evolutivo en el cual las personas están inmersos desde que nacen, y a lo largo de la construcción de lo que es la sexualidad individuos se identifican con un género, desarrollan una orientación sexual, y establecen relaciones interpersonales (Crooks & Baur, 2009). Al hablar de estas, se toman en cuenta las interacciones interpersonales fundadas desde el intercambio de información o establecimiento de una conversación, hasta el hecho de tener intimidad con otros con el fin de reproducirse o por placer (Papalia, Feldman & Martorell, 2012). Este último aspecto (las relaciones y más concretamente las relaciones sexuales) es el que resulta de suma importancia, debido a que en los últimos años se ha enfocado el interés por parte de instituciones y otras entidades por promover lo que es el ejercicio de la actividad sexual de forma segura y saludable, es en este aspecto, que este primer capítulo se enfocará, sin dejar de lado lo que es la sexualidad de las personas.

1.1 ¿Qué es la salud sexual?

Para comenzar el abordaje de lo que es la salud sexual resulta necesario ahondar más en lo que es la sexualidad, y como es que esta se manifiesta a lo largo de la vida de los individuos. La sexualidad ha sido concebida de diversas formas, entre las más comunes es la relación directa que este tiene con el tener o no vida sexual; sin embargo, se debe de entender que la sexualidad, o cuando se habla de esta no sólo se toma en cuenta este aspecto, sino que cuando se aborda este tema, se abarcan las diferentes formas en las cuales nos identificamos y expresamos como seres sexuados, además, de que este término también incluye el percibirse a uno como hombre o mujer, lo cual se manifiesta en las respuestas eróticas que cada individuo tenga. En otras palabras, la sexualidad se puede entender como la manera en la que las personas viven y se expresan como seres sexuales (Rathus, Nevid & Rathus, 2005).

Si bien, se entiende que la sexualidad es parte fundamental en la vida de las personas, y que es esta se encuentra en un constante desarrollo, (puesto que las personas no nacen percibiéndose así como seres sexuados, o identificándose con un género), partiendo de esta premisa es que, Crooks y Baur (2009) exponen que el desarrollo de la sexualidad se presenta desde la infancia, pues es desde esta etapa de la vida se presentan las primeras conductas sexuales, y factores que comenzaran a definir la sexualidad de las personas. Entre las principales conductas sexuales mencionadas por dichos autores se encuentran la autoexploración, el inicio de las preguntas sobre sus órganos sexuales, sin embargo, lo que destacan estos autores es el hecho de ver la sexualidad en la infancia de una forma natural y que no tiene por qué estigmatizarse de forma negativa, pues de dicha manera esta se estaría reprimiendo, lo cual podría tener repercusiones en la forma en la que los infantes vivirán su sexualidad en un futuro. Estos autores indican que cuando se habla de sexualidad normalmente es asociada con el inicio de la adolescencia y con el inicio de la vida sexual, debido a que es durante esta etapa de desarrollo que los individuos tienen mayores expresiones de la sexualidad, por ejemplo, es en la adolescencia donde las personas tienen los primeros encuentros con otros individuos, sin embargo, también se tienden a expresar más los sentimientos, emociones, y preferencias sexuales, las cuales repercuten en el establecimiento de vínculos afectivos entre personas. Además, es en esta etapa de la vida de las personas en la cual se presentan cambios a nivel fisiológico como lo son el ensanchamiento de caderas, el crecimiento de vello, en cambio de voz, el crecimiento de senos en mujeres y el crecimiento de los testículos en hombres, los repercutirán en la posible reproducción de los individuos.

Lo antes mencionado es lo que se entiende por sexualidad desde una perspectiva del desarrollo humano, pero existen otros abordajes de la misma desde el plano de la salud, por ejemplo, la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud ([OPS/OMS], 2000) consideran que la sexualidad

“...se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano: Basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la

reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales...” (p.4).

Así pues, es a través la expresión de sentimientos y gustos, de la orientación sexual, del establecimiento de relaciones, y no solamente del contacto sexual que las personas expresan su sexualidad de forma global, y sin restricciones. No obstante, aún falta otro aspecto el cual resulta de suma importancia y es el hecho de que las personas ejerzan su sexualidad de forma responsable y saludable, es por eso que desde este momento en este apartado del capítulo se enfocará a dicho tema.

Para ello es necesario definir lo qué es la Salud Sexual, la OMS (2018a), la define como:

“...un estado de bienestar físico, mental, y social en una relación con sexualidad Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia.”

Sin embargo, esta definición no fue establecida de un momento a otro, sino que, como lo menciona Montalvo (2014) está es el resultado de un trabajo constante en el cual se ha logrado plantear las ideas de lo que es la salud sexual. La historia de este término y las políticas del mismo están marcadas por los hechos ocurridos desde la “Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, de El Cairo, Egipto en 1994”, y “la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, China en 1995” hasta “Las evaluaciones de seguimiento del Programa de Acción del Cairo en 2004”, y “la Plataforma de Acción de las Mujeres de Beijing que tuvo lugar en 2005”. En estos eventos, se manifestó la importancia que tiene la salud sexual, así como los derechos sexuales y reproductivos y el impacto que generan las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), lo cual culminó con el establecimiento de la definición antes mencionada.

En cuanto a las repercusiones que el desarrollo del término de salud sexual ha tenido en la actualidad se puede mencionar la existencia de lo que se denominada como una persona sexualmente saludable, y lo que es una sociedad sexualmente saludable.

De acuerdo con Arango (2008) una persona es sexualmente saludable cuando:

- Valora su propio cuerpo.
- Busca información sobre temas relacionados con la sexualidad.
- Reconoce que la sexualidad puede implicar la reproducción o no.
- Afirma su orientación sexual respetando la de los demás.
- Expresa su amor e intimidad de forma adecuada.
- Disfruta y expresa su sexualidad a lo largo de su vida.
- Utiliza métodos anticonceptivos para evitar embarazos no deseados.
- Evita contraer y contagiar infecciones de transmisión sexual, entre otras.

Por otra parte, este mismo autor menciona que las características de una sociedad saludable parten de los siguientes ejes:

- La existencia de un compromiso político por parte del estado para poder promover la salud sexual en los individuos.
- La coexistencia de una legislación a favor del desarrollo de este tema.
- La efectividad de una buena educación y presencia de profesionales adecuados para lograr la promoción de esta.
- La promoción de la investigación en este ámbito.

Además, desde hace algunas décadas el interés por la promoción de la salud sexual ha incrementado, hasta el punto de lograr la elaboración de programas y la implementación de los mismos, estos han sido enfocados mayoritariamente a las mujeres, debido a que estos programas tienen como eje primordial el evitar el incremento de embarazos no deseados, es por este motivo pocas veces se incluyen a los hombres y la prevención de ITS en estos programas (Campero, Atienzo, Suarez, Hernández & Villalobos, 2013).

Por otro lado, Crooks y Baur (2009) mencionan que un problema al que se enfrenta la promoción de la salud sexual es la visión que las personas pueden tener de esta, pues

muchas veces los padres, tutores, o autoridades de las instituciones consideran que estas pueden influir en que las personas incrementen su actividad sexual.

En resumen, la sexualidad humana es un tema que abarca diversos aspectos de la vida y esta se desarrolla desde que nacemos puesto que es parte de un proceso evolutivo, aunado a la sexualidad se encuentra lo que es la salud sexual la cual está enfocada a desarrollar patrones de conductas saludables para que las personas ejerzan su sexualidad de forma segura y responsable, sin embargo, en ocasiones los patrones de conducta sexual de las personas sale de lo que se consideraría saludable llegando a exponer su salud y su integridad, es por ello que el siguiente apartado abordará cuales son las prácticas sexuales y como estas llegan a convertirse en conductas sexuales de riesgo.

1.2 Prácticas sexuales y conductas sexuales de riesgo

Como ya se ha abordado en el apartado anterior, una parte de la sexualidad es la forma en la que las personas llevan a cabo sus expresiones de esta, pues existen diferentes formas en las cuales se pueden llevar a cabo unas de forma individual y otras en pareja, o de forma segura o lo que se denominara conductas sexuales de riesgo, esto es lo que se abordará a continuación a lo largo de este apartado.

1.2.1 Prácticas sexuales

Al hablar de lo que son las conductas sexuales habrá que mencionar que de acuerdo con Shibley y deLamater (2006) quienes reconocen que no es necesario la existencia de dos personas para que exista una conducta sexual, sino que estas pueden existir de forma individual o en pareja. A continuación, se ahondará en ellas.

Entre las conductas sexuales individuales señaladas por Crooks y Baur (2009), se encuentra el celibato, el cual consiste en el hecho de que una persona físicamente madura no tenga actividad sexual. Este tipo de conducta sexual se subdivide en dos, los cuales son:

- El celibato parcial: es una expresión de la sexualidad donde el individuo no tiene contacto interpersonal, pero si practica la masturbación.
- El celibato total: Es la expresión sexual en la cual no practica la masturbación, y tampoco tiene contacto sexual con otros individuos.

Normalmente esta práctica sexual está relacionada con aspectos morales y religiosos, e históricamente está asociado con el segundo, sin embargo, en la actualidad las personas pueden recurrir al celibato debido a que las prácticas sexuales no es algo que les parezca placentero o por experiencias que generaron confusión y desilusión. Esta forma de expresar la sexualidad trae consigo ciertas ventajas entre las cuales se encuentran la prevención de embarazos no deseados y evitar el contagio de ITS.

Por otra parte, también está la masturbación, la cual se refiere al acto mediante el cual una persona estimula sus órganos sexuales con el fin de procurarse placer. Esta es de las conductas sexuales más frecuentes en las personas, y al contrario de la creencia popular no hay evidencia de que este tenga aspectos negativos al ser practicada, por lo contrario, cuenta con varios beneficios como lo son: el alivio de la tensión premenstrual en algunas mujeres, es una actividad sexual segura la cual evita embarazos no deseados e ITS, sirve para que las personas se sientan cómodas sexualmente con ellas, puede ayudar a aliviar el estrés, etc. (Arango, 2008).

Al hablar de las conductas sexuales que se hacen en pareja se consideran a aquellas que se realizan con un mutuo acuerdo entre dos personas. Entre las más comunes se encuentran los besos y las caricias, qué si bien son una práctica muy normalizada en la sociedad actual, se consideran conductas sexuales debido a que se estimulan diversas partes del cuerpo, esto debido al contacto de los labios de ambas personas, o el roce de alguna parte del cuerpo por medio del tacto, como parte de las caricias también se encuentra lo que es la estimulación de las zonas genitales masculinas y femeninas, esto a través del contacto genital-manual, y finalmente, se debe agregar el coito en la cual se estimulan ambos genitales

al mismo tiempo, y este se entiende como la práctica sexual en la cual se introduce el pene dentro de la vagina, esta práctica sexual puede tener tantas variantes como lo imaginación lo permita, por ejemplo: hombre arriba, mujer arriba, de lado, etc. pero lo importante de esta práctica es que tiene que existir la estimulación de ambos genitales. Por otra parte, también existe la estimulación buco-genital o sexo oral, la cual consiste en estimular los genitales del hombre o la mujer por medio de la boca. Finalmente, otra variante del coito y de la estimulación buco-genital es el coito anal y la estimulación bucal del ano, las cuales consisten en la inserción del pene en el ano de la pareja y de la estimulación del mismo por medio de la boca (Shibley & deLamater, 2006).

Estas son las conductas sexuales humanas, cabe mencionar que cualquier ser humano puede llevarlas a cabo sin importar el sexo, orientación sexual, género, etc. lo único que puede influir es el gusto por la práctica sexual, y en el caso de que sea en pareja la disposición que exista por parte del otro individuo, sin embargo, al hablar de las conductas sexuales hay que mencionar que existen factores que pueden afectar la salud de los individuos, provocando que estas se denominen como conductas sexuales de riesgo, las cuales se abordaran en el siguiente apartado.

1.2.2 Conductas sexuales de riesgo

Una vez que se han identificado lo que son las prácticas sexuales, se pasará a hacer un análisis de lo que son las conductas sexuales de riesgo. Para comenzar se debe entender que estas son aquellas “que hacen más probable la incidencia de situaciones nocivas para el sujeto” (Bahamón, Viancha & Tobos, 2011, p. 331).

Una de las conductas sexuales de riesgo es el hecho de tener relaciones sexuales bajo la influencia de sustancias, ya sean alcohólicas o drogas. Con respecto a este punto Antón y Espada (2009) realizaron un estudio en una muestra de 339 estudiantes universitarios donde trataban de analizar la relación que existen entre el consumo de sustancias y las prácticas sexuales de riesgos llevadas a cabo por los estudiantes. Se encontró que al estar bajo el efecto del alcohol, los estudiantes tendían a disminuir el uso consciente del preservativo teniendo por ende mayor frecuencia de relaciones sexuales desprotegidos. Por otro lado, en este

estudio se encontró mayor disposición de los alumnos en general a la utilización del condón cuando se trataba de prácticas vaginales, y no tanto cuando se trataba de relaciones anales u orales, por lo cual se puede deducir que los jóvenes ven al condón como un método anticonceptivo, más que como método de barrera que los protege de ITS.

Otro ejemplo de como el uso de drogas incide en las prácticas sexuales de riesgo es el estudio realizado por Dembo, Blenko, Childs, Greenbaum y Wareham (2010), quienes analizaron diferentes factores involucrados con las conductas sexuales de riesgo de jóvenes recién encarcelados, entre dichos factores se encontraba el consumo de drogas como la marihuana y la cocaína, las cuales después del análisis se encontró que tenían una correlación con las conductas sexuales de riesgo (relaciones sexuales sin protección), lo importante a destacar es el hecho que la cocaína tuvo una relación más alta. Este par de estudios demuestran la existencia de una correlación entre el consumo de drogas y conductas sexuales de riesgo, sin embargo, esto no quiere decir que esta sea una relación determinate entre ambas variables.

Otro aspecto a tomar en cuenta cuando se habla de las conductas sexuales de riesgo y las consecuencias que estas traen consigo, es la edad del debut sexual, pues de acuerdo con Mendoza, et al. (2012) el iniciar una vida sexual en una etapa temprana de la vida (por ejemplo, la adolescencia), en la cual, el bajo nivel de conocimientos sobre las consecuencias que conlleva el realizar prácticas sexuales de riesgo, aumenta la probabilidad de ocurrencia de embarazos no deseados y así como del contagio de ITS.

Igualmente, Montalvo (2014) encontró que en una muestra de jóvenes cubanos de entre 11-16 años el uso del condón no era recurrente en sus prácticas sexuales, puesto a que más de 70% de la población hombres y mujeres sexualmente activos no había utilizado condón en sus últimas relaciones sexuales, además esta autora menciona que aproximadamente el 50% de la población muestra ya habían iniciado su vida sexual, y que las relaciones sexuales en estos era visto como algo fortuito y casual, siendo practicadas en ocasiones con personas las cuales acaban de conocer.

Además de lo mencionado, la perspectiva que se tenga hacia el uso del condón, y el uso de este en la primera relación sexual juega un papel muy importante, pues cuando se considera a que el uso de este como algo negativo, o algo correspondiente a un sector de la población las personas tienden a desvalorizar su utilidad. Por el contrario, se ha encontrado la existencia de una correlación positiva entre el uso del condón en la primera relación sexual con el uso adecuado en los siguientes encuentros sexuales, por lo cual se puede deducir que una visión negativa hacia el uso del condón, así como el no utilizarlo en el primer encuentro sexual están asociados a un déficit en el uso de este a futuro, exponiendo de esta forma a las personas a el contagio y transmisión de ITS y embarazos no deseados (Uribe, Amador, Zacarías & Villareal, 2012).

Autores como Montalvo (2012) y Rojas, Méndez y Montero (2016) mencionan que en la actualidad se puede notar un decremento en la edad de debut sexual de las personas, esto se comprueba debido a que en sus respectivos estudios señalan que en Cuba el 50% de los adolescentes de 17 años son sexualmente activos mientras que en Colombia el 27.9% de los adolescentes de 15 años han iniciado su vida sexual, de los cuales un alto porcentaje tiene encuentros sexuales sin protección.

Como se ha podido leer las conductas sexuales de riesgo pueden estar influidas por diversos aspectos como los son: la desinformación, el uso de sustancias, o el inicio temprano de una vida sexual, o el contexto en el cual las personas se desarrollan, pues algunos tienden a desarrollar en los individuos conductas sexuales de riesgo y con ello problemas de salud sexual, es por ello que en el siguiente apartado se hondara más sobre este tema.

1.3 Contextos de riesgo para la salud sexual

En el estudio de la salud sexual el interés se ha centrado en diversos tópicos, ejemplos de estos pueden ser las prácticas sexuales y las conductas sexuales de riesgo, los cuales han sido abordados en el apartado anterior, sin embargo, no son los únicos estudios que se han hecho,

es por ello que en el presente apartado se abordara el tema de los contextos que influyen generando riesgos para la salud sexual de los individuos.

Entre los primeros contextos que se encuentran asociados a las conductas sexuales de riesgo, es contexto familiar. Dado a que este núcleo es el origen del contacto interpersonal existente entre un individuo y la sociedad, esta se encuentra permeada por la estigmatización de las conductas, es decir, cual es una conducta propia de una mujer y cual es una conducta propia de un hombre, las cuales han sido interiorizadas de la cultura hacia la familia, es por ello que algunas poblaciones pueden ser consideradas como contextos que ponen en riesgo la salud sexual de las personas, esto debido a que la estigmatización de las conductas sexuales debido al género de las personas, el estudio realizado por Suárez, Sepúlveda, Niño y Vesga (2008) encontró que la estigmatización que se tiene sobre las conductas sexuales de ciertos grupos genera que las personas se comporten de acuerdo a este, un ejemplo de esto es que estos autores encontraron que es normal asociar la condición de poligamia al hombre y cuando esta sucede es vista de forma habitual, pues se ha internalizado esta condición, provocando de esta forma que los riesgos en la salud sexual se vean minimizados, esto debido a que se está actuando obedeciendo a un rol de género.

Además de lo antes mencionado, otros factores a la familia que pueden hacer de esta un contexto de riesgos son: la poca comunicación que existe dentro de ellas, esto a consecuencia de la ausencia de los padres y el estrato económico al cual pertenezcan pues mientras menor sea el ingreso económico es mayor la posibilidad de presentar conductas sexuales de riesgos, esto se debe a que tanto la información sobre temas sexuales aso como la formación escolar se ven limitadas (Figuroa & Figuroa, 2017; Caballero & Villaseñor, 2001).

Así mismo otro contexto el cual se puede considerar como vulnerable es el rural, pues el estudio realizado por Torres, Iñiguez, Pando y Salazar (2009) hace una comparación sobre la información acerca del VIH, las prácticas sexuales y la forma de prevención en las conductas sexuales de dos grupos de adolescentes, uno proveniente de una zona rural y otro de una zona urbana. Los datos encontrados por estos autores muestran que los jóvenes que se han desarrollado en una zona rural muestran una mayor desinformación sobre el

VIH/SIDA así como las formas de prevención de este en comparación a los jóvenes de la zona urbana, esto se explica debido a la poca apertura al hablar de estos temas que se presenta en estos lugares pues el tema de la sexualidad sigue siendo un tabú dentro de estas comunidades, además está la idea moralista y la estigmatización impide que la búsqueda de información por parte de los jóvenes sea de forma anónima y eficaz, generando de esta forma un contexto de riesgo en esta población.

Sumado a la anterior, una de las situaciones a las cuales se ven expuestas las personas que viven en una zona rural es al fenómeno migratorio, el cual genera otro factor de riesgo en este grupo el cual ha sido reportado por Rangel y Castoreno (2016) quienes reportaron que las mujeres cuya pareja ha migrado tienden a ser vulnerables debido a la percepción que ellas tienen sobre la posibilidad de perder a su pareja esto a consecuencia de un abandono, esto provoca que estas mujeres sean vulneradas en el acto sexual cuando tienen encuentros con su pareja, permitiendo relaciones sexuales sin protección, generando así una conducta sexual de riesgo en estas mujeres.

Finalmente, otro contexto que ha sido considerado como de riesgo para la salud sexual son los lugares que mantienen privados de la libertad a las personas, algunos de estos son las cárceles o los centros psiquiátricos, Mariño (2012) menciona que las personas que se encuentran en centros penitenciarios (cárceles) son consideradas como poblaciones vulnerables al VIH/SIDA, esto debido a las pobres condiciones de salud que se tienen en estos lugares. Pero por qué las comunidades de personas privadas de la libertad son más vulnerables ante el contagio, de acuerdo con la OMS (2016), Gough y Edwards (2009) y Adoga, et al. (2009) esto se debe al hecho de que las personas que se encuentran en estos contextos tienen conductas sexuales de riesgo generando de esta forma un foco de infección.

Además de esto, autores como Butler, Richters, Yap, y Donovan (2013) mencionan que existe poca disposición por parte de las autoridades a permitir el acceso de condones a este tipo de comunidades, justificando que la presencia de condones dentro los centros aumentaría en número de encuentros sexuales entre hombres, sin embargo, estos mismos autores reportan que el tener acceso a este método de protección no genera que haya un

aumento en la frecuencia de la conducta, sino que el impacto se ve en el hecho de que las personas los utilizan más, generando así una conducta de prevención.

En conclusión, existen contextos los cuales aumentan la presencia de conductas sexuales de riesgo y con ella la probabilidad de contagio de VIH, entre ellos contextos se pueden destacar, la familia, las comunidades rurales, comunidades migratorias y personas que se encuentran dentro de centros penitenciarios y centros de reinserción social, los cuales, debido a las pobres condiciones de salud, la poca información y las pocas oportunidades de intervención para fomentar una cultura sobre la salud sexual producen un aumento en el número de infectados de VIH.

2. PROBLEMAS DE SALUD SEXUAL

Como ya se ha abordado en el capítulo anterior, actualmente la tendencia de jóvenes que inician su vida sexual a edades más tempranas ha aumentado (Montalvo, 2012; Rojas, et al. 2016). Una edad precoz en cuanto al debut sexual, sumado a la desinformación, poco interés por usar condón y baja implementación de métodos anticonceptivos por parte de los jóvenes, así como otros factores a nivel social, familiar e individual, lleva a los adolescentes a iniciar y tener una vida sexual en la cual tendrán conductas sexuales de riesgo, lo cual repercute de forma directa en la salud de los individuos (Holguín, et. al., 2013; González, Rojas, Hernández & Fernández 2005). Es de las conductas sexuales de riesgo de las cuales surgen los problemas de salud sexual, el embarazo adolescente o no deseado y las ITS, temas sobre los que el presente capítulo tendrá su desarrollo.

2.1 Embarazo no deseado y abortos

Para comenzar el abordaje de los embarazos no deseados se debe aclarar que la prevalencia de estos se presenta entre el rango de edad compuesto entre los 15 a 20 años, aunque en ocasiones este rango de edad puede variar hasta los 10 a 19 años de edad, sin embargo, existe un consenso dado por diferentes instituciones el cual indica que el embarazo adolescente se presenta en los primeros dos años posteriores a la menarquia o primera menstruación, los cuales son considerados como embarazos adolescentes (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2017; Flores, Nava & Arenas, 2017).

Así mismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018c) menciona que el embarazo adolescente es un tipo de gestación que se presenta entre el periodo de vida comprendido entre los 15 y 19 años por lo cual se considera prematuro. Este tipo de embarazo aumenta el riesgo de muerte tanto de la madre y como del feto. Sin embargo, a pesar de las implicaciones y consecuencias a la salud que el embarazo adolescente puede tener en las

mujeres, este fenómeno ha incrementado en los últimos años, pues se estima que anualmente cerca de 15 o 16 millones de mujeres de entre 15 a 16 años de edad son madres (Mora & Hernández, 2015).

En cuanto a la prevalencia de este fenómeno en México, Menkes y Suarez (2013) reportan que en el 2008 la prevalencia de embarazos adolescentes era de 77 mujeres por cada mil, complementando el dato proporcionado por estos autores el INEGI (2017) menciona que durante los años comprendidos entre el 2011 y 2013 hubo una tasa de fecundidad adolescente de 77.4 embarazos por cada 1000 mujeres de edades entre 15 a 19 años, esta estadística parece seguir igual pues de acuerdo con la información que se encuentra en la página de clínicas de aborto en México DF (2018) 77 de cada mil embarazos corresponden a mujeres de entre 10 a 19 años de edad, por lo cual se puede establecer que el embarazo adolescente en México no ha aumentado desde el 2008.

Ahora bien, dado que en la mayoría de los casos los embarazos que se presentan en la adolescencia no son deseados, estos traen consigo diversas consecuencias. Una de ellas es la probabilidad de que se presente un periodo de depresión en la adolescente embarazada, esto debido a la etapa por la cual está pasando, la cual por sí misma está llena de cambios los cuales tienen que ser aceptados, sumado a esto el hecho de haberse embarazado en una edad temprana, así como el rechazo que puede sufrir por parte de sus círculos más cercanos o de la sociedad en sí, pueden desencadenar síntomas propios de la depresión, esto a causa de que por su temprana edad no se encuentran preparadas para asumir la maternidad. Además, las mujeres que enfrentan un embarazo en la adolescencia son individuos que aún se encuentran en desarrollo, y el hecho de asumir esta situación aun sin haber concluido su desarrollo biológico, social y psicológico genera en esta población conflicto sobre la posibilidad de asumir esta situación (Mora & Hernández, 2015; Flores, et al. 2017, Vinueza & Bello, 2018).

Un problema más al cual afrontan es el hecho de ver truncada su escolaridad, pues debido al embarazo y al poco apoyo que perciben por parte de las personas que las rodean estas tienen a abandonar sus estudios (Mora & Hernández; 2015). Esto desencadena otra consecuencia, derivado de la poca preparación que suelen tener las madres adolescentes

tienen a obtener pocas oportunidades para laborar, y las oportunidades que tienen que asumir trabajos cuya remuneración es menor en comparación a otras mujeres (OMS, 2018c).

Puesto que el embarazo adolescente es un problema de salud al analizar los elementos que influyen en la incidencia de este, diferentes estudios han encontrado que la prevalencia de este fenómeno se relaciona con los siguientes factores: personas que inician su vida sexual a edades prematuras, personas que tiene bajo nivel educativo, personas que conocen poco o nada sobre diversos métodos de planificación familiar, o el hecho de que una parte de estos embarazos sea la consecuencia de un abuso sexual sufrido, pues los autores encontraron que en ocasiones las adolescentes reportan haber tenido relaciones sexuales con hombres de edades superiores a las de ellas (Ariza, Valderrama & Ospina, 2014; Menkes & Suarez, 2003)

Las consecuencias a largo plazo que puede tener el embarazo adolescente es el hecho de que debido a las pocas oportunidades de crecimiento laboral que tienen las mujeres que enfrentan embarazos en la adolescencia y debido a que la mayoría de veces este fenómeno se presenta en estratos socioeconómicos bajos se tiende a perpetuar la pobreza en estas familias, además, existe la posibilidad de que los hijos de madres adolescentes repitan esta misma situación, volviendo este fenómeno un ciclo (Panduro, et. al. 2012)

Una de las alternativas a las cuales se enfrenta una adolescente o cualquier mujer que afronta un embarazo no deseado es interrupción del mismo, de acuerdo con la OMS (2018b) entre el 2010 al 2014 hubo un aproximado de 56 millones de abortos a nivel mundial, de los cuales casi la mitad (25 millones) se realizan sin las condiciones de seguridad adecuada lo que pone en peligro la vida de la mujer. Al analizar las razones que generan la existencia de abortos peligrosos se encuentra con el hecho de que existe países donde hay una legislación restrictiva hacia esta actividad, existe poca disponibilidad de este servicio, costos elevados, las personas encargadas de hacerlo no tienen la preparación adecuada, la estigmatización negativa que tienen el mismo. La suma de estos factores provoca que algunas mujeres que decidan interrumpir su embarazo por diversas razones pongan en riesgo su vida al realizar el aborto.

En cuanto al tema del aborto a nivel nacional en México, y de forma más específica en la Ciudad de México, desde abril del 2007 (fecha en la cual se legalizó el aborto en esta entidad) hasta el 9 de agosto del 2018, se han registrado aproximadamente 199, 230 abortos legales dentro de las clínicas de este estado. De esta cifra la mayoría de estos fue hecho utilizando medicamentos (152, 975), el resto se repartió entre aspiración y legrado Uterino Instrumentado, además la mayoría de estos se realizó antes de las 8 semanas de gestación (Interrupción Legal del Embarazo [ILE], 2018). Sin embargo, estos son los datos registrados sobre abortos de manera legal en México, por lo cual y como se mencionó existen abortos que se practican de manera clandestina y sin seguir las normas de seguridad adecuadas para llevarlo a cabo poniendo en riesgo de esta forma la vida de la mujer.

El embarazo adolescente o no deseado, así como sus consecuencias sociales, familiares, e individuales entre las cuales se encuentra la falta de oportunidad laboral, la deserción escolar, la probabilidad de que las madres adolescentes presenten depresión, y la posibilidad de muerte natal y la muerte de la madre y el aborto en condiciones de peligro son algunos de los problemas de salud sexual que se pueden presentar, sin embargo, no son los únicos también existen las ITS, las cuales se abordarán a más profundidad a continuación.

2.2 Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS)

Para comenzar el abordaje de este problema de salud y lo que implican las ITS se debe entender que este término hace referencias a diversas infecciones o patologías, las cuales pueden tener una etiología infecciosa diversa, pero cuya vía de transmisión es a través del contacto sexual (vaginal, anal u oral), aunque en ocasiones pueden existir otras vías de contagio por ejemplo: transmisión perinatal, por vía parental o por vía sanguínea (Díez & Díaz, 2011; Llorente, Cedeño, Guzmán & Fuentes; 2009; Cruz, Ramos & Gonzales, 2011).

De acuerdo con la OMS (2007) en la actualidad existen más de 30 agentes patógenos, bacterianos y víricos que se transmiten por vías sexuales. Debido a que el abordaje de todas estas ITS sería difícil, el trabajo se enfocará en la descripción de las siguientes: Sífilis,

Gonorrea, Herpes, Hepatitis B, y Virus del Papiloma Humano (VPH), Las cuales diversos autores han reportado como las más comunes (Díez & Díaz, 2011; Llorente, et al; 2009). A continuación, se hará una breve descripción cada una de ellas.

- Sífilis: Es una ITS provocada por el *Treponema paladium*, su contagio se da por el contacto directo entre genitales o por el contacto directo con las lesiones provocadas, aunque ocasionalmente esta también se puede transmitir mediante la vía materno-fetal. Esta infección se divide en cuatro estadios los cuales son la sífilis primaria, secundaria, latente y tardía o terciaría (Paredes & Roca, 2004, Comunion, 2018). A continuación, se describen las principales características de cada una de las fases.

La sífilis primaria se presenta a las dos o tres semanas después del contacto, sin embargo, sólo se hace presente cuando la concentración de treponemas es elevada, la característica de esta primera etapa es la aparición de úlceras llamadas chancro, el cual desaparece espontáneamente después de un tiempo, algunos autores reportan periodos comprendidos entre 15 a 30 días o de 3 a 12 semanas. La sífilis secundaria, se caracteriza por la aparición de placas mucosas al mismo tiempo también se presentan afectaciones a en la piel. La sífilis latente es un periodo variable entre la sífilis secundaria y terciaria en el cual no se presentan síntomas. Finalmente, la sífilis tardía se presenta aproximadamente entre los 8 a los 10 años, pero puede nunca presentarse, es en este estadio donde existe mayor daño cutáneo, daño en los órganos internos y daño neurológico, esta es la última fase y se mantiene hasta el fallecimiento de la persona (Paredes & Roca, 2004; Arévalo, Dahbar, Casco, Donatti & Allevato, 2012).

- Gonorrea: Esta es una ITS producida por la bacteria Gram- negativa diplococo *Neisseria gonorrhoeae*, las afectaciones principales de esta infección son: daño en la mucosa del útero, endocervix, el recto, la faringe, la principal vía de contagio es el contacto sexual directo (Arévalo, et al. 2012).
- Hepatitis B: Esta infección consiste en un proceso inflamatorio hepático, su evolución puede culminar en: hepatitis crónica y aguda cirrosis hepática, o en un carcinoma

primario hepatocular. La forma de contagia es a través del contacto directo con los fluidos como el semen o secreciones genitales, aunque en algunas ocasiones puede transmitirse por vía perinatal (Llorente, et al; 2009).

- Herpes simple tipo 2: Esta ITS se presenta por medio de lesiones en los genitales externos acompañados de prurito y en ocasiones puede presentar síntomas como ardor y comezón. Su evolución consiste en la desaparición espontanea de los síntomas, sin embargo, estos se presentan continuamente en relación a diversos factores como los pueden ser el estrés, traumatismos, menstruación, etc. (Álvarez, de la Torre & Domínguez, 2014).
- Virus del Papiloma Humano VPH: De acuerdo con Llorente, et al. (2009) el VPH es en la actualidad la ITS con mayor porcentaje de incidencia y desde hace algunos años su prevalencia se ha desplazado cada vez más a la adolescencia, sumado a esto el análisis de esta infección ha arrojado que existen hasta este momento más de 150 subtipos de VPH de los cuales algunos están asociados con la presencia de cáncer cervical. Las características que tiene esta infección son lesiones en vulva, útero, vagina, ano, lengua, pene, escroto, etc.

Para finalizar, las ITS en la actualidad son un serio problema de salud, esto debido a que muchas de ellas traen más consecuencias además del propio hecho de estar infectado. Como ya se había mencionado al inicio de esta apartado estas son las ITS de mayor incidencia en el mundo, sin embargo, aún falta hablar de una infección la cual se considera la más importante y la que mayores consecuencias trae consigo, Virus de inmunodeficiencia Humana o VIH, el cual se abordará en el siguiente apartado.

2.3 VIH y SIDA

Para iniciar el abordaje de lo que es el VIH y el SIDA habrá que entender las diferencias básicas que existen entre estos dos términos, el primero de ellos, el VIH hace referencia a el Virus de Inmunodeficiencia Humana, el cual es causado por un retrovirus que daña las células T CD4 del sistema inmunitario provocando de esta forma que este (el sistema inmunitario)

tenga un déficit en su funcionamiento, generando de esta forma la posibilidad de contraer alguna de las llamadas “infecciones oportunistas”. Por otro lado, el SIDA es el término que se utiliza para hacer referencia al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, el cual es el conjunto de síntomas, infecciones, cánceres u otras consecuencias generadas a partir de la evolución del VIH (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [ONUSIDA], 2008).

Los mecanismos por los cuales se presenta el contagio de esta infección de acuerdo con Chávez y Castillo (2013) es mediante las siguientes vías:

- Sexual: La transmisión se hace por el contacto con los fluidos o secreciones la infección, se puede presentar cuando existe una relación sexual sin protección, ya sea por vía vaginal, anal u oral.
- Contacto sanguíneo: Se da cuando existe el contacto con la sangre de una persona infectado y la herida o de otra persona, otra forma es por medio del uso de jeringas infectadas, este tipo de contagio es más frecuente en las personas que ingieren drogas inyectables.
- Vertical: Al hablar del contagio de VIH de forma vertical se trata de aquella transmisión que se da de madre a hijo a través del embarazo, del parto o al amantar al bebé, de estas situaciones la que mayor contagio presenta es el parto, sin embargo, para estas situaciones existe la alternativa del parto por cesárea.

Estos mismos autores mencionan que el contagio sólo se da cuando existe contacto con fluidos corporales que tienen una alta concentración viral, por lo cual las conductas tales como: besos, abrazos, caricias o el contacto físico no propician el contagio de la infección.

Al ser el VIH una infección que culmina con la presencia de un síndrome, esta presenta diversas etapas, aunque algunos autores difirieren entre el número exacto de etapas, todos concuerdan en que el final de la infección es el SIDA en la cual se presentan infecciones oportunistas dada la baja respuesta inmunológica producto del bajo conteo de células T CD4 (Ameli & Gutiérrez; 2007; Lamotte, 2004). Para esclarecer más la diferencia evolutiva del VIH en los siguientes párrafos se abordarán las etapas.

La primera etapa evolutiva del VIH ha sido nombrada como fase de infección aguda o retroviral por Lamotte (2014) o fase inicial por Chacón, et al. (2009), sin importar el nombre que los autores expongan durante esta etapa mencionan que se pueden presentar dos situaciones, la primera de ellas es que la persona que ha sido contagiada no presente ningún síntoma o por el lado contrario presente alguno de los siguientes síntomas: fiebre, erupciones cutáneas, náuseas, vómitos, diarrea, cefalea, etc. sin embargo, la presencia de estos síntomas no indican nada debido a que no son específicos para el diagnóstico, la sintomatología dura de un promedio de 8 semanas, otro aspecto importante a destacar durante esta primer etapa es el hecho de que no es posible detectar el VIH durante esta etapa pues las pruebas que se realizan arrojarán el resultado como negativo, no es sino hasta las 12 semanas después del contagio que se puede detectar la infección.

La segunda etapa evolutiva del VIH es un periodo de latencia caracterizado por la falta de síntomas que revelen la presencia de la infección, la duración de esta etapa puede ser variable sin embargo se ha reportado que puede llegar a durar hasta 10 años, siempre y cuando haya un tratamiento adecuado que permita al organismo del paciente responder ante la infección (Chávez & Castillo, 2013).

Es en la tercera fase es donde existe una pequeña variación entre lo propuesto por los autores pues Lamotte (2004; 2014), menciona que la tercera fase consiste en un periodo en el cual se pasa de no presentar síntomas a ya desarrollar el SIDA, esta fase sería podría denominar como una fase previa al síndrome, en la cual se presentan los primeros síntomas del mismo los cuales son: tos seca, sudoración nocturna, problemas digestivos, problemas dermatológicos, etc. y de acuerdo con este autor posterior a esta etapa es en la cual se presenta el SIDA. Por otro lado, Chacón, et al. (2009) mencionan que la tercera etapa es donde se presenta el síndrome como tal y la cual se caracteriza por la presencia de infecciones oportunistas que a postre llevarán a la muerte al paciente.

Un aspecto importante que ayuda a que la evolución del VIH sea más lenta y menos agresiva es la detección temprana de la presencia de esta infección, pues esta permitiría a las personas iniciar un tratamiento oportuno. Para la detección de VIH se han desarrollado

diversas técnicas entre las cuáles de acuerdo con García, Álvarez, Bernal, Chueca, y Guillot (2011) y Ospina (2006) son las siguientes:

- ELISA: Este tipo de técnica, en su cuarta generación permite la detección de antígenos p24 después de las 3 semanas de la infección, la efectividad de esta forma de detección supera el 99%, aunque en ocasiones se pueden presentar falsos negativos esto debido que la infección está en una fase inicial.
- Western Blot: Normalmente utilizado como prueba confirmatoria de la existencia de VIH, consiste en la separación de proteínas víricas con base a su peso molecular, esto mediante un proceso denominado electroforesis en gel de poliacrilamida y se transfieren a una membrana de nitrocelulosa sobre la cual se añade el suero, formando de esta manera bandas coloreadas que definen la reactividad en esta técnica. La interpretación de esta técnica es muy variada pues diferentes organismos toman la positividad en esta prueba con la presencia de dos bandas mientras que otros toman como positiva una muestra que presente tres bandas, sin embargo, la negatividad en esta prueba se toma en cuenta cuando no existe presencia alguna y en caso de haber presencia no superior a los estándares definidos se toma como indeterminada.

Ahora bien, al analizar la estadística sobre el número de personas infectadas por VIH a nivel global en el 2017 había un aproximado de 36.9 millones de personas infectadas, de las cuales 21.7 millones tienen acceso a un tratamiento, por otra parte, durante ese año 1.8 millones de personas contrajeron la infección (ONUSIDA, 2018). Estos son los datos a nivel mundial sin embargo al analizar la incidencia de esta infección en México se encuentran los siguientes datos desde 1983 hasta el 2016, se han reportado un total de 196, 227 casos confirmados de personas infectadas por VIH/SIDA, de los cuales 152, 787 siguen vivos, de ese total 78, 873 corresponden a SIDA el resto, o sea, 73, 914 son casos confirmados de VIH. A lo largo del 2017 hubo un total de 13, 883 nuevos casos detectados de los cuales 5,670 correspondían a SIDA y 8, 213 correspondían a VIH, durante el primer trimestre de 2018 se han detectado un total 2, 221 de nuevos casos de cuales 876 y 1, 335 corresponden a SIDA y VIH respectivamente (Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA [CENSIDA], 2018).

El estudio de la estadística sobre el VIH/SIDA indica que es una epidemia que va en aumento cada año y que no hay lugar en el mundo en el cual no se observe la presencia de esta infección, sin embargo, autores como Cruz, et al. (2011) y Canche, Canul, Suárez, de Anda, y González (2011) mencionan la existencia de factores los cuales potencializan la prevalencia de esta infección, entre los cuales se encuentran los biológicos, los conductuales y los contextuales. El interés se presenta en este último factor pues se ha demostrado que ciertos contextos aumentan el riesgo de las personas a contraer una infección, entre estos se encuentran las cárceles las cuales privan de la libertad a las personas lo cual convierte a la población de PPL en comunidades vulnerables al contagio del VIH y de otras ITS. Es debido a este último punto que el siguiente apartado ahondará más en la incidencia de las ITS en la población privada de la libertad.

2.4 Problemas de salud sexual en población privada de la libertad

Para comenzar el abordaje de este último apartado en el cual se hablará de la incidencia de las ITS en personas privadas de la libertad, se debe de tomar en cuenta lo expuesto en el primer capítulo, en el cual se hablaba de la existencia de contextos de mayor vulnerabilidad y que aumentaban la probabilidad de contagio en las personas, entre los cuales de acuerdo con Mariño (2012) se encuentran las personas en centros penitenciarios o cárceles en una condición en la cual su libertad se ve limitada, es también bajo estas condiciones que los servicios de salud que se les podrían brindar a estas personas se ven limitados, y por ello que el análisis de la prevalencia de diversas ITS resulta importante.

La primera infección de la cual se analizará su incidencia en Personas Privada de la Libertad (PPL) es la sífilis, la cual ha sido documentado por la OMS (2016) pues este organismo analizó el comportamiento de esta patología en una población de PPL de Uruguay encontrando que la prevalencia de esta era de .9% de la muestra total, la cual fue 832 PPL de un universo de 10,159 PPL. Por otro lado, el estudio hecho para investigar la prevalencia de la sífilis en PPL realizado por Cárcamo, et al. (2003) analizaron la incidencia de esta

infección en una muestra de 6,963 PPL, los resultados de esta investigación muestran la prevalencia de esta infección en el 4.1% de la muestra. Finalmente, Valiente, Hernández y Sánchez (2016) reportan que la incidencia de sífilis en un centro penitenciario de Cuba durante los años 2006 y 2007, donde encontraron había 34 personas infectadas de sífilis durante el 2006 en dicho centro penitenciario.

Por otra parte, al estudiar la prevalencia de la gonorrea en PPL, se ha encontrado que no es una ITS tan común en esta población, pues en una población femenina compuesta por 168 mujeres de un centro penitenciario de Perú, a las cuales se les realizaron exámenes clínicos para detectar la presencia de diversas infecciones no se encontraron personas infectadas de esta ITS (Garaycochea, et al. 2013). Además, en un estudio hecho con una población masculina integrada por 100 participantes se encontró que la prevalencia de la gonorrea en este tipo de población es de 1% (Gaviria, Lastre & Trejos, 2015). Por los datos antes mencionados se puede deducir que en la población privada de la libertad la gonorrea es una de las ITS con menor prevalencia.

Al analizar la incidencia de la Hepatitis B en PPL Gaviria, et al. (2015) reportan que esta es del 2% en una población de 100 personas. Por otra parte, Bórquez, et al. (2017) reportan la prevalencia de esta en 2.9 % (4 de personas), en una población de 140 individuos de un centro de detención preventiva en Chile, cabe señalar que de estas cuatro personas una de ellas presentaba una otra ITS, la cual era sífilis.

La investigación realizada para conocer la incidencia del Herpes simple 2 ha sido reportada por Garaycochea, et al. (2013) quienes indican que en una población de mujeres compuesta por 180 personas se encontró que 3 (1.7%) estaban infectadas con esta ITS, esta es una de las infecciones con menor porcentaje de incidencia en este tipo de población.

La prevalencia del VPH en mujeres privadas de la libertad ha sido documentada por Canche, et al. (2011) los cuales en una muestra de 82 individuos encontraron que 17 mujeres (20.7%) presentaban algún tipo de este virus. Este dato indica que esta infección es la de mayor prevalencia en PPL.

Al examinar los estudios que se han hecho sobre la incidencia de VIH en PPL, estos muestran que la prevalencia del VIH en esta población es de las más altas al hablar de ITS, pues estudios como los de Bórques, et al. (2017) reportan que en una población muestra de 140 individuos chilenos, 19 fueron detectados con alguna ITS, de los cuales 8 (5.7%) correspondieron a VIH. Sumado a esto la OMS (2016) reporta un total de 131 (1.3%) infectados con esta ITS en una población de 832 PPL de Uruguay. Otros autores que también mencionan la incidencia de VIH en población privada de la libertad son Cárcamo, et al. (2003) quienes mencionan que de una muestra total de 6963 PPL peruanos en el año 1999 fueron confirmadas 79 personas como VIH positivos, en una población peruana de igual forma, pero en mujeres Garaycochea, et al. (2013) encontraron que en una muestra comprendida por 180 PPL 4 de ellas, o sea el 2.2% fueron identificadas como VIH positivo.

El estudio hecho por Gough y Edwards (2009) identifico en una muestra beliceña de 623 hombres privados de la libertad 25 fueron detectados con VIH lo cual corresponde al 4%. Así mismo, Adoga, et al. (2009) reportan una prevalencia de 54 personas (18%) con VIH de una muestra de 300 PPL en una prisión nigeriana, siendo esta una de las tasas más altas de infección que se puede encontrar en este tipo de población. Los resultados descritos por Nelwan, et al. (2010) indican que la prevalencia del VIH en una prisión indonesia es 46 individuos en una muestra conformada por 639 hombres privados de la libertad lo cual indica que un 7.2% de hombres en esa prisión están infectados con VIH.

En conclusión, es debido al contacto sexual desprotegido que las personas privadas de la libertad tienen en este tipo de centros lo que las vuelve una población vulnerable, sumado a esto la poca disponibilidad que tienen a estos métodos (disponibilidad del condón) dentro de contextos no beneficia la salud sexual de estas personas generando de esta forma una probabilidad más alta de contagia en esta población. Es por esta razón que el desarrollo del siguiente capítulo se centrara en el abordaje de factores que aumentan la probabilidad de que las PPL usen condón en sus relaciones sexuales, ya sea dentro o fuera de los centros penitenciarios, generando de esta forma un impacto positivo en la salud sexual de esta población.

3. VARIABLES ASOCIADAS AL USO DEL CONDÓN EN POBLACIÓN PRIVADA DE LA LIBERTAD

Como se ha mencionado las ITS, y en especial el VIH es considerado como un problema de salud pública, debido a que en la actualidad el número de personas infectadas es aproximadamente 36.9 millones de personas a nivel mundial (ONUSIDA, 2018). Es por este motivo que se han desarrollado modelos los cuales sirven para identificar factores asociados al contagio del VIH, así como la implementación de estos para la reducción de las conductas de riesgo, entre los cuales se encuentra el modelo la conducta planeada desarrollado por Ajzen y el Modelo de Información-Motivación-Habilidades conductuales (IMB por sus siglas en ingles) el cual fue propuesto por Fisher y Fisher (1992, como se citó en Espada, Morales, Guillén, Ballester & Orgilés, 2016). A continuación, se hablará de estos dos modelos debido que estos han mostrado tener un grado de efectividad cuando se tratada de plantear intervenciones dirigidas a la prevención del VIH, sin embargo, se profundizará más en el modelo IMB propuesto por Fisher y Fisher (1992) debido a las variables de interés de este trabajo.

En el modelo de la conducta planeada de acuerdo con la revisión hecha por Trafimow (2009); Barra, (2001); Páez, Ubillos, Pizarro y León (1994) sobre los planteamientos del mismo, se establece que la intención por realizar una conducta es el resultado de la interacción de tres variables las cuales son: la actitud hacia la conducta, la cual está en función de la estimación y evaluación de las consecuencias que la conducta tendrá; la norma subjetiva, la cual se entiende como la motivación generada a partir de la evaluación que un grupo de personas hace sobre la conducta a realizar, y finalmente el control que el individuo percibe sobre la acción a llevar a cabo, esta depende de la estimación del grado de control que se tendrá y de si se cuenta con las habilidades para realizar dicha conducta. Los planteamientos de este modelo indicarían que, a mayor presencia de estas variables, mayor será la intención de los sujetos por realizar diversas conductas las cuales beneficiarían su salud. Por ejemplo, para que una persona use condón en sus relaciones sexuales dependerá

de la intención que el individuo tenga por realizar esta acción, esta intención puede estar mediada por diversas variables, los trabajos realizados por Gallegos, Villaruel, Loveland-Cherry, Ronis y Zhou (2008); Díaz-Loving y Rivera (1995) reportan que la intención conductual hacia el uso del condón en las relaciones sexuales está mediada por las variables como las creencias conductuales (el control de impulsos, habilidades percibidas sobre la conducta a realizar y control que se tenga sobre la situación), la norma subjetiva, variables que se incluyen en el modelo propuesto por Azjen.

También se encuentra el modelo IMB propuesto por Fisher y Fisher (1992) y trabajado por autores como Espada, et al., (2016); Bahrami y Zarani (2015), el cual establece que la información, es decir, el nivel de conocimientos que las personas tengan sobre el VIH/SIDA y los métodos de protección; la motivación la cual puede ser entendida como las actitudes que se tienen hacia el condón, creencias, sentimientos, etc., y las habilidades conductuales con las que las personas cuentan para llevar a cabo una acción que les permita prevenir el contagio de VIH son variables importantes para generar patrones de conducta saludables.

Es de este último modelo, y de sus componentes sobre los cuales se desarrollará el presente capítulo, pues existe evidencia que al implementar este modelo en diferentes sectores de la población se obtienen resultados positivos que benefician la prevención del VIH. Ejemplos de las aportaciones a la prevención de la salud sexual desde el modelo IMB se encuentran en los estudios de Cornman, Schmiege, Benziger, Bryan y Fisher (2007) quienes reportaron un aumento en la autoeficacia percibida en las habilidades conductuales, así como una mayor intención hacia el uso del condón en sus relaciones maritales, esto en una población de conductores después de implementar un programa de intervención desarrollado con base al modelo IMB. De igual forma Liu, et al. (2014) investigaron sobre la eficacia de este modelo en una población de jóvenes universitarios encontrando que la motivación tiene una relación directa con las habilidades conductuales las cuales repercuten de manera directa en las conductas de prevención. Por lo cual a continuación se analizará la forma en la que la información y la comunicación se relacionan e inciden en la prevención de conductas de riesgos que derivan en el contagio del VIH.

3.1 Información

De acuerdo al modelo IMB, la información es uno de los factores principales para la prevención del VIH, Barra (2001) menciona que en correspondencia al modelo IMB la información es equivalente a un prerrequisito para instaurar y mantener una conducta de salud, pues cuando existe desconocimiento suelen existir conductas de riesgo que propagan el contagio del VIH. Partiendo del hecho de que la información es un requisito indispensable para que existía una conducta de prevención se han realizado diversas investigaciones que reportan el efecto de esta en las conductas de prevención del VIH.

Dado a que el desconocimiento del VIH, sus consecuencias y las formas de contagio y prevención parecen ser una de las principales causas de su contagio se han realizado estudios que demuestran que el desconocimiento sobre las ITS, el uso del condón, así como las conductas de riesgo se debe a la poca información que se brinda a las personas, un ejemplo de esto es lo reportado por Arrúe, Duvergel, Tito, Divó y González (2013) y Mariño y Santoya (2013) los cuales en sus respectivos estudios indagaron el nivel de conocimiento sobre diversos temas entre los cuales se encontraban las ITS, los métodos de protección, conductas de riesgo, vías de infección del VIH y consecuencias del mismo, estos estudios revelaron el bajo nivel de conocimientos que las poblaciones de estudiantes pueden tener sobre estos temas, los cuales pueden llegar a ser deficientes al hablar de la salud sexual y el cómo evitar el contagio de ITS, en especial el VIH.

Sumado a lo antes mencionado, los trabajos realizados por Fdragas (2012) y Castro (2010) los cuales al igual que los autores antes citados decidieron indagar sobre el nivel de conocimientos de adolescentes sobre el ITS y VIH, además de la percepción de la eficacia del condón, encontrando que el nivel de conocimientos era el adecuado aunado a esto los jóvenes percibían la eficacia del uso del condón como método para prevenir las ITS como alta. Por lo cual, a partir de estas investigaciones se puede inferir que las conductas de riesgo, así como el poco conocimiento sobre métodos anticonceptivos y formas de prevención del VIH puede asociarse con la poca o nula información que las personas pueden llegar a tener lo cual potencia la posibilidad de contagio del VIH. El hecho de que la población muestra haya

sido estudiantes evidencia la poca información sobre sexualidad y salud sexual que se brinda en algunos centros educativos y en la familia. Dado a que la información es considerada como un prerrequisito para el establecimiento de conductas preventivas en relación al VIH a continuación se hará una revisión sobre cuál y como ha sido el impacto de este factor en la generación de conductas preventivas en diversas poblaciones.

La información sobre el VIH y su relación predictiva hacia el uso del condón ha sido investigada por Bermúdez, Herencia-Leva y Uribe (2009) quienes en su trabajo encontraron que la variable de conocimientos sobre el VIH, es decir, la información, se relaciona de manera positiva con el uso de condón ya sea con parejas estables o parejas ocasionales, esto en una muestra de adolescentes colombianos. Por otra parte, al hablar de la información se toman en cuenta diversos componentes, uno de ellos es el conocimiento sobre formas de contagio y formas de prevención, así como, los riesgos de tener una relación sexual desprotegida, las cuales pueden servir como factores determinantes en el uso de condón (Espada, et al. 2016). Esto como consecuencia del hecho de que las personas al conocer toda la información necesaria sobre el VIH se pueden percibir como personas en riesgo de contraer una ITS en caso de no usar condón, es por ello que la percepción de riesgo realista que las personas logran obtener una vez que han sido informadas sobre las formas de contagio, así como las maneras de evitar el contagio causan un impacto el cual puede predecir el uso del condón en ellas (Cunill, Gras, Planes & Serda, 2012).

Sumado a lo anterior, la información no sólo debe de impactar en el hecho de que las personas usen condón, sino que lo usen de manera adecuada y consistente, en esto consistió el trabajo realizado por Oliveira, et al. (2012) quienes en una población femenina compuesta por 155 mujeres privadas de la libertad reportaron que el conocimiento sobre el condón masculino y femenino eran considerablemente bajos pues solo 35 mujeres (22.6%) mostraron tener un adecuado conocimiento sobre el condón masculino, es decir, cuáles eran los beneficios de usarlo el evitar ITS así como embarazos no deseados, por otra parte, al hablar del condón femenino solamente 11 poseían un conocimiento adecuado sobre este. Cuando se analizó la consistencia en el uso del condón solamente 31 mujeres reportaron el haber usado en condón en todas sus relaciones sexuales desde el momento en que iniciaban hasta el

momento en el que terminaban, por lo cual se puede inferir que los conocimientos que las personas tengan sobre el condón, su uso y sus beneficios tienen un impacto en la consistencia que se tenga sobre su uso.

Así mismo, el trabajo realizado por Mariño (2012) enfoca su interés en estudiar el nivel de conocimientos que tiene una población privada de la libertad y como este se relaciona con el uso del condón, los resultados reportados por este autor indican que la mayoría de la población solo conocía una vía de infección, además la mayoría de las personas que participaron en el estudio indicaron no usar condón en la mayoría de sus relaciones sexuales, la conclusión a la cual el autor llega en su trabajo es que la falta de información que existe en este tipo de contexto genera en las personas conductas de riesgo al no estar sensibilizados sobre el problema que representa el VIH.

Con base en lo mencionado, se debe de entender que la información a veces no es suficiente para generar conductas preventivas en las personas, y esto es demostrado por Mazo, Domínguez y Cardona (2014) quienes en su estudio investigaron el nivel de conocimientos sobre diversas ITS y el VIH, así como, la utilización del condón en una población de estudiantes colombianos de edades entre 15 a 20 años, encontrando que los niveles de conocimiento eran adecuados, sin embargo, un alto porcentaje de ellos considera que es correcto el coito sin condón cuando se tiene una pareja estable, por otro lado consideran que el condón disminuye el placer, además de que ellos no se percibían en riesgo de contraer un ITS, debido a que piensan que las personas con mayor riesgo son las trabajadoras sexuales y hombres que tienen sexo con otros hombres. Otro trabajo el cual encontró resultados similares ha sido Liu, et al. (2014) quienes no encontraron una relación entre la información y las conductas preventivas del VIH (uso del condón) en una población de estudiantes con edades comprendidas entre los 16 años hasta los 25 años. Estos resultados muestran que en algunas poblaciones la información que tienen sobre el VIH es buena, pero esto no asegura que usen condón en todas sus prácticas, por lo cual se puede pensar que existen otros factores que median esta conducta. Entre estos se pueden incluir los otros factores que integran el modelo IMB, es decir la motivación o las habilidades conductuales, estos dos serán abordados en los siguientes apartados del presente capítulo.

3.2 Motivación

El segundo componente del modelo IMB es la motivación, la cual de acuerdo con Fisher y Fisher (1992) es entendida como la actitud y la intención que se tienen hacia la prevención del VIH, además de esto la motivación también está compuesta por la norma social la cual es la evaluación que un grupo de persona hace sobre una conducta específica, por ejemplo, entre mejor sea esta evaluación que las personas de un grupo hagan sobre el uso del condón mayor será la disposición de las los individuos dentro del grupo para usar el mismo y finalmente, el ultimo componente de la motivación autoeficacia en el uso del mismo. Es desde la base propuesta por los autores antes mencionados que diversos autores han tratado de analizar la relación existente entre la motivación de las personas y el uso consistente del condón

El componente motivacional del modelo IMB el cual puede ser comprendido como cualquiera de sus componentes los cuales son: la autoeficacia, la intención y la actitud hacia el uso del condón y las ITS, así como, la norma social; o como relación que tiene que haber entre estos, ha sido estudiada por diversos autores. Un estudio el cual analiza la relación que existe entre uno de los componentes de la motivación, el cual fue la actitud hacia el uso del condón, y la autoeficacia en la prevención del VIH/SIDA el cual es entendido como el decir que no al tener relaciones sexuales en diferentes situaciones y el uso del condón es el realizado por Del Castillo, et al. (2012) quienes reportan que la actitud positiva hacia el uso del condón está relacionada con la autoeficacia en la prevención del VIH, es decir, mientras las personas perciban el condón como un método seguro, el cual no disminuye la estimulación, se tendrán mayores conductas de prevención.

Otro trabajo en el cual se analizó la influencia de las actitudes hacia el uso del condón y como este factor repercute en la consistencia en su uso fue el realizado por Oliveira, et al. (2012) quienes estudiaron cuales eran las actitudes hacia el uso del condón de mujeres privadas de la libertad, cuando estas tenían diversas prácticas sexuales (vaginales, anales y orales), los resultados demostraron que las mujeres tenían actitudes positivas hacia el uso del condón cuando tenían relaciones sexuales vaginales, sin embargo, cuando se tenían por vía

anal u oral estas actitudes disminuían, esto debido a que no las percibían como riesgosas, siendo esta última vía la que menos actitudes positivas hacia el uso del condón tenía. Los autores mencionan que un aspecto a trabajar es el hecho de que las personas perciban cualquier tipo de relación sexual como peligrosa ante el contagio del VIH, pues cuando las personas no perciben este riesgo tienden a tener conductas sexuales riesgosas.

Sumado a lo antes mencionado, la actitud hacia el uso del condón se puede ver influenciada por diversos factores entre los cuales se encuentran: el hecho de contar con una pareja sexual estable, el percibir un menor placer cuando se usa condón, el considerar que otros grupos sexuales son más vulnerables por la condición social, por la orientación sexual o por ejercer la prostitución (Mazo, et al., 2013).

Dado que las actitudes hacia el uso del condón no es el único componente de la motivación desde el modelo IMB también se han realizado trabajos los cuales han considerado los otros componentes de la motivación, ejemplos de estos son los realizados por Espada, et al. (2016); Liu, et al (2014) y Pitpitan, et al (2015) reportan que la motivación y sus componentes los cuales para estos estudio fueron: las actitudes hacia el uso del condón, la norma social, la intención de usar condón, la percepción de riesgo hacia el contagio de una ITS y/o un embarazo no deseado, están significativamente relacionados con las habilidades conductuales las cuales se relacionan positivamente con la frecuencia en el uso del condón, por lo tanto, se puede establecer que entre mayor motivación exista mayor será la habilidad conductual percibida por las personas lo cual repercutirá en la frecuencia en la que las personas utilizan el condón. Estos trabajos toman a la motivación como un factor que indirectamente influyen en las conductas de protección, ya que, la motivación a través de las habilidades conductuales incide en el uso del condón.

El efecto de la motivación también ha sido estudiado por Bahrami y Zarami (2015) quienes reportaron que la motivación y las conductas sexuales de riesgo tienen una relación inversa significativa, es decir que a mayor motivación las personas tienden a tener menores conductas sexuales de riesgo, en otras palabras, tener relaciones sin uso del condón, o bajo la influencia de sustancia. Además de esto, estos autores realizaron una regresión lineal en la

cual encontraron que para una población de adolescentes la motivación es el segundo predictor del uso del condón, solo detrás de la percepción del riesgo.

En resumen, la motivación es un factor importante en la promoción de conductas saludables en las poblaciones, pues es debido a las percepciones sobre el uso del condón, la intención hacia su uso que se puede lograr que las personas aumenten su uso del condón previniendo de esta forma contagios de ITS.

3.3 Habilidades conductuales

Debido a que la información y la motivación en ocasiones no son suficientes para la promoción de conductas de salud sexual, el planteamiento del modelo IMB considera de igual forma las habilidades conductuales. Desde esta concepción del fenómeno se cree que para lograr la promoción de conductas saludables en las personas se requiere desarrollar habilidades, entre las cuales se consideran fundamentales la comunicación y la negociación del uso del condón. La importancia de esto se debe a que en muchas ocasiones la comunicación dentro de la pareja sobre diversos temas de sexualidad es poca, lo cual genera la probabilidad de que se presenten conductas de riesgo. Este hecho se evidencia con el estudio realizado por Lara, Cianelli, Ferrer, Bernales, y Villegas (2008) en el cual se demostró el bajo nivel de comunicación existente en las parejas sobre temas correspondientes al VIH, la prevención del mismo y el uso del condón en las relaciones sexuales. La baja comunicación existente entre las parejas sobre este tema podría la causa de que se presenten conductas sexuales de riesgo, es por ello que resulta importante el estudio del impacto de este factor en el uso del condón.

Sobre este postulado se han realizado investigaciones que tratan de identificar la forma en la que la comunicación se relaciona con el uso y consistencia en su uso, entre estos estudios se encuentra el realizado por Jiménez (2010) en el cual se reportó el efecto de la comunicación en la sexualidad de las parejas, destacando que los adolescentes que tienen una mayor comunicación sobre los siguientes temas: el uso del condón, embarazos, la planeación

de las relaciones sexuales; presentan un estilo de negociación del uso del condón más adecuado, lo cual impacta en el uso de este en las relaciones sexuales y la prevención de ITS y embarazos no deseados. De igual forma, Uribe, Andrade, Zacarías y Betancourt (2012) y Uribe, Aguilar, Zacarías, y Aguilar (2015) reportan en sus investigaciones la identificación de factores predictores asociados al uso del condón en hombres y mujeres, entre los cuales la “asertividad sexual” entendida como la “habilidad de para comunicar de forma oportuna y directa a la pareja la necesidad de usar condón durante la relación sexual” (pp. 81 y 1908 respectivamente) resultó ser una de las variables predictoras del uso del condón tanto en hombres y mujeres, pues la capacidad de expresar los deseos de protección ante la pareja generan en las personas conductas preventivas en la población.

Por su parte, el impacto de las habilidades conductuales (entre las cuales se encuentra la comunicación) en el uso consistente del condón se ha reportado en el estudio realizado por Robles, et al (2006) quienes evaluaron el impacto de una intervención basada en desarrollar habilidades conductuales como lo son: la comunicación, la negociación y el uso correcto del condón en una población de universitarios, los resultados de esta intervención muestran una mejoría en el uso correcto del condón, la cual se asoció con el uso consistente del mismo. Además, esta investigación reconoce que la habilidad para usar correctamente el condón se relaciona de manera positiva con la habilidad de negociación del mismo, es decir, las personas que saben usar de manera correcta el condón tienen una mayor habilidad de negociar su uso en las relaciones sexuales. Por último, habrá que establecer que el impacto de la comunicación en este estudio no es tan claro, los autores mencionan que esto se debe a que las sesiones dedicadas a desarrollar dicha habilidad no fueron las necesarias pues esta competencia es difícil de adquirir.

De igual forma, el estudio realizado por Sánchez, Enríquez y Robles (2015) reportan algo parecido, pues en una muestra de adolescentes privados de la libertad no se mostró que la comunicación fuese un factor importante para usar consistentemente el condón, sin embargo, el estilo de negociación si lo fue, siendo que las personas que tienen un estilo de colaboración-equidad con sus parejas utilizan el condón de manera más consistente en sus relaciones sexuales. Finalmente, estos autores no descartan que el entrenamiento en

habilidades de comunicación y estilos de negociación pueda incidir en la promoción de conductas sexuales preventivas.

A manera de conclusión se puede establecer que la información, la motivación y las habilidades conductuales por sí solas no son suficientes para lograr un cambio conductual en las personas, pues los trabajos revisados indican que el efecto predictivo que cada uno de estos factores tiene por sí solo no logra un cambio significativo, sin embargo, cuando se analiza el efecto que estos tres componentes de forma conjunta se pueden crear intervenciones que reduzcan de manera significativa las conductas sexuales de riesgo en las personas.

3.4 Factores contextuales asociados a la conducta sexual

Como ya se ha mencionado en la actualidad existen factores los cuales inciden de diversas maneras en la conducta sexual de los individuos, entre los factores que más se han estudiado se encuentran aquellos que están dirigidos a explicar el por qué los adolescentes han disminuido la edad de inicio de su vida sexual, es desde esta interrogante que Crooks y Baur (2009) analizan diversos estudios en los cuales se identifican diversos factores que predisponen que los jóvenes inicien su vida sexual, entre los cuales se encuentran: La pobreza, conflictos familiares, familias reconstruidas, falta de supervisión de los padres, abuso de sustancias, bajo rendimiento escolar, baja autoestima, asociación con grupos delictivos, haber sido víctima de abuso sexual, etc.

Ahora bien, Holguín et al. (2013); González, et. al.(2005); Chávez y Álvarez (2012) y Caballero y Villaseñor (2001) reconocen que otro factor que influye en inicio de la vida sexual en los adolescentes es el sexo, pues estos autores encontraron que los varones tienden a iniciar su vida sexual antes que las mujeres, lo cual repercute en el número de parejas sexuales que tendrán en su vida, Además, las investigaciones realizadas por dichos autores indican que los factores que inciden en el inicio de la actividad sexual pueden presentarse en diferentes niveles los cuales son:

- Individual: el consumo de drogas, bebidas alcohólicas y el bajo nivel académico.
- Familiar: el no recibir información sobre temas sexuales en la familia, la aprobación de ciertas conductas sexuales y la permisividad de las mismas.
- Cultural: el bajo nivel socioeconómico, la presión por los pares por iniciar una vida sexual, el hecho de vivir en una zona urbana, la religión, los roles de género correspondientes a cada sociedad y la información recibida por los medios de comunicación y por los maestros.

Asimismo, el contexto en el que se desarrollan las personas parece ser de suma importancia cuando se trata de factores que inciden en el inicio de la vida sexual, pues la baja supervisión paterna está relacionada con un inicio temprano de las conductas sexuales, como el coito, sin embargo, no solo la baja supervisión paterna está asociada al inicio precoz de las prácticas sexuales, sino que también la percepción que los jóvenes tengan de las relaciones sexuales puede afectar, esto debido al hecho de que cuando estas son vistas como un modo de pasarlo bien, o como una conducta que es común entre el círculo social de los individuos las personas tienden a internalizar que es algo que deberían de hacer (Ruíz, et al., 2012).

Los factores antes mencionados han sido asociados al inicio de una vida sexual temprana, sin embargo, también existen otros factores que influyen en la conducta sexual de los individuos. Entre dichos factores se encuentran las estrategias de afrontamiento, de acuerdo con Gonçalves, Castellá y Sandra (2007) cuando los adolescentes varones emplean menos estrategias de afrontamiento ante el hecho de usar o no condón estos tienden a presentar una mayor frecuencia de conductas de riesgo, pero cuando estos emplean alguna de estas tienen a tener conductas preventivas. Por su parte el trabajo realizado por Bárcenas, Robles y Díaz-Loving (2013) expone además de los factores ya mencionados, que la comunicación que los adolescentes tengan con sus madres sobre temas como embarazos y ITS, así como la autoeficacia que ellos perciban con la capacidad de utilizar condón es un indicador importante para la prevención de conductas de riesgo. Por lo tanto, a partir de lo encontrado por estos autores se entiende que el desarrollar estrategias de afrontamiento como lo pueden ser: la búsqueda de información, el apoyo social, la búsqueda de apoyo profesional, la resolución de problemas, acción social, entre otros, así como la autoeficacia percibida en

la capacidad de usar correctamente un condón tendrían un impacto importante en las personas puesto que esto incidiría en las conductas sexuales.

Sobre esta línea habría que agregar también lo mencionado por Crooks y Baur (2009) quienes mencionan que jóvenes que inician su vida sexual a edades tempranas suelen presentar una noción denominada como “fabula personal”, la cual aumenta el riesgo de que los adolescentes tengan conductas sexuales de riesgo, pues a pesar de que tengan información sobre diversas ITS y sobre embarazos no suelen protegerse debido a que piensan que no corren peligro de ellas.

En conclusión, existen factores los cuales están asociados a conductas sexuales de riesgo y/o conductas preventivas, entre estos se encuentran la información, la motivación, las habilidades conductuales, factores contextuales, la baja percepción que los individuos tienen de contraer una ITS. Es por ello que se han realizado diversos trabajos, con el fin de determinar cuál es el impacto de estos factores en la incidencia y la consistencia del uso del condón, dichas investigaciones han mostrado resultados diversos, pues la información, la motivación y las habilidades conductuales tienen un impacto importante en el uso del condón, siempre y cuando el nivel de estos factores sea alto. Por el contrario, cuando estas variables se estudian de forma aislada no parecen ser determinantes, es por este motivo que resulta importante tomar estos tres factores, los cuales componen el modelo IMB propuesto por Fisher y Fisher. Finalmente, los trabajos que se han realizado con población privada de la libertad no han arrojado datos concretos sobre cuales variables tienen un valor predictivo en el uso del condón en dicha población, debido a esto el interés del presente trabajo se enfocará en analizar cuál es el impacto predictivo de las variables que propone el modelo IMB en el uso del condón en hombres privados de la libertad.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

4.1 Justificación

Debido a que en la actualidad el VIH es considerado como un problema de salud pública, consecuencia de su alto nivel de incidencia a escala global, pues esta infección afecta aproximadamente 36.9 millones de personas en el mundo. Complementado la estadística, el número de contagios reportados anualmente sigue en aumento, ya que, en el 2017 se estima que aproximadamente 1.8 millones de personas fueron diagnosticadas con esta infección (ONUSIDA, 2018).

Teniendo en cuenta el alto número de personas que han sido diagnosticadas con VIH, y que esta estadística sigue aumentando, se han generado intervenciones para la prevención de nuevos contagios, esto a través de modelos que promueven la salud sexual; mediante la generación de pautas de comportamiento preventivo, principalmente sobre el uso del condón. Uno de estos modelos es el propuesto por Fisher y Fisher (1992), en el cual se considera que para lograr una adecuada prevención del VIH se deben de considerar tres factores importantes, los cuales son: la información, la cual debe estar dirigida a proporcionar conocimiento sobre lo que es el VIH, formas de contagio y maneras de prevención, funciona como un prerrequisito para generar conductas saludables en las personas; motivación, desde este modelo es entendida como la actitud y la intención que se tiene hacia la prevención del VIH, que está integrada por la norma social, que hace referencia a la evaluación que un grupo de personas tiene sobre la conducta que se ha de realizar, es decir, mientras más personas piensen que usar condón es positivo esto tendrá un impacto favorable en el uso del mismo, y finalmente; las habilidades conductuales, entre las cuales se encuentran la negociación del uso del condón, comunicación y la habilidad para usarlo correctamente, pues a mayor presencia de cada uno de estos factores las personas presentaran una mayor frecuencia de conductas preventivas ante el VIH.

Es desde este modelo, que se han planteado diversos estudios que buscan comprobar la relación existente entre los factores antes mencionados y el uso del condón. Algunos ejemplos de estos trabajos son los realizados por: Bermúdez, et al.(2009); Cunill, et al.(2012); Espada, et al. (2016); Uribe, et al.(2012); Uribe, et al. (2015); Liu, et al. (2014) y Mazo, et al. (2014), sin embargo, estos trabajos se han realizado en poblaciones cuyo estatus de acuerdo con ante una posible infección del VIH no es tan vulnerable como aquellas poblaciones que se encuentran privadas de la libertad, ya que, debido a su situación tienden a enfrentarse a condiciones pobre de salud, además del hecho de que dentro de estos contextos la presencia de relaciones sexuales sin protección y la poca accesibilidad a condones aumenta el riesgo de contagio en estas poblaciones (Mariño, 2012; Gough & Edwards, 2009; Adoga, et al., 2009) .

Es por ello que, partiendo desde la preocupación existente a partir del incremento en el número de contagios del VIH que existen, y desde la evidencia aportada por los trabajos realizados con base en el Modelo IMB, y tomando en cuenta que existen factores que potencian el contagio de esta infección entre los cuales de acuerdo a Adoga, et. al. (2009), Edwards (2009) Butler, et al. (2013) se encuentra el hecho de pertenecer a una de las comunidades que se encuentren bajo reclusión, y que por lo tanto son consideradas como PPL, en las cuales la falta de acceso a métodos de protección, así como el hecho de que mantienen relaciones sexuales entre ellos sin condón genera un incremento en la probabilidad de contagio del VIH. Por lo cual la identificación de factores que permitan una posterior planificación de intervenciones dirigidas a la promoción de la salud sexual en uno de los contextos de mayor vulnerabilidad ante su contagio, tendría un impacto positivo, pues con ella se pretendería concientizar a la población sobre lo que es el VIH, las consecuencias y la forma, en la que se puede prevenir, además de desarrollar habilidades conductuales que permitan a los individuos el uso eficaz del condón.

Además de lo antes mencionado el interés de la presente investigación se centra en realizar una comparación de las variables que inciden en el uso del condón en hombres de diferentes edades debido a que la mayoría de estudios realizados se enfocan únicamente en un grupo de edad, la mayoría de ellos en adolescentes o personas que se encuentran cursando

algún grado escolar, de los cuales gran parte de los trabajos se hacen con muestras cuya edad no sobre pasa los 20 años, por lo cual el abarcar una población de mayor edad permitiría brindar mayor conocimiento sobre el impacto de estas variables en diversas edades (Bahrami & Zarami.,2015; Robles, et al., 2006; Jiménez, 2010; Espada, et al., 2016). Complementando el punto anterior el hecho de establecer una investigación con un diseño longitudinal permite observar los cambios de las variables en los grupos en diferentes momentos, por lo cual, partiendo de estos datos se pretende que trabajos futuros puedan diseñar intervenciones dirigidas a este tipo de población tomando en cuenta las necesidades específicas de cada grupo de edad.

Sumado a lo anterior el hecho de identificar cuáles son las variables que pueden predecir el uso del condón en hombres privados de la libertad puede ayudar a desarrollar más intervenciones las cuales estén dirigidas principalmente a la prevención del contagio del VIH, así como del embarazo no deseado, pues al realizar la búsqueda sobre los trabajos dirigidos a la prevención de la mayoría están dirigidos hacia la población femenina, y pocas veces se trabaja la prevención con hombres (Castro, 2012; Montalvo;2014; Cunill; 2012; Oliveira, et al., 2012; Mazo, et al., 2014; Lara, et al., 2008).

Finalmente, con el presente trabajo se pretende contribuir a la futura creación de intervenciones dirigidas a la prevención del VIH/SIDA en hombres privados de la libertad, teniendo como base las necesidades específicas de cada grupo de edad, pues al abarcar diferentes grupos de edad se pueden identificar qué factores se encuentran asociados al uso del condón en hombres de diferentes edades.

4.2 Pregunta de investigación:

¿Cuál será el efecto predictivo que tendrá la información, la motivación y las habilidades conductuales en el uso del condón en hombres privados de la libertad de diferentes edades?

4.3 Objetivo general:

Analizar las variables del modelo IMB como predictores del uso del condón en hombres privados de la libertad en función de la edad, para desarrollar programas de intervención específicos para promover el uso del condón de acuerdo al grupo de edad.

4.3.1 Objetivos específicos:

- Identificar el patrón de comportamiento sexual que se presenta en la población en función al grupo de edad al cual pertenecen.
- Describir el nivel de información sobre VIH y el uso del condón, la motivación y la comunicación con la pareja de acuerdo al grupo de edad.
- Identificar si los factores de información, motivación y las habilidades conductuales tienen una influencia sobre el uso de condón en hombres de diferentes edades.

4.4 Hipótesis

El efecto predictivo de las variables del modelo IMB sobre el uso del condón será distinto entre hombres privados de la libertad de diferentes grupos de edad.

4.4.1 Hipótesis por objetivos

- El patrón de comportamiento sexual será diferente en hombres privados de la libertad de diferentes grupos de edad.
- El nivel de información sobre el VIH y el uso del condón, la motivación y las habilidades conductuales será mayor conforme la edad de los hombres privados de la libertad sea mayor.
- Los factores de información, motivación y habilidades conductuales que predicen el uso del condón en hombres privados de la libertad difiere con base al grupo de edad al cual pertenecen.

5. Método

5.1 Población

Se trabajó con 1104 hombres privados de la libertad, pertenecientes a dos lugares, a Comunidades de diagnóstico y tratamiento para adolescentes y al Centro Varonil de Reinserción Social Santa Martha Acatitla. (CEVARESO). De la muestra total 417 participantes correspondían a las comunidades de diagnóstico y tratamiento adolescentes, el resto 687 participantes era hombres pertenecientes al CEVARESO. Se utilizó un procedimiento de selección de la muestra llamado muestreo intencionado (Kerlinger & Lee, 2002). Como criterio de inclusión se trabajó con hombres primodelincentes, con índice criminal bajo y medio, cualquier delito de fuero común y portación de arma de fuego; como criterio de exclusión población sentenciada y ejecutoriada; así como personas con trastornos mentales. Una vez realizada la aplicación se decidió dividir la muestra en tres grupos de diferente edad, dicho agrupamiento se realizó con base a los resultados obtenidos del análisis de frecuencia y cuartiles de la variable edad, los grupos resultantes de dicha distribución fueron denominados de la siguiente forma adolescentes, adultos jóvenes y adultos maduros, esto para poder realizar los análisis correspondientes por grupo de edad.

Con el fin de identificar las diferencias existentes entre los grupos y las variables sociodemográficas se realizaron diversos análisis, en la Tabla 1 se presentan los resultados de los análisis correspondientes para determinar si existían diferencias entre los grupos y la edad se realizó un análisis factorial (ANOVA), el cual mostró que existen diferencias significativas en dicha variable, además de esta todas las variables analizadas mostraron diferencias significativas, por lo cual se puede decir que los grupos son heterogéneos.

Tabla 1. Comparación entre grupos variables sociodemográficas

Característica	Grupo de adolescentes (n=341)		Grupo de adultos jóvenes (n=417)		Grupo de adultos maduros (n=346)		Prueba estadística
	N	%	N	%	N	%	
Edad	341	30.9	417	37.8	346	31.3	F=3342.23 p<.001
Estado Civil							x ² =91.364 p<.001
Soltero	294	86.5	292	70.2	196	57.8	
Casado	1	.3	30	7.2	51	15	
Unión libre	45	13.2	88	21.2	81	23.9	
Otro	0	0	6	1.4	11	3.2	
Nivel de estudios							x ² =52.864 p<.001
Ninguno	15	4.4	14	3.4	10	3	
Primaria	120	35.4	88	21.5	63	18.9	
Secundaria	179	52.8	253	61.9	204	61.3	
Preparatoria	24	7.1	53	13	44	13.2	
Universidad	1	.3	1	.2	12	3.6	
Tiene hijos							x ² =201.677 p<.001
Si	44	12.9	171	42.1	225	66.4	
No	296	87.1	235	57.9	114	33.6	
Ingresos familiares							x ² =44.2 p<.001
Menos de \$ 2, 000	67	19.8	91	22.4	101	30.0	
De 2,001 a 3,999	60	17.8	75	18.4	56	17.1	
De 4,000 a 5, 999	34	10.1	51	12.5	53	16.2	
De 6,000 a 9,999	19	5.6	31	7.6	25	7.6	
Más de 10,000	12	3.6	23	5.7	20	6.1	
No sabe	146	43.2	134	32.9	72	22	
Delito cometido							x ² =52.099 p<.001
Robo	270	79.4	313	76.7	281	84.1	
Extorsión	0	0	11	2.7	4	1.2	
Lesiones	11	3.2	7	1.7	1	.3	
Violación	5	1.5	9	2.2	12	3.6	
Homicidio	22	6.5	31	7.6	10	3	
Privación ilegal de la libertad	20	5.9	13	3.2	1	.3	
Delincuencia organizada	3	.9	3	.7	3	.9	
Otras causas	9	2.6	21	5.1	22	6.6	

5.2 Variables

En la tabla 2 se presenta la definición conceptual y operacional de las variables a evaluar.

TABLA 2. DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES DEL MODELO
IMB

Variable del modelo IMB	Componentes de la variable	Definición conceptual	Definición operacional
Información	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 & Díaz-Loving, 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.
	Norma subjetiva del grupo de pares NS.	Evaluación de lo que a otras personas importantes les gustaría que hiciera un sujeto en una situación especial; en este caso sobre el área sexual (Kimble et al., 2002).	Puntaje obtenido en un reactivo con valores de 1 a 7, valores cercanos a siete indica que los adolescentes creen que para sus amigos es muy importante que ellos:
	Creencias hacia el uso del condón (CRUC).	Son las creencias de la 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).	Promedio obtenido en la escala de 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.
Motivación	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.
	Autoeficacia para usar condón en relaciones sexuales (AEUC).	Creencias que las personas tienen acerca de sus capacidades para producir niveles de ejecución deseables que ejercen cierta influencia sobre los eventos que afectan sus vidas (Bandura, 1999).	Puntaje obtenido en un reactivo con valores de 1 a 7, valores cercanos a siete indica que se siente capaz de usarlo con su: Pareja regular y Pareja ocasional.
	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	Puntaje obtenido en un reactivo con valores de 1 a 7, valores cercanos a siete indica que tiene la

	sexual (Ajzen & Fishbein, 1980).	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.
Habilidades conductuales		
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, contener y evitación. Se obtiene una puntuación de 1 a 5; valores cercanos a cinco indica que los adolescentes tienen ese estilo.

Adicionalmente se evaluó el patrón de conducta sexual y la consistencia en el uso del condón cuya descripción se puede encontrar en la tabla 3.

Tabla 3. Definición 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"> <input type="checkbox"/> Primera relación sexual (edad del debut sexual, con quién la tuvieron, si la planearon, lugar, métodos anticonceptivos usados) <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> Uso del condón en relaciones sexuales (oral, anal, vaginal).
Consistencia del uso del condón.	Usar el condón en todas y cada una de las relaciones sexuales (Enríquez & Sánchez, 2004).	Resultado de dividir el número de veces que usaron condón en un periodo de tres meses entre el número de veces que tuvieron relaciones sexuales en el mismo periodo. Se obtuvo un índice de consistencia con valores entre cero y uno.

5.3 Instrumentos

Variables sociodemográficas

Información general. Un cuestionario de 19 reactivos, diseñado para obtener datos sobre aspectos personales como la edad, estado civil, nivel de estudios, entre otros, jurídico (por ejemplo: tipo de delito cometido, años de sentencia, etc.), y familiares si reciben apoyo de sus familias ya sea económico o moral (ver apéndice A).

Información

Prueba de conocimientos sobre VIH/SIDA-ITS-uso de condón (Robles & Díaz-Loving, 2011). 12 reactivos relacionados con conocimientos sobre VIH/SIDA y 6 reactivos relacionados sobre el uso correcto del condón. Los reactivos tienen un formato de respuesta de *cierto, falso* y *no sé*. La prueba tiene un índice de dificultad de 0.52 (ver apéndice B).

Motivación

Escala de creencias hacia el uso del condón

Compuesta por 12 reactivos que evalúan creencias hacia el uso del condón con pareja regular, en una escala tipo Likert de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). La consistencia interna es de $\alpha=.84$ (Robles & Díaz-Loving, 2011) (ver apéndice C).

Escala de actitudes hacia el uso del condón

Integrada por cinco reactivos con opciones de respuesta definidas en una escala de diferencial semántico de 1 a 7 (placentero – no placentero). La escala se aplicará para evaluar actitudes con pareja regular y con pareja ocasional (Robles & Díaz-Loving, 2011) (ver apéndice D).

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 evaluará la intención para usar condón con pareja regular y con pareja ocasional (Robles & Díaz-Loving, 2011) (ver apéndice E).

Autoeficacia para usar condón en relaciones sexuales

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

Habilidades conductuales

Comunicación

Escala de comunicación sobre temas sexuales con la pareja. 10 reactivos que miden la frecuencia con la cual los jóvenes se comunican con su pareja sobre temas sexuales; con valores de 1 (nunca) a 5 (siempre). Su consistencia interna fue de $\alpha=.94$ (Robles & Díaz-Loving, 2011) (ver apéndice G).

Negociación sobre el uso del condón

Inventario de estilos de negociación sobre el uso del condón. 9 reactivos que miden los estilos colaboración y equidad que utilizan los participantes al negociar el condón con su pareja; con valores de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). La consistencia interna es de $\alpha=.85$ (Robles & Díaz-Loving, 2011) (ver apéndice H).

Patrón de Conducta sexual

Patrón de comportamiento sexual 6 reactivos para obtener información sobre: planeación de la primera relación sexual, uso de condón en primera y última relación sexual, tipo de prácticas sexuales, consistencia en el uso del condón y frecuencia de relaciones sexuales y uso de condón habiendo consumido alcohol o drogas (Robles & Díaz-Loving, 2011) (ver apéndice I).

Consistencia en el 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 (ver apéndice J).

5.4 Diseño

Se realizó un estudio no experimental, este debido a que los datos se recolectaron en un solo momento, pero los mismo se obtuvieron de personas de diversas edades, que se encontraban en condiciones similares, pues todos los participantes se encontraban privados de la libertad al momento de la recolección de los datos (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

5.5 Procedimiento

Para la recolección de los datos en el caso de los participantes que se encontraban en el Centro Varonil de Reinserción Social Santa Marta Acatitla, se hizo una invitación a los hombres que integran la comunidad. Una vez que aceptaban participar se les proporcionaba un consentimiento informado en el cual se les explicaba entre otras cosas la confidencialidad de los datos, así como la participación voluntaria y anónima. Posteriormente se les entregó a los participantes el instrumento y un lápiz, el tiempo que tardaban en contestarlo fue de aproximadamente 1 hora.

En el caso de la Comunidades de diagnóstico y tratamiento para adolescentes, se solicitó consentimiento informado por escrito a los padres o tutores de los adolescentes durante la visita familiar. Se programó una reunión en las instalaciones de la institución para aplicar los instrumentos de evaluación a los adolescentes cuyos padres y menores de edad otorgaron el consentimiento informado para colaborar en el estudio. Durante la aplicación estuvieron presentes dos instructores y un miembro de la institución, quienes explicaron a los adolescentes el motivo de su presencia, enfatizaron la importancia de su participación voluntaria y el tratamiento confidencial de sus respuestas. Aquellos adolescentes que desearon participar en el estudio, se les entregó de manera individual un lápiz y un

cuadernillo con los diversos instrumentos, los participantes tardaron aproximadamente una hora en responder los instrumentos.

En ambas instituciones se les indicó que la información que ellos proporcionaran no sería utilizada en ningún sentido por la Institución. En cada uno de los centros se entregó un reporte con resultados preliminares del trabajo realizado.

5.6 Análisis de datos

Se empleó el paquete estadístico SPSS v.20 para la realización de pruebas estadísticas que permitieran el cumplimiento de los objetivos de esta investigación, el procedimiento fue el siguiente:

- **Análisis descriptivos:** estos análisis se realizaron para los tres primeros objetivos específicos, con el fin de conocer los datos sociodemográficos de la población privada de la libertad, identificar los patrones de conducta sexual que se presentan en esta población, describir el nivel de conocimientos sobre el VIH de esta población, así como el tipo de comunicación que tienen con su pareja.
- **Análisis de diferencias:** Se realizó una prueba ANOVA para determinar si existen diferencias entre los grupos en la variable edad, por otro lado, se realizaron pruebas Chi cuadrada para determinar si había diferencias significativas en las demás variables sociodemográficas analizadas.
- **Regresión lineal:** Se hizo una regresión lineal para determinar si los factores como la información y la comunicación tiene una influencia sobre el uso del condón en hombres de diferentes edades.

6. RESULTADOS

Patrón de conducta sexual

Con el fin de identificar el patrón de comportamiento sexual que se presenta en la población en función al grupo de edad al cual pertenecen, los resultados se presentan en la tabla 5, en donde se puede observar que, las conductas de planeación de la primera relación sexual, el uso del condón en la primera relación sexual y el uso del condón en la última relación sexual el grupo de los adolescentes tuvo una mayor planeación, y un mayor uso del condón en ambas relaciones, pues el 44.3%, el 51.8% y el 44.7% contestaron de manera afirmativa a estas preguntas respectivamente, siendo estos porcentajes más altos en comparación a los otros dos grupos.

En cuanto al tipo de práctica sexual, se puede observar que el grupo conformado por los adolescentes en su mayoría reportó tener prácticas sexuales, vaginales con un 38.6%, o vaginales y orales con un 38.6% y 36.4% respectivamente, mientras que en los otros dos grupos el mayor porcentaje de la muestra reportó que sus prácticas sexuales incluyen relaciones vaginales, anales y orales, con un porcentaje de 50.4% y 53.9% para los grupos de adultos jóvenes y adultos maduros correspondientemente.

Además, se realizó la prueba chi cuadrada para conocer si existían diferencias significativas en estos cuatro componentes, las significancias de los análisis fueron menos al .05 en todos los casos por lo cual se puede establecer que existen diferencias significativas entre las conductas analizadas y el grupo de edad al cual pertenecían los participantes.

Tabla 5. Comparación entre grupos de los resultados de la planeación de la primera relación sexual, uso del condón y tipo de relación sexual

Conducta	Grupo de adolescentes (n=341)		Grupo de adultos jóvenes (n=417)		Grupo de adultos maduros (n=346)		Prueba estadística
	N	%	N	%	N	%	
Planeación de la primera relación sexual							$\chi^2=8.338 p<.015$
Si	147	44.3	148	36.5	112	33.8	
No	185	55.7	257	63.5	219	66.2	
Uso del condón en la primera relación sexual							$\chi^2=29.649 p<.001$
Si	173	51.8	139	34	117	34.6	
No	161	28.2	270	66	221	65.4	
Uso del condón en la última relación sexual							$\chi^2=12.154 p<.001$
Si	148	44.7	134	32.6	101	30.6	
No	183	55.3	277	67.4	229	69.4	
Tipo de práctica sexual							$\chi^2=51.019 p<.001$
Vaginales	128	38.6	88	21.4	71	21.1	
Anales	1	.3	1	.2	1	.3	
Orales	0	0	4	1	3	.9	
Vaginales y anales	30	9	33	8	31	9.2	
Vaginales y orales	51	15.4	71	17.3	46	13.7	
Anales y orales	0	0	7	1.7	3	.9	
Vaginales, orales y anales	121	36.4	207	50.4	181	53.9	

Posteriormente se realizaron los análisis correspondientes a la frecuencia de las relaciones sexuales habiendo consumido alcohol y drogas, y a la frecuencia del uso del condón en estas situaciones (ver tabla 6), los datos obtenidos muestran que la media, más altas en la frecuencia de las relaciones sexuales habiendo consumido alcohol se encuentran en el grupo de adultos jóvenes pues la media es de 2.17, lo cual de acuerdo a la escala Likert usada se encuentra en el rango de casi nunca. Por otro lado, al analizar el uso del condón en esta situación la media más alta se encuentra en el grupo adolescentes, con un promedio de 2.12, lo cual corresponde a casi nunca, de acuerdo a la escala empleada.

Con respecto a la frecuencia de las relaciones sexuales habiendo consumido alguna droga y al uso del condón en esta situación, las medias, más alta corresponden al grupo de adultos jóvenes, con unos promedios de 2.09 y 1.85, correspondiente a cada conducta, estos datos indican que casi nunca tienen relaciones sexuales y el uso del condón se encuentra entre el nunca u el casi nunca.

Con el fin de conocer si existían diferencias significativas entre los grupos se realizaron pruebas ANOVAS de un factor, la significancia de las pruebas en cada una de las conductas fue menor a .05, por lo cual se puede decir que existen diferencias significativas en la frecuencia de las relaciones sexuales habiendo consumido alcohol o drogas con respecto a la edad, de igual forma se pueden establecer las mismas diferencias en la frecuencia del uso del condón bajo estas circunstancias.

Tabla 6. Resultados de la frecuencia de las relaciones sexuales y uso del condón habiendo consumido alcohol o drogas en los tres grupos

Conducta	Grupo de adolescentes (n=341)		Grupo de adultos jóvenes (n=417)		Grupo de adultos maduros (n=346)		Prueba estadística
	\bar{x}	D.E.	\bar{x}	D.E.	\bar{x}	D.E.	
Frecuencia de las relaciones sexuales habiendo consumido bebidas alcohólicas	2.14	1.158	2.17	1.220	1.90	1.175	F=5.111 $p<.006$
Frecuencia de uso de uso del condón habiendo bebido alcohol	2.12	1.351	1.87	1.124	1.74	1.107	F= 7.14 $p<001$
Frecuencia de las relaciones sexuales habiendo consumido drogas	2.06	1.242	2.09	1.228	1.77	1.136	F=7.085 $p<.001$
Frecuencia de uso de uso del condón habiendo consumido drogas	1.74	1.131	1.85	1.178	1.60	1.035	F=4.512 $p<.011$

Con el fin de conocer donde se encontraban las diferencias entre grupos se realizaron pruebas post hoc de Tukey (ver tabla 7), las diferencias se encontraron en frecuencia de las relaciones sexuales habiendo consumido alcohol entre el grupo de adultos maduros y los grupos de adultos jóvenes y adolescentes con nivel de significancia menor a .05 para ambos

casos. En cuanto a la frecuencia del uso del condón en esta situación las diferencias se encuentran en el grupo de adolescentes con respecto a los otros dos grupos con el de adultos jóvenes se encontró que el valor de p para ambos grupos fue menor a .05

En cuando a la frecuencia de las relaciones sexuales habiendo consumido alguna droga se encontraron diferencias en el grupo de adultos maduros con respecto a los otros dos grupos el nivel de significancia para ambos casos fue menor de .05. En la frecuencia del uso del condón en esta situación únicamente se encontraron diferencias entre los adultos jóvenes y adultos maduros con una significancia menor a .01.

Tabla 7. Pruebas post hoc para las frecuencias de las relaciones sexuales y uso del condón habiendo consumido alcohol o drogas en los tres grupos

Relaciones sexuales pareja regular	Grupo	Diferencia con otros grupos	
Frecuencia de las relaciones sexuales habiendo consumido bebidas alcohólicas	Adultos maduros	Adolescentes*	Adultos jóvenes**
Frecuencia de uso de uso del codón habiendo bebido alcohol	Adolescentes	Adultos jóvenes*	Adultos maduros***
Frecuencia de las relaciones sexuales habiendo consumido drogas	Adultos jóvenes	Adolescentes***	Adultos maduros
Frecuencia de uso de uso del codón habiendo consumido drogas	Adultos jóvenes	Adolescentes	Adultos maduros**

* $p < .05$. ** $p < .01$ *** $p < .001$.

Otro aspecto de importancia en el patrón de conducta sexual es la frecuencia del tipo de relación sexual que tiene con pareja regular u ocasional, así como la frecuencia en el uso del condón con ambas parejas (ver tabla 8), los resultados obtenidos de los análisis de medias muestran que en los tres grupos el tipo de relación sexual que con mayor frecuencia se presenta con pareja regular es la vaginal con una media de 3.65, 3.65 y 3.35 para los grupos de adolescentes, adultos jóvenes y adultos maduros respectivamente, este dato indica que esta relación sexual se presenta “algo frecuente”, esto de acuerdo a la escala utilizada para medir este dato, las relaciones sexuales orales y anales se presentaron con menor frecuencia en comparación a las relaciones vaginales en los tres grupos. En cuanto a la frecuencia en el uso del condón por tipo de relación sexual, la que mayor frecuencia tiene en el grupo de

adolescentes y adultos jóvenes es la relación vaginal con una media de 3 para el primer grupo y de 2.73 para el segundo. Los promedios de las otras dos prácticas sexuales son menores a las reportadas en las prácticas vaginales.

En cuanto a los datos referidos a la frecuencia del tipo de relación sexual con pareja ocasional, al igual que con pareja regular la que mayor frecuencia tiene es la vaginal con un promedio de 2.76 para los adolescentes, 2.55 para los adultos jóvenes y 2.14 para los adultos maduros, estos datos indican que se encuentran entre el rango de poco frecuente a algo frecuente con base a la escala empleada. Respecto al uso del condón el uso es más recurrente en las relaciones vaginales pues los promedios más altos correspondían a este rubro, el tipo practica que menor uso del condón reporta es la anal.

Con el fin de determinar si existían diferencias en el tipo de relación sexual, ya sea con pareja regular u ocasional y el grupo se realizaron pruebas ANOVAS, el valor de la significancia fue menor a .05 en todas las conductas, se destaca que, en las relaciones orales con pareja regular, en las relaciones vaginales y anales con pareja ocasional la significancia fue $<.001$, por lo cual, se puede establecer que existen diferencias significativas en el tipo de práctica sexual de las personas privadas de la libertad en función al grupo de edad al cual pertenecen. Con respecto al uso del condón, debido a que los datos de los adultos maduros son los de una sola persona se decidió emplear una t de student para determinar si existían diferencias entre el grupo de adolescentes adultos jóvenes, los datos que no existen diferencias significativas entre el uso del condón y el grupo de edad.

Tabla 8. Frecuencia de las relaciones sexuales y el uso del condón con pareja regular y ocasional en los tres grupos

Conducta	Grupo de adolescentes (n=341)		Grupo de adultos jóvenes (n=417)		Grupo de adultos maduros (n=346)		Prueba estadística
	\bar{x}	D.E.	\bar{x}	D.E.	\bar{x}	D.E.	
Relaciones sexuales pareja regular							
Vaginales	3.65	1.458	3.65	1.493	3.35	1.592	F=4.476 $p<.012$
Anales	2.03	1.368	2.31	1.385	2.18	1.330	F=3.61 $p<.027$
Orales	2.63	1.579	3.28	1.531	3.07	1.569	F=15.266 $p<.001$
Uso de condón con pareja regular							
Vaginales	3	1.653	2.73	1.706	1.00		t=1.202 $p<.230$

Anales	2.19	1.543	2.08	1.552	1.00		$t=.515 p<.607$
Orales	1.88	1.413	1.89	1.370	1.00		$t=-.073 p<.942$
Relaciones sexuales pareja ocasional							
Vaginales	2.76	1.651	2.55	1.541	2.14	1.390	$F=13.433 p<.001$
Anales	1.87	1.347	2.33	1.497	2.17	1.487	$F=8.539 p<.001$
Orales	2.25	1.550	2.19	1.520	1.85	1.351	$F=6.195 p<.002$
Uso de condón con pareja ocasional							
Vaginales	2.76	1.693	2.95	1.756	1.00		$t=-.778 p<.437$
Anales	2.22	1.629	2.45	1.698	1.00		$t=-.964 p<.336$
Orales	1.94	1.488	2.00	1.537	1.00		$t=-.271 p<.792$

Dado a que en las pruebas ANOVAS realizadas existieron diferencias significativas, se realizaron pruebas post hoc de Tukey (ver tabla 9) esto con el fin de evidenciar donde se hallaban estas diferencias. En las relaciones vaginales con pareja regular, relaciones vaginales con pareja ocasional y relaciones orales con pareja ocasional las diferencias se encontraban en el grupo de adultos maduros con respecto a los otros dos grupos, por lo tanto, se puede indicar que la frecuencia en dichas prácticas sexuales es diferente en el grupo de los adultos maduros con respecto a los otros dos grupos de comparación. En las relaciones anales con ambas parejas las diferencias se encontraban entre el grupo de los adolescentes y los adultos jóvenes, por lo cual, se puede establecer que la frecuencia en las prácticas sexuales anales tanto con pareja regular como ocasional son diferentes entre los adolescentes y adultos jóvenes que se encuentran privados de la libertad. Finalmente, en las relaciones sexuales orales con pareja regular las diferencias son entre los adolescentes con respecto a los otros dos grupos, es decir, la frecuencia en las prácticas sexuales orales con pareja regular es diferente en los adolescentes con respecto a los adultos jóvenes y maduros.

Tabla 9. Pruebas post hoc para las frecuencia de las relaciones sexuales y el uso del condón con pareja regular y ocasional en los tres grupos

Relaciones sexuales pareja	Grupo			Diferencia con otros grupos
	regular	Adultos maduros	Adolescentes*	
Vaginales				Adultos jóvenes*
Anales		Adolescentes	Adultos jóvenes*	Adultos maduros
Orales		Adolescentes	Adultos jóvenes***	Adultos maduros***
Relaciones sexuales pareja ocasional				

Vaginales	Adultos maduros	Adolescentes***	Adultos jóvenes***
Anales	Adolescentes	Adultos jóvenes***	Adultos maduros
Orales	Adultos maduros	Adolescentes**	Adultos jóvenes*

* $p < .05$. ** $p < .005$ *** $p < .001$.

Consistencia en el uso del condón

En lo que respecta a la consistencia en el uso del condón (ver tabla 10) se encontró que en el grupo compuesto por los adolescentes fue el que mayor consistencia tuvo en comparación a los otros dos grupos, pues 109 de los participantes de este grupo reportaron haber utilizado condón en todas sus relaciones sexuales de los últimos 6 meses, por otro lado, el grupo que menos consistencia tuvo fue el de los adultos maduros pues solo 47 hombres que integraban este grupo indicaron haber usado condón en todas sus relaciones sexuales.

Para conocer si existen diferencias en la consistencia en el uso del condón por grupo se realizó una chi cuadrada, la cual indica que existían diferencias en el uso del condón por grupos.

Tabla 10. Consistencia en el uso del condón por grupos

	Grupo de adolescentes (n=341)		Grupo de adultos jóvenes (n=417)		Grupo de adultos maduros (n=346)		Prueba estadística
	N	%	N	%	N	%	
Consistente							$\chi^2=25.365$ $p < .001$
Si	109	36.8	85	26.1	47	17.9	
No	187	63.2	241	73.9	215	82.1	

Modelo IMB

Información

Para cumplir con el segundo objetivo específico del presente trabajo, el cual consistía en describir el nivel de información sobre VIH y el uso del condón, la motivación y la

comunicación con la pareja de acuerdo al grupo de edad, se realizaron diversos análisis. Para comenzar se hablará de los resultados de la variable información (ver tabla 11) en los cuales se puede observar que los porcentajes de respuestas correctas del grupo de adultos maduros, en la mitad de los componentes de prueba de conocimientos sobre el VIH, es decir, conocimientos sobre los síntomas, y las características sobre las ITS, así como del total de la sumatoria de dicha prueba, fue mayor, pues respectivamente los datos fueron 73.6%, 57.6% y 56.6%, en lo que respecta a los conocimientos sobre la forma de transmisión y conocimientos sobre la prevención el grupo de adultos jóvenes obtuvo el porcentaje de respuestas correctas más alto con 44.6% y 53.3% respectivamente. En la segunda prueba, la de conocimientos sobre el uso del condón, la media más alta la obtuvo el grupo de adultos maduros con el 47% de respuestas correctas. Se destaca el hecho de que los adolescentes en casi todos los aspectos fueron el grupo con la media más baja, a excepción de las formas de transmisión.

Complementando lo antes mencionado se realizaron pruebas ANOVA con el fin de conocer si existían diferencias significativas entre las características evaluadas con las pruebas con respecto a los grupos, los datos obtenidos de dichas pruebas indican que existen diferencias en el nivel de conocimientos sobre: síntomas, formas de prevención, características de las ITS, el total de la prueba sobre VIH y sobre el uso del condón, pues en todas estas pruebas la significancia fue menor a .01. En el único componente que no existieron diferencias fue el de conocimientos sobre las formas de transmisión.

Tabla 11. Resultados de la variable información del modelo IMB en los tres grupos

Componente la variable	Grupo de adolescentes	Grupo de adultos jóvenes	Grupo de adultos maduros	Prueba estadística
	(n=341)	(n=417)	(n=346)	
	%	%	%	
Conocimientos síntomas	62	67.3	73.6	F=10.365 $p<.001$
Conocimientos formas de transmisión	43.6	44.6	42.3	F=.692 $p<.501$
Conocimientos prevención VIH	46.6	53.3	52.3	F=6.198 $p<.002$
Conocimientos características ITS	51.3	56.3	57.6	F=4.775 $p<.009$

Conocimientos sobre VIH total	51	55.6	56.6	F=7.178 $p<.001$
Conocimientos uso del condón	39.5	43.6	47	F=8,275 $p<.001$

Para identificar donde se encontraban las diferencias encontradas previamente se realizaron pruebas post hoc (ver tabla 12) en el componente de conocimientos sobre síntomas hubo diferencias en el nivel obtenido por el grupo de adultos maduros con respecto a los otros dos grupos. Por otro lado, en el nivel de conocimientos sobre prevención, características sobre ITS, el total sobre conocimientos sobre VIH y conocimientos sobre el uso del condón el grupo de los adolescentes tuvo diferencias con los otros dos grupos.

Tabla 12. Resultados pruebas post hoc de la variable información

	Diferencia con otros grupos		
	Grupo		
Conocimientos síntomas	Adultos maduros	Adolescentes****	Adultos jóvenes*
Conocimientos prevención VIH	Adolescentes	Adultos jóvenes***	Adultos maduros*
Conocimientos características ITS	Adolescentes	Adultos jóvenes*	Adultos maduros*
Conocimientos sobre VIH total	Adolescentes	Adultos jóvenes**	Adultos maduros****
Conocimientos uso del condón	Adolescentes	Adultos jóvenes	Adultos maduros****

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.005$, **** $p<.001$.

Motivación

Con respecto a la variable motivación (ver tabla 13) los resultados muestran que en los tres grupos las creencias de seguridad y protección son muy altas pues la media de los puntajes por grupo superó el 4, por otra parte, la media de los puntajes en las creencias negativas se encontraba en un dos, siendo estos puntajes considerablemente bajos, a partir de esto se puede establecer que en los tres grupos de estudio las creencias positivas hacia el uso del condón son considerablemente más altas que las creencias negativas.

Por lo que se refiere al componente denominado como actitudes hacia el uso del condón, la media en los tres grupos se encontraba en puntajes que iban desde el 4.10 hasta el 4.39. Considerando que este componte se midió por medio de una escala de diferencial

semántico que iban desde el 1 al 7, donde el número 1 correspondían a opciones de respuesta menos favorables y el 7 a la más favorable, el hecho de que la media se encuentre en el número 4 indicaría que las actitudes hacia el uso del condón no se inclinan hacia ninguno de los lados de la escala planteada. A cerca de la autoeficacia, se empleó de igual forma una escala de diferencial semántico como la antes menciona, las medias de esta componente indican que el grupo que se percibe con una mayor autoeficacia hacia el uso del condón es el de adolescentes, pues la media fue de 4.19, mayor en comparación a los otros dos grupos, sin embargo, este puntaje tampoco indicaría que estar seguro de poder usar condón en la próxima relación sexual pero es mayor al de los otros dos grupos, donde de acuerdo a la escala utilizada el puntaje indica que es menos probable el usar condón en su próxima relación sexual en comparación a los adolescentes.

Con respecto a la intención para usar condón con pareja regular y ocasional, las medias indican que hay una mayor intención hacia el uso del condón cuando se trata de parejas ocasionales, en comparación de cuando se habla de pareja regular. En cuanto a la norma subjetiva, pasa lo mismo pues los puntajes de este componente cuando se trata de pareja ocasional tienden a ser más altos, indicando tanto para a intención para usar condón como la forma en la que los círculos sociales ven el uso del condón es más favorable cuando se trata de un encuentro ocasional.

Además, con el fin de complementar el análisis de esta variable se realizaron pruebas ANOVAS y t de student en el caso de la norma subjetiva, esto para identificar si había diferencias significativas entre los grupos y los componentes que integran la variable motivación, se encontraron diferencias solamente en la autoeficacia y en la intención hacia el uso del condón con pareja ocasional, por lo cual se puede establecer que el nivel de autoeficacia así como la intención para usar condón con pareja ocasional es diferente con respecto al grupo de edad al cual pertenecen los hombres, en el resto de componentes no se encontraron diferencias significativas.

Tabla 13. Resultados de la variable motivación del modelo IMB en los tres grupos

Componente la variable	Grupo de adolescentes (n=341)	Grupo de adultos jóvenes (n=417)	Grupo de adultos maduros (n=346)	Prueba estadística
------------------------	-------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	--------------------

	\bar{x}	D.E.	\bar{x}	D.E.	\bar{x}	D.E.	
Creencias de seguridad y protección	4.10	1.255	4.15	1.203	4.18	1.207	F=.352 $p<.703$
Creencias negativas	2.50	1.221	2.47	1.213	2.53	1.243	F=.183 $p<.833$
Actitudes hacia el uso del condón	4.19	1.999	4.10	2.014	4.39	1.937	F= 1.685 $p<.186$
Autoeficacia hacia el uso del condón	3.50	2.193	3.64	2.114	3.92	2.057	F=3.093 $p<.046$
Intención para usar el condón con una pareja regular	4.52	2.568	4.53	2.449	4.56	2.510	F= .028 $p<.972$
Intención para usar el condón con una pareja ocasional	5.8	2.412	5.60	2.093	5.57	2.178	F= 5.847 $p<.003$
Norma subjetiva con pareja regular	4.98	2.486	4.77	2.267	1.00		t=.655 $p<.513$
Norma subjetiva con pareja ocasional	5.64	2.187	5.64	2.031	1.00		t=.021 $p<.983$

Al realizar las pruebas post hoc de Tukey para los componentes que demostraron ser significativamente diferentes (ver tabla 14) se encontró que en la autoeficacia en el uso del condón las diferencias estaban entre los grupos de adolescentes y adultos maduros con una significancia menor a .05, lo cual permite establecer que la percepción de autoeficacia en el uso del condón es diferente significativamente hablando entre estos dos grupos. En el componente denominado como intención para usar condón con pareja ocasional se encontraron diferencias entre el grupo de adolescentes con respecto a los otros dos grupos de adultos jóvenes y maduros con significancias menores al .05, por lo tanto, se establece que existen diferencias significativas en intención para usar condón con pareja ocasional del grupo de los adolescentes con respecto a los otros dos grupos de comparación.

Tabla 14. Pruebas post hoc para los componentes de la variable motivación

	Grupo	Diferencia con otros grupos	
Autoeficacia hacia el uso del condón	Adolescentes	Adultos jóvenes	Adultos maduros*
Intención para usar el condón con una pareja ocasional	Adolescentes	Adultos jóvenes**	Adultos maduros*

* $p<.05$. ** $p<.005$

Habilidades conductuales

Los análisis del último componente del modelo IMB, es decir, de las habilidades conductuales (ver tabla 15) muestran que la comunicación sobre temas sexuales suele presentarse más en grupos de mayor edad, pues los grupos de adultos jóvenes y adultos maduros obtuvieron puntajes más altos en comparación a los adolescentes, lo cual indicaría que la comunicación es más recurrente en estos grupos. En cuanto a los estilos de negociación, en el estilo de colaboración equidad los adolescentes obtuvieron medias más altas, lo cual indicaría que en este grupo el estilo de negociación trata de convencer a través de la argumentación el uso del condón.

Al igual que en las otras variables del modelo se realizaron pruebas estadísticas en este caso se emplearon ANOVAS para determinar si existían diferencias entre grupos, se encontraron diferencias significativas únicamente en el nivel de comunicación sobre temas sexuales con la pareja, por lo cual se puede que existen diferencias en el nivel de comunicación con respecto al grupo de edad al cual pertenecen los hombres.

Tabla 15. Resultados de la variable habilidades conductuales del modelo IMB en los tres grupos

Componente la variable	Grupo de adolescentes (n=341)		Grupo de adultos jóvenes (n=417)		Grupo de adultos maduros (n=346)		Prueba estadística
	\bar{x}	D.E	\bar{x}	D.E	\bar{x}	D.E.	
Comunicación con la pareja	2.82	1.424	3.27	1.246	3.25	1.316	F= 11.612 $p<.001$
Estilos de negociación colaboración-equidad	3.81	1.198	3.58	1.334	3.68	1.328	F=2.869 $p<.057$
Estilo de negociación contención	3.05	1.232	2.95	1.264	2.85	1.329	F=2.155 $p<.116$

Para complementar el análisis anterior se realizaron pruebas post hoc (ver tabla 16) con el fin de demostrar en donde se encontraban las diferencias entre los grupos. Los datos de estos análisis indican que la población de adolescente tiene diferencias significativas en

el componente de comunicación sobre temas sexuales con la pareja con los otros dos grupos con una significancia menor a .001. Además, a pesar de que en la prueba ANOVA en valor de la significancia en el componente de estilo de negociación denominado como colaboración-equidad fue de .057 se encontraron diferencias entre el grupo de adolescentes y adultos jóvenes con una significancia de .05, por lo cual se puede establecer que de acuerdo a los puntajes el estilo de negociación colaboración equidad tiene diferencias significativas entre los adolescentes y los adultos jóvenes,

Tabla 16. Pruebas pos hoc para las habilidades conductuales

	Grupo	Diferencia con otros grupos	
Comunicación con la pareja	Adolescentes	Adultos jóvenes**	Adultos maduros**
Estilos de negociación colaboración-equidad	Adolescentes	Adultos jóvenes*	Adultos maduros

* $p < .05$. ** $p < .001$

Regresiones lineales

Con el fin de cumplir con el último objetivo, el cual consiste en identificar si los factores de información, motivación y las habilidades conductuales tienen una influencia sobre el uso de condón en hombres de diferentes edades, se realizaron regresiones lineales para determinar cuál era la relación de predicción de las variables que integran el modelo IMB sobre el uso del condón de la población privada de la libertad, en la tabla 17 se puede ver que de los componentes de la variable conocida como habilidades conductuales la única que tienen una relación predictiva es el estilo de negociación colaboración-equidad, esto quiere decir que el estilo de negociación es un factor determinante en el uso del condón en hombres privados de la libertad, la comunicación no resultó ser relevante para la predicción del uso del condón en esta población.

Tabla 17. Predictores del uso del condón en población privada de la libertad

Variable	β	t	IC95%
Estilo de negociación colaboración- equidad	.330	5.295*	[.207,- .452]
R		.088	
R ²		.008	
F		8.632**	

* $p < .001$. ** $p < .005$

Con respecto a las variables que son predictores de las habilidades conductuales (ver tabla 18) en el caso de la motivación los componentes que resultaron relevantes fueron las creencias de seguridad y protección, la intención para usar condón con pareja ocasional, actitudes hacia el uso del condón y la intención para usar condón con pareja regular, en cuanto a la variable información el único componente que resulto ser importante fue el de conocimientos sobre las formas de transmisión, por lo cual, la presencia de estas variables son necesarias para que los hombres privados de la libertad adquieran un estilo de negociación de colaboración equidad. Por otra parte, hay un componente de la motivación el cual tuvo una beta negativa, este componente son las creencias negativas hacia el uso del condón, lo cual quiere decir que para que las personas sean capaces de negociar es uso del condón por medio de un estilo de colaboración equidad es necesario que presencia de creencias negativas sobre el uso se baja.

Tabla 18. Predictores del estilo de negociación en población privada de la libertad

Variable	β	t	IC95%
Creencias de seguridad protección	.033	.215*	[.024,- .042]
Intención para usar condón con pareja ocasional en la próxima relación sexual	.073	.125**	[.038,- .108]
Actitudes hacia el uso del condón	.070	.100*	[.029,- .111]

Conocimientos sobre formas de transmisión	.149	.091**	[.058.- .240]
Creencias negativas	-.075	-.070***	[-.134.- -.015]
Intención para usar condón con pareja regular en la próxima relación sexual	.036	.070***	[.005.- .067]]
R		.361	
R ²		.131	
F		5.192***	

* $p < .001$. ** $p < .005$. *** $p < .05$

Debido a que el interés del presente trabajo se centra en cuales son los factores que predicen el uso del condón en hombres privados de la libertad de diferentes edades se realizaron regresiones lineales para cada grupo conformado, en el grupo de los adolescentes componente denominado estilo de negociación colaboración equidad de la variable habilidades conductuales fue el único predictor del uso del condón en este grupo (ver tabla 19). Por lo tanto, para que los adolescentes usen condón de forma consistente es necesario que estos sepan negociar.

Tabla 19. Predictores del uso del condón en adolescentes privados de la libertad

Variable	β	t	IC95%
Estilo de negociación colaboración equidad	.076	4.065*	[.039, - .113]
R		.216	
R ²		.046	
F		16.527*	

* $p < .001$

Con respecto a las variables que predicen el estilo de negociación en los adolescentes (ver figura 20) la regresión lineal arrojo que por parte de la motivación los componentes relevantes son la norma subjetiva, las creencias de seguridad y protección, en cuanto a la variable información los conocimientos sobre el uso del condón fue el único componente que es significativo, esto quiere decir que es necesario que estos componentes estén presentes para que los adolescentes aprendan a negociar el uso del condón. Complementando este análisis, el complemento de creencias negativas tuvo una beta negativa, lo cual indica que para que

los adolescentes adquieran un estilo de negociación que les permita usar el condón es necesario que no existan creencias negativas o que estén presentes de la menor forma posible.

Tabla 20. Predictores del estilo de negociación en adolescentes privados de la libertad

Variable	β	t	IC95%
Norma subjetiva paraje regular	.087	3.543*	[.039,- .136]
Creencias de seguridad y protección	.023	3.224**	[-009,- .038]
Creencias negativas	-.141	-2.788***	[-.240,- .041]
Conocimientos uso del condón	.097	2.190****	[.010,- .184]
R		.334	
R ²		.111	
F		4.795****	

* $p < .001$, ** $p < .005$, *** $p < .01$, **** $p < .05$

Los resultados de la regresión lineal en el grupo de los adultos jóvenes (ver tabla 21) no muestran que las habilidades conductuales sean un predictor significativo para el uso del condón en adultos jóvenes, pues ningún valor de p fue menor a .05. por lo tanto, no se puede establecer una relación de predicción entre estas variables.

Tabla 21. Predictores del uso del condón en adultos jóvenes privados de la libertad

Variable	β	t	IC95%
Comunicación temas sexuales con pareja	.023	.570**	[-.060, - .587]
Estilo de negociación colaboración equidad	.009	.069***	[-.004,- .022]
R		.084	
R ²		.007	
F		1.464*	

* $p < .232$, ** $p < .569$, *** $p < .188$

Con el fin de determinar cuáles son los elementos predictores de las habilidades conductuales en este segundo grupo se realizaron regresiones lineales tanto para la comunicación como para la negociación. En la tabla 22 se puede observar que entre los predictores de la comunicación sobre temas sexuales con la pareja se encuentran las actitudes hacia el uso del condón, intención hacia el uso del condón con pareja ocasional, y la autoeficacia, elementos que integran la motivación, por parte de la información el único componente que resulto relevante fue la información sobre las formas de transmisión sobre el VIH.

Tabla 22. Predictores de la comunicación con la pareja en adultos jóvenes privados de la libertad

Variable	β	t	IC95%
Actitudes hacia el uso del condón	.126	4.273***	[.069, - .185]
Conocimientos sobre transmisión del VIH	..291	4.258***	[.157, - .426]
Intención para usar condón con pareja ocasional	.075	2.797**	[.022, - .128]
Autoeficacia	.065	2.374*	[.011, - .119]
R		.381	
R ²		.145	
F		5.639*	

* $p < .05$, ** $p < .005$, *** $p < .001$

La regresión realizada para las determinar cuáles son los factores predictores de la negociación en este segundo grupo (ver tabla 23) los resultados muestran que los elementos motivacionales predictores de la negociación fueron las creencias sobre seguridad y protección, la autoeficacia, la intención para usar condón con pareja ocasional y la autoeficacia, por parte de la información el único componente que resulto importante fue el nivel de conocimientos sobre las formas de transmisión del VIH.

Tabla 23. Predictores de la negociación del uso del condón en adultos jóvenes privados de la libertad

Variable	β	t	IC95%
Creencias de seguridad y protección	.223	4.156***	[.118, - .329]
Autoeficacia	.079	2.503*	[.017, - .141]
Intención para usar condón con pareja ocasional	.088	2.793**	[.026, - .150]
Actitudes hacia el uso del condón	.081	2.327*	[.013, - .148]
Conocimientos sobre la transmisión del VIH	.180	2.272*	[.024, - .336]
R	.381		
R ²	.145		
F	5.163*		

* $p < .05$, ** $p < .005$, *** $p < .001$

Finalmente, en el grupo de los adultos maduros al realizar la regresión lineal (ver tabla 24) el componente de comunicación sobre temas sexuales con la pareja resulta de la variable habilidades conductuales resulta ser el predictor del uso del condón, lo cual quiere decir que para que los adultos maduros privados de la libertad usen condón en sus relaciones sexuales es necesario que estos tengan comunicación con su pareja.

Tabla 24. Predictores del uso del condón en adultos maduros privados de la libertad

Variable	β	t	IC95%
Comunicación con pareja	.052	2.014*	[.001, - .102]
R		.109	
R ²		.012	
F		4.055*	

* $p < .05$

En cuanto a los predictores de la comunicación con la pareja (ver figura 25) los componentes de la variable motivación que resultaron determinantes fueron la intención para usar condón con pareja ocasional o regular, la autoeficacia y las actitudes hacia el uso del condón, por parte de la variable información los conocimientos sobre el VIH así como los

conocimientos sobre el uso del condón resultaron ser determinantes, esto indica que es necesario que los adultos maduros cuenten con conocimientos sobre el uso del condón, con información sobre el VIH, que haya intención por usar el condón tanto con pareja ocasional como regular, al igual que exista una autoeficacia y actitudes positivas hacia el uso del condón para que este grupo tenga una comunicación con su pareja que repercuta en el uso del condón.

Tabla 25. Predictores de la comunicación con la pareja en adultos maduros privados de la libertad

Variable	β	t	IC95%
Intención para usar condón con pareja ocasional en la próxima relación sexual	.090	5.118*	[.056, - .125]
Autoeficacia	.060	3.301*	[.024,- .096]
Conocimientos VIH	.054	3.201*	[.021,- .087]
Intención para usar condón con pareja regular en la próxima relación sexual	.058	3.675*	[.027,- .089]
Actitudes hacia el uso del condón	.053	2.568**	[.012,- .093]
Conocimientos sobre el uso del condón	.056	2.019***	[.002,- .110]
R	.354		
R ²	.125		
F	4.077***		

* $p < .001$. ** $p < .01$. *** $p < .05$

7. DISCUSIÓN

La promoción de la salud sexual en la actualidad es un tema que ha sido abordado de diversas formas con el fin de lograr la disminución de los contagios de las ITS y/o del embarazo no deseado, algunas de las estrategias o medios empleados para llegar a esta meta han sido las investigaciones cuyo fin es conocer cuál es el patrón de conducta sexual (Campero, et al. 2013; Espada, 2009), cuáles son las conductas sexuales de riesgo que son comunes en alguna población (Gough & Edwards, 2009; Adoga, et al. 2009, Butler, et al. 2013, Dembo, et al. 2010), esto con el fin de diseñar intervenciones dirigidas al cambio conductuales de estos patrones (Robles, et al. 2006; Sánchez, et al. 2015). En el presente trabajo se realizó una recolección de datos con el fin de obtener información sobre cuál es el patrón de conducta sexual, el nivel de la información sobre VIH y el uso del condón, la motivación y de las habilidades conductuales de hombres privados de la libertad esto con el fin de generar una propuesta de intervención diseñada específicamente a las necesidades de cada grupo analizado.

Los datos obtenidos de esta investigación con respecto al patrón de conducta sexual muestran las prácticas sexuales de riesgo, en específico, las relaciones bajo la influencia del alcohol o drogas fue baja, al igual que el uso del condón bajo esta condición, esto coincide con estudios previos que muestran una relación entre el consumo de alcohol y/o drogas con la presencia de relaciones sexuales desprotegidas (Espada, 2009; Dembo, et al. 2010). El hecho de que tanto la presencia de las relaciones sexuales habiendo ingerido alguna sustancia y el uso del condón en dicha situación sean bajas puede deberse en sí a la condición en la cual se encuentran los participantes, pues dado a que se encuentran privados de la libertad esto disminuye el consumo de alcohol y drogas considerablemente por ende las conductas estudiadas se ven influidas por este hecho, esto puede deberse a la baja percepción del riesgo que hay en ese momento, que de acuerdo con Crooks y Baur (2009) puede presentarse aun cuando las personas tienen información, sin embargo, el sentirse a salvo genera que las personas tengan conductas sexuales de riesgo.

Sumado a lo anterior, otro factor que incide en la presencia de conductas sexuales de riesgo es el tipo de práctica sexual, pues en los grupos se el uso del condón es mayor en las relaciones vaginales sin embargo cuando se trata de otro tipo de encuentro esta frecuencia tiende a disminuir, este dato es similar al encontrado por Espada (2009) quien encontró que el uso del condón era menor en las prácticas sexuales anales u orales. Este dato resulta importante debido a que permite deducir que en la población muestra de este trabajo el condón es visto como un método anticonceptivo y no tanto como un método que permite prevenir el contagio e infección del VIH, pues el contagio de esta infección es más probable cuando se tienen relaciones anales en comparación a la práctica sexual vaginal. Estos hechos podrían estar relacionados con la poca información sobre el VIH y sus vías de transmisión con la que contaban las personas antes de ingresar al centro dato que coincide con lo reportado por Mariño (2012) quien en una población similar (PPL) encontró que la información sobre temas sexuales con la cual entran las personas es deficiente lo cual incide en el riesgo de contraer VIH.

Con respecto a la consistencia en el uso del condón se puede notar que esta disminuye de acuerdo con el grupo de edad al cual pertenecen los participantes, siendo los adolescentes los que tuvieron un uso más consistente de este método, este dato contrasta con lo reportado por Montalvo (2014) quien encontró que en una población adolescente más del 70% de la población no era recurrente el uso del condón en sus prácticas sexuales, con respecto a los otros dos grupos el dato es más cercano a lo reportado por este autor, pues el grupo de jóvenes y adultos maduros tuvieron una menor frecuencia en el uso de condón. Esto se puede deber a como bien lo señalan Rangel y Castoreno (2016); Suárez, et al. (2008) y Mazo, et al. (2014) al impacto que pueda tener la petición del uso del condón en las relaciones de parejas que ya tienen mayor familiaridad o que viven juntos, de igual forma el uso del condón cuando se trata de relaciones estables se ve disminuido por la percepción de que tener coito sin condón con una pareja regular no es malo o no tiene ningún riesgo. Además de lo antes mencionado se tendría que considerarse que la población se encuentra privada de la libertad, por lo cual el acceso a métodos de protección como lo es el condón es limitado, este factor por si solo puede influir en la consistencia en su uso del condón en esta población.

El último aspecto analizado fue el uso del condón en la primera y la última relación sexual el grupo de adolescentes reportó una media mayor en comparación de los otros dos grupos, sin embargo, este dato no es concordante con lo establecido con Mendoza, et. al. (2012); Montalvo (2012) y Rojas, et al. (2016) quienes reconocen que el iniciar una vida sexual a una edad temprana está relacionado con las conductas sexuales de riesgo, entre las cuales se encuentra el tener encuentros sexuales sin uso de preservativo.

En un segundo momento se analizó el nivel de información, motivación y habilidades conductuales. Con respecto a la información los tres grupos tuvieron porcentajes bajos en las pruebas de conocimientos sobre el VIH, y el uso del condón, este factor puede influir de forma significativa en los patrones de conducta sexual, pues de acuerdo a los estudios de Figueroa y Figueroa, (2017); Caballero y Villaseñor (2001); Torres, et al. (2009); y Oliveira, et al. (2012), existe una relación entre el bajo nivel de conocimientos que las personas sobre los temas referentes al VIH, forma de contagio, formas de prevención y el uso correcto del condón y la presencia de conductas sexuales de riesgo. Sin embargo, dado que el interés del presente trabajo no se centró en identificar la relación entre estas variables se sugiere analizar la relación entre dichas variables para establecer con certeza una correspondencia entre dichas variables.

Al analizar el segundo aspecto del modelo IMB, el cual es la motivación, se encontraron diferencias significativas entre grupos en el componente de autoeficacia y la intención hacia usar condón con pareja ocasional en la próxima relación sexual, el grupo que mayor puntaje obtuvo en ambas fue el de adolescentes, esto resulta relevante ya que este mismo grupo resulta ser el que mayor consistencia en el uso del condón, este impacto de la motivación y más en específico de la auto eficacia es concordante con lo mencionado por Del Castillo, et al. (2012) y Bahrami y Zarami (2015) quienes postulan una relación positiva entre el uso del condón y los componentes motivacionales del modelo IMB, en contraste a esto mismo los grupos de adultos jóvenes y adultos maduros obtuvieron un menor puntaje en este componente y resultan ser los que menor consistencia en uso del condón reportan.

Respecto a las habilidades conductuales los análisis indican que el estilo de negociación colaboración equidad es mayor en el grupo de adolescentes y siendo que este es

el grupo que tiene mayor consistencia en el uso del condón, se puede pensar que existe una relación como la propuesta por Lara, et al. (2008); Jiménez (2010); Uribe, et al.(2012) y Uribe, et al. (2015) quienes establecen que existe una relación positiva entre el estilo de negociación del uso del condón la pareja de forma oportuna como medio para prevenir el contagio de alguna ITS así como evitar embarazos no deseados y la consistencia en el uso del condón, esta misma relación se puede observar de forma inversa en los otros dos grupos, ya que, estilo de negociación colaboración equidad obtuvo puntajes más bajo y la consistencia en el uso del condón es baja en comparación al primer grupo.

Dado que el último objetivo del presente trabajo era identificar si los factores de información, motivación y las habilidades conductuales tienen una influencia sobre el uso de condón de acuerdo con el modelo propuesto por Fisher y Fisher (1992), se realizaron regresiones lineales con el fin de identificar la relación predictiva entre estas variables y la consistencia en el uso del condón en la población general se pudo identificar que las habilidades conductuales y en específico el estilo de negociación colaboración-equidad es el mejor predictor del uso del condón, este dato concuerda con el encontrado por Sánchez, et al. (2015) y Robles, et al (2006) quienes reportan que el estilo de negociación es el factor más determinante en el uso del condón. Por otra parte, eso concuerda de igual forma con lo postulado por, Mazo, et al. (2014); Liu, et al. (2014) y Bahrami y Zarami (2015) quienes en sus investigaciones han encontrado que los factores motivacionales y la información en ocasiones no tiene un impacto directo en la consistencia en el uso del condón, sin embargo, esto no va en contra de lo propuesto por Fisher y Fisher (1992) y Barra (2001) pues ellos establecen que las habilidades conductuales son el mejor predictor del uso del condón, pero es requerida la información y la motivación para que estas puedan desarrollarse.

Siguiendo el modelo IMB de Fisher y Fisher (1992) se realizó una segunda regresión para determinar cuáles variables del modelo IMB predecían las habilidades conductuales en la población general, los factores sobre creencias de seguridad y protección, intención para usar condón con pareja regular u ocasional, las actitudes hacia el uso del condón, las creencias negativas del componente motivación y los conocimientos sobre las formas de transmisión del componente información resultaron ser predictores de la habilidad conductual esto

coincide con los trabajos de Espada, et al. (2016); Pitpitan, et al (2015); Mariño (2012); Uribe, et al. (2012); Del Castillo, et al. (2012) y Liu, et al (2014) quienes postulan que la información y/o motivación no tienen un impacto directo en el uso del condón, pero si en las habilidades conductuales las cuales de acuerdo a los resultados de este estudio predicen el uso del condón.

Lo antes mencionado fue lo que paso en la población en general, sin embargo, el interés principal en este trabajo está dirigido a conocer si los resultados variaban en términos de la edad por ello se realizaron los mismos análisis tomando en cuenta los grupos que se habían conformado previamente, al realizar las regresiones lineales por grupos de edad, el impacto de estos factores en el uso del condón en hombres privados de la libertad de diferentes edades se encontró que de igual forma las habilidades conductuales son los mejores predictores, no obstante, las habilidades cambian de acuerdo con la edad, en una población adolescente el mejor predictor del uso del condón es el estilo de negociación, esto coincide con lo mencionado por Sánchez, et al. (2015) y Robles, et al (2006), mientras que en los adultos maduros, la habilidad conductual que mejor predice el uso del condón es la comunicación con la pareja este hecho es consistente con los trabajos de Jiménez (2010); Uribe, et al.(2012) y Uribe, et al. (2015) quienes en sus investigaciones postulan que la comunicación suele ser el mejor predictor del uso del condón en las parejas.

Un aspecto que resulta importante es el hecho de que el la población de adultos jóvenes no hubo ninguna habilidad conductual de las que se tomaron en cuenta (comunicación y estilos de negociación) que predijera el uso del condón en esta población, este dato no parece ir de acuerdo con lo reportado en el modelo (Fisher & Fisher, 1992), analizando los datos referentes a las variables de información y motivación es notorio que en los resultados este grupo, la mayoría de las veces se encontraba cerca del puntaje más alto ubicándose como el segundo grupo con mejor promedio, y en otras ocasiones como la población con el puntaje más alto en ciertos aspectos, por lo cual, una muestra más grande podría dar un dato más conciso con respecto a este grupo. Por otro lado, tomando en cuenta el trabajo de Robles, et al (2006) podría existir una tercera habilidad conductual que explique o prediga el uso del condón para esta población, pues en su investigación se encontró que el

uso correcto del condón está asociado con la consistencia en su utilización, por lo cual, partiendo de esta idea, el saber usar el condón de forma adecuada puede ser una habilidad conductual necesaria para que las personas sean más consistentes en el empleo de este método para la prevención del VIH. Este hecho abre la posibilidad de estudio de esta habilidad, ya que, para futuras investigaciones se puede contemplar la forma en la que influye el uso correcto del condón en la consistencia de este en las prácticas sexuales de las personas.

Las regresiones lineales para determinar cuáles son los factores que predisponen el desarrollo de las habilidades conductuales en hombres adultos no son muy diferentes a los de la población general las únicas variables que se integran es la autoeficacia, este dato se relaciona con lo mencionado por Del Castillo, et al. (2012) quien indica que este factor tiene incidencia es la prevención del VIH, en este caso la autoeficacia la es necesaria para desarrollar una habilidad conductual que permita ser consistente en el uso del condón así logrando la prevención de dicha ITS.

En el grupo de adolescentes la norma subjetiva, las creencias negativas o positivas componentes motivacionales y los conocimientos sobre el uso del condón componente de la información fueron los factores predictores de las habilidades conductuales, estos datos no contradicen lo antes mencionado, pero resulta importante ver el impacto que puede tener la norma subjetiva siendo que estas es la forma en la que un grupo de pertenencia ve el uso del condón, sabiendo esto se puede deducir que a mayor aceptación de esta conducta en el grupo de pertenencia mayor será el impacto en las habilidades conductuales y en el uso del condón, esto es consistente con lo expuesto por Ruíz, et al. (2012) pues estos autores mencionan que el círculo al cual pertenecen las personas y las ideas que este grupo tiene sobre ciertos aspectos de la vida sexual de las personas tiene un impacto en las conductas sexuales ya sea de forma negativa o positiva, este impacto es más notorio en los adolescentes, pues dado a la etapa de desarrollo en la cual se encuentran tienden a buscar una mayor aprobación de los grupos sociales a los cuales pertenecen, generando de esta forma que esta grupo sea más vulnerable a lo que es la norma subjetiva.

El nivel de conocimientos sobre el VIH el cual engloba formas de prevención, formas de transmisión, síntomas y características de las ITS, así como conocimientos sobre el uso

del condón en los tres grupos es considerablemente bajo este dato coincide con el trabajo de Arrúe, et al. (2013) y Mariño y Santoya (2013) quienes evidencian la poca información sobre el VIH, sus formas de prevención y el uso del condón con la cual cuentan las personas. Este desconocimiento sobre el tema puede generar en las personas una falsa percepción del riesgo de contraer una ITS como lo es mencionado por Crooks y Baur (2009) y Mazo, et al. (2014) quienes postulan que en ocasiones la percepción sobre la posibilidad de contraer una infección no es realista lo cual genera conductas de riesgo en las personas. Es por ello que resulta necesario concientizar a las personas sobre los riesgos reales de contagio del VIH pues de acuerdo con Cunill, et al. (2012) y Mariño (2012) cuando las personas tienen un conocimiento adecuado sobre las formas de transmisión y contagio de las ITS esto genera en ellos una percepción real del riesgo de tener relaciones sexuales desprotegidos generando de esta forma que las personas desarrollen las habilidades conductuales necesarias para prevenir el contagio e infección de VIH.

A manera de conclusión este trabajo permitirá realizar intervenciones dirigidas a la promoción del uso del condón en hombres privados de la libertad de diferentes edades, tomando en cuenta que para el grupo de adolescentes el mejor predictor del uso del condón es el estilo de negociación por lo cual sería necesario desarrollar un estilo de colaboración-equidad tomando en cuenta los componentes de norma subjetiva, las creencias de seguridad y protección, creencias negativas hacia el uso del condón pertenecientes a la variable motivación además de los conocimientos sobre el uso del condón de la variable información. Para el grupo de adultos maduros las intervenciones deben de desarrollarse en aumentar la comunicación sobre temas sexuales con la pareja, para lo cual se debe partir de la base de que para que esta se desarrolle debe de haber una intención hacia el uso del condón, los hombres se deben de percibir como autoeficientes en el uso del condón, debe de haber actitudes favorables hacia el uso del condón, se debe tener un conocimiento adecuado sobre el uso del condón y sobre el VIH, estos últimos elementos correspondientes a las variables motivación e información. En el grupo de adultos jóvenes no se puede establecer una correspondencia entre el uso del condón y las habilidades conductuales trabajadas, por lo cual, con los datos de este trabajo no se puede establecer la forma en la que se puede

implementar una intervención que impacte de forma directa en la consistencia en el uso del condón.

Por último, cabe mencionar un error metodológico que se presentó durante la aplicación de los instrumentos, pues algunos participantes no contestaron en su totalidad estos, provocando que se perdieran algunos datos lo cual repercutió en los análisis posteriores, pues no se pudo realizar una comparación adecuada entre los tres grupos, un ejemplo de esto se presenta en la tabla 8 donde las respuestas del grupo de adultos maduros no contestó sobre el uso del condón con pareja regular y ocasional, es por ello y que para evitar este tipo de situaciones en futuras aplicaciones se recomienda brindar a los participantes instrucciones más claras y concisas al momento de llevar a cabo la aplicación, así mismo se recomienda llevar a cabo revisiones minuciosas de los instrumentos para asegurarse que estos sean respondidos en su totalidad.

Entre las limitaciones de este trabajo se encuentra el hecho de que no se pueden generalizar los resultados obtenidos a la población general de hombres privados de la libertad, pues la población con la que se trabajó se encuentra bajo una condición de privación de la libertad, sin embargo, este trabajo ayuda a generar conocimiento sobre cuáles son las variables que inciden en el uso del condón en este grupo poblacional, de igual forma este trabajo ayudará a desarrollar intervenciones dirigidas a desarrollar habilidades conductuales específicas para cada grupo de edad, tomando en cuenta los factores motivacionales y de información que inciden en el desarrollo de estas habilidades de acuerdo a la edad.

A partir de lo encontrado surgen nuevas interrogantes, entre las cuales destaca el por qué ninguna habilidad conductual resultó predictor del uso del condón en el grupo de hombres jóvenes, a partir de este hecho se pueden realizar nuevas investigaciones dirigidas a encontrar qué otras habilidades podrían tener un valor predictivo con respecto al uso del condón en este grupo, o si esta se ve afectada como ya se ha mencionado previamente por el hecho de saber usar el condón correctamente, la cual, para futuras investigaciones podría establecerse como una tercer habilidad conductual requerida para que las personas aumenten su consistencia en el uso del condón.

8. REFERENCIAS

- Adoga, M., Banwat, E., Forbi, J., Nimzing, L., Pam, C., Gyar, S., ... Agwale, S. (2009). Human inmunodeficiency virus, hepatitis B virus and hepatitis C: sero-prevalence, co-infection and risk factors among prisión inmates in Nasarawa State, Nigeria. *J Infect Dev Ctries.* 3 (7). 539-547.
- Álvarez, M., de la Torre, L. & Domínguez, J. (2014). Las Infecciones de Transmisión Sexual: una revisión dirigida a la atención primaria. *Revista Cubana de Medicina General Integral.* 30 (3). 343-353.
- Ameli, G., & Gutiérrez, C. (2007). Infección por VIH-1 en pacientes no progresores a lo largo del tiempo. *Revista del Instituto nacional de Higiene Rafael Rangel.* 8 (2). 1-8.
- Antón, F. & Espada, J. (2009). Consumo de sustancias y conductas sexuales de riesgo para transmisión del VIH en una muestra de estudiantes universitarios. *Anales de Psicología.* 25 (2), 344-350.
- Arango, I. (2008), Salud sexual. En I. Arango (Ed); *Sexualidad humana* (pp. 47-59). México: Manual Moderno.
- Arévalo, N., Dahbar, M., Casco, R., Donatti, L. & Allevato, M. (2012). Infecciones de transmisión sexual. *Act Terap Dermatol.* 335. 260- 265.
- Ariza, N., Valderrama, M., & Ospina, J. (2014) Caracterización del embarazo adolescente en dos ciudades de Boyacá, Colombia. *Revista Virtual de la Universidad Católica del Norte.* 42. 154-163.
- Arrúe, D., Duvergel, M., Tito, M., Divó, X. & González, S. (2013). Estrategia metodológica-educativa sobre infecciones de transmisión sexual. *Rev Inf Cient.* 81 (5). 1-10.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. In Prentice-Hall (Ed.). New York.
- Bahamón, M., Viancha, M. & Tobos, A. (2011). Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: Una perspectiva de género. *Psicología Desde el Caribe,* 31 (29), 327-353.

- Bahrami, Z. & Zarani, F. (2015). Application of the Information-Motivation and Behavioral Skills (IMB) model in risk sexual behaviors amongst male students. *Journal of Infection and Public Health*. 8. 207-213. doi: 10.1016/j.jiph.2014.09.005.
- Bandura, A. (1999). Autoeficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual (pp. 19-54, 223-244.). España: Desclée de Broker
- Bárceñas, S., Robles S. & Díaz-Loving, R. (2013) El papel de los padres en la salud sexual de sus hijos. *Acta de investigación Psicológica*. 3 (1). 956-968.
- Barra, E. (2001). Modelos psicosociales para la promoción de salud y la prevención de enfermedades. *Ciencia y Enfermería*. 7 (2). 19-25.
- Bermúdez, M., Herencia-Leva, A., & Uribe, A. (2009). Versión fuerte y débil del modelo de información-motivación- habilidades conductuales en la predicción del uso de preservativo. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 41 (3). 587- 598.
- Bórquez, C., Lobato, I., Gazmuri, P., Hurtado, R., Llanqui, V., Vivanco M., ... Vega, J. (2017). Prevalencia de virus de inmunodeficiencia humana, virus de hepatitis B y treponema pallidum, en reclusos del Centro de Detención Preventiva de Arica, Chile. *Rer Chilena Infectol*. 34 (5). 453-457. doi: 10.4067/S0716-10182017000500453
- Butler, T., Richters, J., Yap, L. & Donovan, B. (2013). Condoms for prisoners: no evidence that they increase sex in prison, but they increase safe sex. *Sex Transm Infect*. 89. 377-379. doi: 10.1136/sextrans-2012-050856
- Caballero, R. & Villaseñor, A. (2001). El estrato socioeconómico como factor predictor del uso constante de condón en adolescentes. *Rev Saúde Pública*. 35 (6). 531-538.
- Campero, L, Atienzo, E., Suarez, L., Hernández, B. & Villalobos, A. (2013). Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y comparación. *Gaceta Médica de México*, 143., 299-307.
- Canche, J., Canul, J., Suárez, R., de Anda, R. & González, M. (2011) Infecciones por el Virus del Papiloma Humano en mujeres recluidas en Centros de Readaptación Social en el sureste de México. *Rev ESsp Penit* 13. 84-90.

- Cárcamo, C., Blitchtein, D., Valverde, A., Best, J., Suarez, L., Campos, J., ... Marique, H. (2003). Estudio basal de prevalencia de sífilis y VIH y comportamientos asociados en población privada de la libertad, Perú 1999. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. 20 (1). 9-14.
- Castro, I. (2010) Conocimientos y factores de riesgo sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 9 (3). 705-716-
- CENSIDA (2018). Vigilancia epidemiológica de VIH/SIDA en México Registro Nacional de Casos de Sida Actualización al 1er Trimestre de 2018. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/328400/RN_1er_trim_2018.pdf
- Chacón, T., Corrales, D., Garbanzo, D., Gutiérrez, J., Hernández, A., Lobo, A. ... Ventura, S. (2009). ITS y SIDA en adolescentes: descripción, prevención y marco legal. *Medicina Legal de Costa Rica*. 26 (2). 79-98
- Chávez, E. & Castillo, R. (2013) Revisión bibliográfica sobre el VIH/SIDA. *Multimed*. 17 (4), 1-25.
- Chávez, M. & Álvarez, J. (2012). Aspectos psicosociales asociados al comportamiento sexual en jóvenes. *Psicología y Salud*. 22 (1). 89-98.
- Clínicas de aborto en México DF (2018). Embarazo adolescente en cifras. Recuperado de: <https://clinicas-aborto.com.mx/embarazo-adolescente-en-cifras/>
- Comunión, A. (2018). Infecciones de transmisión sexual en el adolescente lo que el pediatra de primaria de saber. *Actualización en Pediatría*. 201-207.
- Cornman, D., Schmiede, S., Benzinger, J., Bryan, A., & Fisher, J. (2007). An Information-Motivation-Behavioral model-based HIV prevention intervention for trucks drivers in India. *Soc Sci Med*. 64 (8). 1572-1584. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.11.011.
- Crooks, R. & Baur K. (2009). *Our Sexuality*. United States: CENGAGE Learning.
- Cruz, C., Ramos, U., & González, A. (2011). Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS. Dirigida a personal de servicios de salud. México: Fundación Mexicana para la Salud A.C.

- Cunill, M., Gras, M., Planes, M., & Serda, B. (2012). Predictores de la intención de uso del preservativo entre adolescentes. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*. 104. 9-18.
- Del Castillo, A., Mayorga, L., Guzmán, R., Escorza, F., Gutiérrez, I., Hernández, M & Juárez, E. (2012). Actitud hacia el uso del condón y autoeficacia en la prevención del VIH/SIDA en estudiantes de psicología de UAEH. *Revista Científica electrónica de psicología*. 28-55.
- Dembo, R., Belenko, S., Childs, K., Greenbaum, P. & Wareham, J. (2010). Gender Difference in Drug Use, Sexually Transmitted Diseases, and Risk Sexual Behavior among Arrested Youths. *J Child Adolesc Subst Abuse*, 19 (5), 424- 446. doi:10.1080/1067828X.2010.515886.
- Díaz-Loving, R. & Rivera, S. (1995) Prevencion de contagio de VIH: aplicación dela teoría de acción razonada a la predicción del uso del condón. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*. 13. 71-87.
- Díez, M., & Díaz, A. (2011). Infecciones de trasmisión sexual: epidemiología y control. *Rev Esp Sanid Penit* 13. 58-66.
- Enríquez, D., & Sánchez, R. (2004). *Análisis exploratorio de distintas variables relacionadas con el comportamiento sexual de riesgo en hombres y mujeres universitarios*. Tesis de Licenciatura no publicada. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Estado de México, México.
- Espada, J., Morales, A., Guillén, A., Ballester, R. & Orgilés, M. (2016). Predicting condom use in adolescent: a test of three socio-cognitive models using a structural equation modeling approach. *BMC Public Health*. 16 (35). doi: 10.1186/s12889-016-2702-0.
- Fadragas, A. (2013). Intervención sobre el ITS/VIH/sida en adolescentes pertenecientes a dos consultorios del policlínico “Plazas”. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 28 (3). 260-269.
- Figuroa, L. & Figuroa, L. (2017). Conductas sexuales de riesgo en adolescentes desde e contexto cubano. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Rio*. 21 2. 193-201.

- Fisher, J., & Fisher, W. (1992). Changing AIDS-risk behavior. *Psychological Bulletin*, 3(3), 455-474.
- Flores, M., Nava, G., & Arenas, L. (2017). Embarazo en la adolescencia en una región de México: Un problema de salud pública. *Revista Salud Pública*. 19 (3), 374-378 doi: 10.15446/rsap.v19n3.43903
- Gallegos, E., Villaruel, A., Loveland-Cherry, C., Ronis, D. & Zhou, Y. (2008) Intervención para reducir el riesgo en conductas sexuales de adolescentes: un ensayo aleatorizado y controlado. *Revista Salud Publica de México*. 50 (1). 59-66.
- Garaycochea, M., Pino, R., Chávez, I., Portilla, J., Miraval, M., Arguedas, E. ... Espinoza, M. (2013). Infecciones de transmisión sexual en mujeres de un establecimiento penitenciario de Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. 30 (3). 423-427.
- García, F., Álvarez, M., Bernal, C., Chueca, N. & Guillot, V. (2011). Diagnóstico de laboratorio de la infección por VIH, del tropismo viral y de las resistencias a los antirretrovirales. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. 29 (4). 297-307. doi: 10.1016/j.eimc.2010.12.006
- Gaviria, G., Lastre, G. & Trejos, A. (2015). Prevalencia de VIH y conductas de riesgo en internos de un centro carcelario del distrito de Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*. 31 (1). 25-35. doi: 10.14482/sun.30.1.4309
- Gonçalves, S., Castellá, J. & Sandra, M. (2007). Predictores de conductas sexuales de riesgo entre adolescentes. *Revista Internacional de Psicología*. 41 (2). 161-166.
- González, C., Rojas, R., Hernández, M., & Fernández, G. (2005), Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados del ENSA 2000. *Salud Pública de México*, 47 (3), 209-218.
- Gough, E. & Edwards, P. (2009). HIV Seroprevalence and associated risk factors among male inmates at the Belize Central Prison. *Rev Panam Salud Publica*. 25 (4). 292-299.

- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). Concepción o elección del diseño de investigación. En Autor (Eds). *Metodología de la investigación*. (pp. 126-169). México: McGraw-Hill.
- Holguín, Y., Mendoza, L., Esquivel, C., Sánchez, R., Daraviña A., & Acuña, M. (2013). Factores asociados al inicio de la actividad sexual en adolescentes de Tulúa, Colombia. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 78 (3), 209-219.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017). *La anticoncepción: implicaciones en el embarazo adolescente, fecundidad y salud reproductiva en México*. Recuperado de:
http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825089627.pdf
- Interrupción Legal del Embarazo (ILE) (2018), Estadísticas abril 2007 – 9 de agosto 2018. Recuperado de: <http://ile.salud.cdmx.gob.mx/wp-content/uploads/Interrupcion-Legal-del-Embarazo-Estadisticas-2007-2017-9-de-agosto-2018-copia.pdf>
- Jiménez, M. (2010). Comunicación sexual en adolescentes y su implicación en el uso del condón. *Enseñanza e investigación en Psicología*. 15 (1). 107-129.
- Kerlinger, F., & Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales* (4a. ed.). México: McGraw Hill.
- Kimble, C., Hirt, E., Díaz-Loving, R., Hosch, H., Lucker, W., & Zárate, M. (2002). *Psicología Social de las Américas*. México: Prentice-Hall.
- Lamotte, J. (2004). Infección- Enfermedad por VIH/ SIDA. *Medisan*. 8 (4), 49-63.
- Lamotte, J. (2014). Infección por VIH/ sida en el mundo actual. *Medisan*. 18 (7), 117-138.
- Lara, L., Cianelli, R., Ferrer, L., Bernales, M. & Villegas, N. (2008). Comunicación de pareja y VIH en mujeres en desventaja social. *Horiz Enferm*. 19 (2). 35-43.
- Liu, Z., Wei, P., Huang, M., Liu, Y., Li, L., Gong, X. ... Li, X. (2014). Determinants of Consistent Condom Use among College Students in China: Application of the Information-Motivation-Behavior Skills (IMB) Model. *PLoS ONE*. 9 (9). doi: 0.1371/journal.pone.0108976

- Llorente, D., Cedeño, S., Guzmán, J. & Fuentes, P. (2009). Actualidad en infecciones de transmisión sexual de etiología viral, *Archivos de Medicina*. (5), 2. doi: 10.3823/026.
- Mariño, M. (2012). Estudio de relación entre Niveles de Violencia en Población masculina Privada de la Libertad (PPL) en El Salvador y Conocimientos de VIH, vulnerabilidad asociada con VIH/Sida. *Población y Salud en Mesoamérica*. 9 (2). 1-12.
- Mariño, R. & Santoya, A. (2013). Intervención educativa sobre VIH/sida. *Humanidades Medicas*. 13 (3). 622-638.
- Mazo, Y., Domínguez, L. & Cardona, J. (2014). Conocimientos, actitudes y prácticas en adolescentes universitarios entre 15 y 20 años sobre VIH/SIDA en Medellín, Colombia 2013. *MED. UIS*. 27 (3). 35-45.
- Mendoza, L., Arias, M., Pedroza, M., Micolta, P., Ramírez, A., Cáceres, C. et al. (2012). Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública en una ciudad colombiana. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 77(4), 271-279.
- Menkes, C. & Suarez, L. (2003). Sexualidad y Embarazo adolescente en México. *Papeles de Población*. 9 (35). 1-31
- Menkes, C., & Suarez, L. (2013). El embarazo en adolescentes en México: ¿Es deseado? *Coyuntura Demográfica*. 4. 21-28
- Montalvo, A. (2014). Comportamientos y conocimientos sobre salud sexual en adolescentes. *Correo Científico Médico Holguín*, 18 (3), 403-414.
- Mora, A. & Hernández, M. (2015). Embarazo en la adolescencia. *Ginecología y Obstetricia de México*. 83 (5). 294-301.
- Moreno, D., Robles, S., Frías, B., Rodríguez, M., Barroso, R., & Rodríguez, M. (2010). *Encuesta Universitaria sobre Salud Sexual*. Estado de México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Nelwan, E., van Crevel, R., Alisjahbana, B., Indrati, A., Dwiyana, R., Nurulam, N., ... van der Ven, A. (2010). Human immunodeficiency virus, hepatitis B and hepatitis C in an Indonesian prison: prevalence, risk factors and implications of HIV screening.

- Tropical Medicine and International Health*. 15 (12). 1491- 1498. doi: 10.1111/j.1365-3156.2010.02655.x
- Oliveira, A., Gomes, S., Amorim, P., Santos, A., Rodrigues, E. & Bezerra, A: (2012). Knowledge, attitude and practices regarding condom use among women prisoners: the prevention of STD/HIV in the prison setting. *Rev Esc Enferm USP*. 46 (3). 707-714.
- ONUSIDA (2008). Información básica sobre el VIH. Recuperado de: http://data.unaids.org/pub/factsheet/2008/20080519_fastfacts_hiv_es.pdf
- ONUSIDA (2018). Estadísticas Mundiales sobre el VIH de 2017. Recuperado de: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2007). Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual: 2006 2015: romper la cadena de transmisión. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43773/9789243563473_spa.pdf?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud (2016). Salud y enfermedad en privación de la libertad. Recuperado de: https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&alias=491-diagnostico-epidemiologico-folleto-com-1&category_slug=publications&Itemid=307
- Organización Mundial de la Salud (2018a). *Salud sexual*. Recuperado de: http://www.who.int/topics/sexual_health/es/
- Organización Mundial de la Salud (2018b). Prevención del aborto peligroso. Recuperado de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>
- Organización Mundial de la Salud (2018c). El embarazo en la adolescencia. Recuperado de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud (2000). Promoción de la salud sexual. Recuperado de: http://www.e-sanitas.edu.co/Diplomados/VIH/Modulo%201/lecturas/Promocion_de_Salud_Sexual%20OMS%202000.pdf

- Ospina, S. (2006). Diagnóstico de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana. *Asociación Colombiana de Infectología*. 10 (4), 273-278.
- Páez, D., Ubillos, S., Pzarro, M. & León, M. (1994). Modelos de creencias de salud y de la acción razonada aplicados al caso del SIDA. *Rev. de Psicol. Gral. y Aplic.* 47 (2). 141-149.
- Panduro, J., Jiménez, P., Pérez, J., Panduro, E., Peraza, D. & Quezada, N. (2012). Embarazo adolescente y sus repercusiones materno perinatales. *Ginecología y Obstetricia de México*. 80 (11). 694-704.
- Papalia, D., Feldman, R. & Martorell, G. (2012), Desarrollo psicosocial en la adolescencia. En Autores. *Desarrollo humano*. (pp. 388-417). México: Mc-Graw-Hill.
- Paredes, F. & Roca J. (2004). Enfermedades de transmisión sexual. *Ámbito Farmaceutico Microbiología*. 21 (7). 100-106.
- Pitpitan, E., Kalichman, S., Garcia, R., Cain, D., Eaton, L. & Simbayi, L. (2015). Mediators of behavior change resulting from a sexual risk reduction intervention for STI patients, Cape Town, South Africa. *J Behav Med*. 38 (2). 194-203. doi:10.1007/s10865-014-9591-4.
- Rangel, Y. & Castoreno, M. (2016). Los riesgos para la salud sexual y reproductiva en un grupo históricamente vulnerado: un estudio sobre las experiencias y percepciones de mujeres parejas de migrantes. *Revista del Colegio de San Luis*. 12. 160-184.
- Rathus, S., Nevid J. & Rathus, L. (2005) ¿Qué es la sexualidad? En Autores. *Sexualidad Humana*. (pp.1-29.) España: Pearson.
- Robles, S., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez, M., Barroso, R., Díaz, E. ... Hernández, R. (2006). Entrenamiento conductual en habilidades de comunicación sexual en la pareja y el uso correcto del condón. *Anales de Psicología*. 22 (1). 60-71.
- Robles, S. & Díaz-Loving, R. (2011). *Validación de la Encuesta Estudiantil sobre Salud Sexual (EESS)*. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Rojas, M., Méndez, R. & Montero, L. (2016). Salud sexual y reproductiva en adolescentes: La fragilidad de la autonomía. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 21 (1), 52-62

- Ruíz, M., López, C., Carlos, S., Calatrava, M., Osorio, A., & de Irala, J. (2012). Familia, amigos y otras fuentes de información asociadas en inicio de las relaciones sexuales en adolescentes de El Salvador. *Revista Panam Salud Pública*, 31 (1), 54-61.
- Sánchez, R., Enríquez, D., & Robles, S. (2015). Factores asociados al uso del preservativo en adolescentes mexicanos en conflicto con la ley. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*. 1 (1). 114-125.
- Shibley, J., & deLamater, J., (2006). Técnicas de excitación y comunicación En Autores. *Sexualidad humana*. (pp. 229-259). México: McGraw-Hill.
- Suárez, R., Sepúlveda, R., Niño, N. & Vesga, J. (2008). Contextos socioculturales de riesgo para contraer VIH en Cartagena. *Antídopa*. 6. 313-330.
- Trafimow, D. (2009) The Theory of Reasoned Action. *Theory & Psychology*. 19 (4). 501-518. doi. 10.1177/0959354309336319.
- Torres, T., Iñiguez, R., Pando, M., & Salazar, J. (2009). Riesgos de contagio de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH/SIDA desde el punto de vista de adolescentes migrantes del Estado de Jalisco, México. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 7 (1). 135-154.
- Uribe, J., Aguilar, J., Zacarías, X. & Aguilar, A. (2015). Modelos explicativos del uso del condón en las relaciones sexuales de adolescentes. *Acta de Investigación Psicológica*. 5 (1) 1904-1925.
- Uribe, J., Amador, G., Zacarías, X. & Villareal, L. (2012). Percepciones sobre el uso del condón y la sexualidad entre jóvenes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10 (1), 481-494
- Uribe, J., Andrade, P., Zacarías, X. & Betancourt, D. (2012). Predictores del uso del condón en las relaciones sexuales de adolescentes, análisis diferencial por sexo. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*. 15 (2). 75-92.
- Valiente, Y., Hernández, M. & Sánchez, M. (2016). Formación de reclusos como promotores de la salud para la prevención del contagia de sífilis en un centro penitenciario. *Medisan*. 20 (6). 795-802.

Vinueza, M., & Bello, H. (2018). Embarazo en la adolescencia. Características epidemiológicas. *Revista científica. Dominio de las ciencias*.1. 311-321.

9. APÉNDICES

APÉNDICE A

INFORMACIÓN GENERAL

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

DATOS PERSONALES

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

DI2. ¿Cuál es tu estado civil?

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

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

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

DI4. Antes de tu ingreso ¿Con quién vivías?

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

DI5. ¿Tienes hijos?

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

DI6. ¿Qué edades tienen tus hijos?

DI7. Te consideras una persona con una orientación sexual:

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

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

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

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

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

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

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

- (5) Más de \$10, 000 (Más de 174 salarios mínimos)
(6) No sé

DATOS JURIDICOS

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

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

DJ2 ¿De 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

APOYO SOCIAL

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

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

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

Económico (2) Moral/emocional Otro: _____

APÉNDICE B

SALUD SEXUAL

INFORMACIÓN

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

APÉNDICE C

MOTIVACIÓN

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

APÉNDICE D

MOTIVACIÓN

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

APÉNDICE E

MOTIVACIÓN

INTENCIÓN PARA USAR CONDÓN EN RELACIONES SEXUALES

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

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

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

APÉNDICE F

MOTIVACIÓN

AUTOEFICACIA PARA USAR CONDÓN EN RELACIONES SEXUALES

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

APÉNDICE G

HABILIDADES CONDUCTUALES

COMUNICACIÓN SOBRE TEMAS SEXUALES

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

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

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

APÉNDICE H
HABILIDADES CONDUCTUALES
ESTILOS DE NEGOCIACIÓN

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

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

APÉNDICE I

PATRÓN DE CONDUCTA SEXUAL

SECCIÓN PARA RESPONDER ÚNICAMENTE POR PERSONAS QUE HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES

LO QUE HACES....

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

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 ¿fue algo que planeaste con tu pareja?
(1) Sí (2) No

PS4. En tu primera relación sexual ¿utilizaste condón?
(1) Sí (2) No

PS5. Las relaciones sexuales que has tenido han sido:
(1) Vaginales (2) Anales (3) Orales
(4) Vaginales y anales (5) Vaginales y orales (6) Anales y orales
(7) Vaginales, anales y orales

PS6. ¿Usaste condón en tu última relación sexual?
(1) Sí (2) no

PS7. En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces tuviste las siguientes **prácticas sexuales** con tu pareja regular o pareja ocasional?

1=nunca. 2=Poco frecuente. 3=Algo frecuente. 4=Frecuentemente. 5=Muy frecuentemente.											
Tipo de parejas		Pareja Regular					Pareja Ocasional				
PS7.1	Vaginales	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
PS7.2	Anales	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

PS7.3	Orales	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
-------	--------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

PS8. De las prácticas que señalaste en la pregunta anterior que si has tenido, señala ¿con qué **frecuencia usaste condón** en los últimos 6 meses con tu *pareja regular o alguna pareja ocasional*?

1=nunca. 2=Poco frecuente. 3=Algo frecuente. 4=Frecuentemente. 5=Muy frecuentemente.											
Tipo de pareja		Pareja Regular					Pareja Ocasional				
PS8.1	Vaginales	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
PS8.2	Anales	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
PS8.3	Orales	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

SEXO Y ALCOHOL

PS9. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia tuviste **relaciones sexuales**, sean vaginales, orales y/o anales, habiendo consumido algún tipo de bebida alcohólica?

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

PS10. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia **usaste condón** cuando tuviste relaciones sexuales habiendo consumido algún tipo de bebida alcohólica?

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

SEXO Y DROGAS

PS11. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia tuviste **relaciones sexuales**, sean vaginales, orales y/o anales, habiendo consumido drogas?

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

PS12. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia **usaste el condón** cuando tuviste relaciones sexuales habiendo consumido drogas?

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

APÉNDICE J

CONSISTENCIA EN EL USO DEL CONDÓN

- CUC1. ¿Cuántas veces tuviste relaciones sexuales en los tres meses previos (por favor no pongas afirmaciones como “muchas”, “pocas”, etc. y escribe el número que realmente has tenido):_____ **veces.**
- CUC2. ¿Cuántas veces usaste el condón en los últimos tres meses previos? (por favor no pongas afirmaciones como “muchas”, “pocas”, etc. y escribe el número que realmente has tenido):_____ **veces.**