



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"Factores de riesgo asociados al debut sexual en hombres  
privados y no de la libertad en la CDMX"

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

Ana Victoria Chávez Arista

Directora: Dra. Consuelo Rubí Rosales Piña 

Dictaminadores: Dr. Ricardo Sánchez Medina

Dr. David Javier Enríquez Negrete



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 12/08/2020



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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



## ÍNDICE

Resumen/Abstract	2
Agradecimientos	3
INTRODUCCIÓN	4
CAPÍTULO 1. SEXUALIDAD HUMANA	10
1.1 Salud sexual y reproductiva	10
1.2 Problemas de salud sexual	23
1.3 Patrón de comportamiento sexual	27
1.4 El papel del psicólogo en la salud sexual	30
CAPÍTULO 2. FACTORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS CON EL PATRÓN DE CONDUCTAS SEXUALES.	36
2.1 Características sociodemográficas	37
2.2 Información sobre ITS, VIH-ITS y uso del condón	43
2.3 Creencias y actitudes hacia el uso del condón	50
CAPÍTULO 3. FACTORES Y CONDUCTAS DE RIESGO SEXUAL EN VARONES PRIVADOS DE LA LIBERTAD (PPL) Y NO PRIVADOS (PNPL)	55
3.1 Factores de riesgo en PPL y PNPL	56
3.2 Conductas de riesgo en PPL y PNPL	62
3.3 Población privada de la libertad vs No privada	68
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	74
Justificación	74
Pregunta de investigación	74
Objetivos	74
MÉTODO	76
Población	76
Variables e instrumentos	77
Procedimiento	78
RESULTADOS	79
DISCUSIÓN	93
CONCLUSIÓN	99
REFERENCIAS	101
ANEXOS.	118

## **Resumen/Abstract**

En el presente estudio se tiene como propósito identificar los factores y conductas de riesgo asociados al debut sexual en hombres privados y no de la libertad de la CDMX, mediante las características de la población, su nivel de conocimientos para lo cual se aplicó un diseño descriptivo con 120 participantes con un rango de edad de 18 a 45 años de los cuales se dividieron en 60 privados de la libertad y 60 en libertad completa. Esto se realizó con un instrumento el cual contó con preguntas abiertas (demográficas) y de opción múltiple, las cuales se enfocaron en patrones conductuales sexuales y conocimientos, así como actitudes y motivación. Los resultados muestran los patrones de conducta que envuelven el comportamiento sexual de cada tipo de población notando que no existe diferencias significativas entre estas poblaciones más bien en sus creencias que pueden o no permear las conductas de los mismos.

Palabras clave: sexualidad, patrones conductuales, varones, cárcel, factores de riesgo.

## **Agradecimientos**

Sólo puedo agradecer a mis 6 pilares de vida, los 3 fundamentales Teresa Chávez, Estela Arista y Montserrat Ulloa y los 3 que el escultismo me dio Irene González, Xánath Bautista y Daniel Calvo. Sin los cuales no conocería la perseverancia, asertividad y esfuerzo; gracias a ellos puedo estar el día de hoy con este manuscrito siendo la profesionista que soy.

Gracias a la Mtra. Rubí Rosales, sin la cual mi perseverancia no hubiera dado para tanto alcance y al Dr. Ricardo Sánchez sin el cual no habría alcanzado mis objetivos. Ellos han sido la mejor elección de sinodales que pude hacer.

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

La gente solo ve lo que está preparada para ver.

-Ralph W. Emerson

## INTRODUCCIÓN

Actualmente, existen muchas investigaciones que aportan conocimiento sobre el tratamiento psicológico de VPH y VIH/SIDA, variando en el tipo de población. Sin embargo, un factor de suma importancia que rara vez se toma en cuenta para la implementación de programas de intervención es la edad de inicio sexual de la persona, la cual marca la transición a nuevas necesidades en salud, y a partir de las cuales se podrían originar consecuencias respecto a la negligencia que las personas tienen respecto a su salud sexual, por lo que es de gran importancia entender que la primera relación sexual, tiene un alto impacto en el comportamiento posterior (Espada, Morales & Orgilés, 2014).

De acuerdo con Hernández (2015) los adolescentes mexicanos inician su vida sexual cada vez más frecuentemente antes de los 15 años. Cifras de la SEP (2012) revelan que de los jóvenes varones que cursan el bachillerato, 45% tuvo su primera relación sexual entre los 12 y los 15 años, y 35% de mujeres también la tuvo en ese rango de edad. Por tanto se puede observar que en promedio, cuatro de cada diez estudiantes de bachillerato iniciaron su vida sexual en la secundaria, lo cual revela que cada vez se acorta la edad de la primera relación sexual.

De acuerdo con Holguin, Mendoza, Esquivel, Sánchez, Daraviña y Acuña (2013) y Hernández y Cruz (2017) los factores que pudieran ser de riesgo o protección para el inicio de la actividad sexual en la adolescencia se dividieron en tres niveles: el nivel individual, el nivel familiar y el nivel socio-cultural de las familias y los adolescentes. Algunas de las características particulares de dichos niveles podrían ser: a nivel individual las elecciones de amistades, bajo nivel educativo y bajos ingresos, a nivel familiar las que están conformadas por un solo padre, las que tiene una pobre supervisión de los padres y mensajes ambiguos de los adultos frente a la actividad sexual de los hijos y finalmente a nivel socio-cultural podría ser la pobreza, baja cobertura de servicios de salud y servicios como agua, luz, drenaje entre otros.

Por tanto es importante entender que la sexualidad precoz es un fenómeno complejo que impacta a nuestra sociedad cada vez más y se compone de diversas situaciones y para el cual se debe comprender una descripción específica respecto al mismo.

Según Otero (1995) la sexualidad temprana se entiende como la prematura conducta sexual sin estar mentalmente preparado, provocando un choque mente-cuerpo que lleva a una exagerada conducta adulta sexual; por ello los adolescentes tienen con mayor probabilidad consecuencias bio-psicosociales importantes al desarrollar estas prácticas como son embarazos en adolescentes, infecciones de transmisión sexual, relaciones sexuales con uso de sustancias adictivas, entre otras.

Las consecuencias de la sexualidad precoz señaladas con mayor énfasis en la literatura se pueden clasificar en físicas, psicológicas y sociales. Dentro de la categoría de las físicas, se encuentra el embarazo no deseado, abortos y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS); en las sociales se identifican la sanción social o el reconocimiento y la aprobación por parte de la pareja, el grupo de iguales o la familia y finalmente en las psicológicas se identifican los sentimientos que mantienen la conducta como la satisfacción, el orgullo, la tranquilidad y el sentimiento de realización; y los sentimientos negativos como los de culpabilidad, tristeza, arrepentimiento, vergüenza y preocupación (Vargas & Barrera, 2002 como se citó en Mendoza, Claros & Peñaranda, 2016).

Tomando en cuenta la corta edad en la que se inicia la vida sexual, se puede relacionar que su conocimiento sobre prácticas sexuales seguras, métodos de prevención e ITS es menor al de edades avanzadas por tanto, de acuerdo con datos de la SEP (2012) la cuarta parte de ellos no usaron un método anticonceptivo para evitar infecciones de transmisión sexual o un embarazo no planeado, con lo que aumenta 370% la probabilidad de que los alumnos abandonen la escuela en el bachillerato.

Por otra parte, para disuadir el debut sexual temprano González, Molina, Montero, y Martínez (2013) menciona que algunos estudios internacionales han mostrado que el inicio de la actividad sexual está asociados a múltiples factores. Entre los factores personales que se asocian a menor riesgo de inicio sexual, destacan el buen desempeño escolar y la religiosidad. Mientras que se asocian a inicio sexual más temprano, la influencia de alcohol o drogas, el antecedente de parejas mayores, el abuso sexual previo, la influencia de los pares y los/as que trabajan.

Tomando en cuenta la influencia de las últimas características del debut sexual que se mencionaron en el párrafo anterior y las investigaciones que se encontraron respecto al tema, se puede asociar al temprano inicio de la sexualidad no sólo las conductas sexuales de riesgo y el entorno socio-cultural, sino otros comportamientos como el abuso de sustancias adictivas. Autores como Murray, Zabin, Toledo-Dreves y Luengo-Charath (1998) concluyen que aquellos que se inician antes en el sexo, muestran un mayor consumo de drogas y alcohol y un mayor número de parejas sexuales a lo largo de su vida. Ellos mencionan que el consumo de alcohol está relacionado a conductas de alto riesgo; por ejemplo, un adolescente que consume bebidas alcohólicas tiene mayor riesgo de iniciar su actividad sexual, que otra que no está expuesta a este hábito. Además de la alta prevalencia de consumo de licor, el consumo de alcohol, tabaco y drogas psicoactivas mostraron una fuerte asociación con el inicio de la actividad sexual.

Esta fuerte asociación ha sido informada en estudios previos y la explicación más aceptada establece que además de ser un factor de riesgo asociado, es un factor causal. En Colombia la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS, 2010), informa que el 3% de las jóvenes de 15 a 24 años de edad tuvo acercamientos sexuales en el último año bajo efectos de alcohol y el 5% lo hizo en estado de embriaguez con una pareja que también lo estaba (De Bedout, 2010). Por tanto los adolescentes que se inician antes en su actividad sexual con penetración se encuentran más tiempo expuestos al riesgo de contraer ITS o embarazos no planeados. Esto debido a ese inicio temprano y al sexo desprotegido, potenciado por el consumo de drogas y alcohol (Pantin, Prado, Schwartz & Sullivan, 2005)

De acuerdo con Calafat, Juan, Becoña y Mantecón (2008) la cocaína es una de las sustancias más valoradas para prolongar el acto sexual. No obstante, los jóvenes prefieren el alcohol para facilitar el encuentro sexual e incrementar la excitación sexual. El consumo de drogas puede reducir la percepción de riesgo, potenciar una actitud más abierta hacia la experimentación, afectar a la toma de decisiones e incrementar la probabilidad de incurrir en prácticas sexuales no seguras (Bellis et al., 2008). Sin embargo, las expectativas hacia los efectos de las drogas, así como ciertos rasgos de personalidad pueden influir en la presencia del comportamiento de riesgo.

Los jóvenes que mantienen relaciones sexuales bajo la influencia de las drogas se exponen en mayor medida a las ITS por un menor uso del preservativo, indican mayor número de parejas sexuales así como también de experiencias sexuales tempranas (Lomba, Alves & Ribeiro, 2009).

Aunque la edad promedio del inicio de la vida sexual es a los 15 años, una encuesta del Centro Latinoamericano Salud y Mujer publicada por la SEP (2012) reveló que cuatro de cada diez tuvo su primera relación sexual a los 12, 13, 14 o 15, pero más de 50% de ellos desconoce el uso correcto de los anticonceptivos; ese desconocimiento provoca que uno de cada cuatro embarazos ocurre en niñas entre los 12 y 15 años.

Tomando en cuenta lo mencionado anteriormente, es importante señalar que los factores sociales afectan al desarrollo de cada uno de los individuos por lo que al mezclar el abuso de sustancias adictivas con un bajo nivel educativo, se puede notar que se convierte en población propensa a desarrollar conductas delictivas. Estas conductas delictivas hacen que las personas lleguen a centros de reinserción social, penitenciaria o correccional, lugares en los cuales la sexualidad se aborda desde una perspectiva tabú en la mayoría de los casos. Tomando en cuenta que en su mayoría son personas que cuentan con poco conocimiento respecto a su sexualidad los hace una población sumamente vulnerable a contraer alguna ITS, eso aunado al entorno en el que la mayoría se desarrolla puede crear

focos de atención para la prevención de posteriores conductas de riesgo tanto sexuales como de consumo de sustancias y/o delictivas.

En Centroamérica y México, los jóvenes de entre 15 y 34 años representan aproximadamente 80% de todos los victimarios de homicidio y robo (Ranum, 2006). Ejemplo de esto es el análisis realizado en el Proyecto de Opinión Pública en América Latina por parte del Banco Mundial (LAPOP, 2016) donde se señala que en México, 5.7 por ciento de los adultos han sido víctimas de robo armado durante los recientes 12 meses por menores de edad o personas que apenas superan los 20 años.

Por tanto se puede notar un foco de suma importancia en la población privada de la libertad respecto a prácticas sexuales dentro y fuera de las penitenciarias. Sin embargo gracias a la investigación previamente realizada respecto al tema se pudo notar que gran cantidad de la literatura se encarga de abordar a esta población desde una perspectiva del tratamiento de enfermedades como son el VIH, VPH y sífilis, pues todos los titulares de estos van enfocado a lo antes mencionado. (Sánchez, Alonso & Santabárbara, 2016; Gayet, 2015). Y pocas toman en cuenta la prevención de conductas de riesgo, así como los posibles factores que influyen en su toma de decisiones como lo son las experiencias previas.

Con motivo de profundizar en el impacto de la primer relación sexual en el desarrollo de conductas posteriores en las prácticas sexuales se realizó este trabajo de investigación, para aportar mayor conocimiento y comparar las poblaciones privada y no privada de la libertad, creando así una comparación entre ambas poblaciones y no sólo centrarse en una u otra población. Gutiérrez (2017) habla sobre la sexualidad en los penales y todos los riesgos que estos tienen, menciona que el sexo es como una moneda de cambio en las cárceles, que solo se utiliza de esa manera y que por tanto pone en riesgo a esta población. Menciona que la prostitución en hombres y mujeres es alta ya que cada persona busca siempre obtener beneficio económico, sin embargo todos desarrollan

sentimientos de soledad y abandono por falta de apoyo familiar. Tomando en cuenta el impacto que esto tiene en los reclusos es evidente que sus prácticas sexuales sean de alto riesgo y esto ayude a desarrollar enfermedades o comportamientos que atenten contra su salud.

Por otro lado, los estudios sobre universitarios o persona del mismo rango de edad que no están privadas de la libertad, demuestran que en su gran mayoría han recibido información sobre VIH/SIDA e ITS; esta idea de proporcionar información, parte de la hipótesis de que los individuos con conocimientos evitarán las conductas de riesgo, o bien practicarán conductas preventivas. Ellos también manifiestan tener mayor conocimiento sobre el uso de condones y métodos anticonceptivos; sin embargo, la gran variable que influye de manera negativa es la presión social y de los medios de comunicación a comenzar una vida sexual temprana. En lo referente a la toma de riesgos y la planeación a futuro se encuentra que el tener un mayor número de relaciones sexuales con más parejas, refleja una personalidad alta en la toma de riesgos, de esta forma se puede postular que una persona realiza conductas riesgosas para valorarlas y considerarlas excitantes, mientras otras personas, caen en el riesgo al no considerar las consecuencias futuras de su conducta, misma que corresponde a patrones culturales (Hernández & Cruz, 2017).

En la presente investigación se abordan temas referentes a la salud sexual en varones, el papel del psicólogo, los problemas que existen al respecto y los factores o conductas que pueden permear estas conductas. Este análisis se hace de en dos poblaciones diferentes: población privada de la libertad (PPL) y población no privada de la libertad (PNPL) para finalmente observar cómo es que su comportamiento sexual influye en sus conductas.

# **CAPÍTULO 1. SEXUALIDAD HUMANA**

En el presente capítulo se retomará la importancia de la sexualidad en el desarrollo del ser humano, la definición de la misma y los problemas que se presentan en la actualidad como el inicio temprano de las relaciones sexuales y la adquisición y tratamiento de ITS.

Es importante recordar que los atributos sociales y psicológicos de las personas, las formas de comportamiento, las actitudes, las relaciones, las actividades, así como el lugar que ocupan en relación con el poder, y todo lo que se atribuye al sexo influye de forma diferente a cada persona, puesto que cada cultura y grupo existen diversos estereotipos de hombre y mujer.

Para el análisis y el impacto que pueden tener todos los atributos antes mencionados en el individuo está el psicólogo de la salud, el cual puede tener varias áreas de injerencia dentro de este sector y uno de ellos es precisamente la sexualidad desde una modalidad preventiva, aplicada y constante. Y es de suma importancia conocer los modelos que se han utilizado desde la perspectiva de salud para trabajar con ella.

## **1.1 Salud sexual y reproductiva**

La mayoría de las investigaciones o informes demográficos durante los últimos años en nuestro país se han enfocado en población joven, esto debido a que en los primeros años de vida adulta suceden cambios trascendentales de orden biológico, psicológico y social (Delgado, 2015). Estos procesos de cambio se relacionan con significativos eventos en la vida de los individuos entre los cuales instituciones como el INEGI (2016) han decidido priorizar tres, que son: la postergación del matrimonio o unión conyugal, el temprano inicio de la vida sexual y la vida reproductiva de las personas. Dichos eventos se han estudiado por

aislado debido a la relevancia y consecuencia que marcan en los demás aspectos personales y contextos individuales ya sean favorables o no; esto podría estar asociado a decisiones individuales que pueden perjudicar la salud sexual de los individuos por tanto, es importante enfocarse en el correcto desarrollo de estas áreas, para lo cual se han hecho intentos en todo el mundo para mantenerla mediante programas gubernamentales e institucionales que buscan un concepto en particular: la salud sexual (Evangelista & Kauffer, 2009).

La salud sexual es un acuerdo que se instauró desde hace 25 años aproximadamente, el cual plantea una definición no sólo para esto, sino que también se acompaña de la salud reproductiva, por tanto diversos medios manejan a la par la “salud sexual y reproductiva” para marcar definiciones y realizar investigaciones. El concepto de Salud Sexual y Reproductiva es definido por el Fondo de Población de Naciones Unidas (1994) como un “Enfoque integral para analizar y responder a las necesidades de hombres y mujeres respecto a la sexualidad y la reproducción” (como se citó en Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2016, p. 31).

Galdos (2013) menciona que gracias a la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), realizada en El Cairo en 1994, se dio un sólido sustento a la necesidad de situar el capítulo VII, referente a los Derechos reproductivos y salud reproductiva, el cual explica lo siguiente:

“La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia” (p. 457).

Al ser una definición que la UNFPA utilizó para la salud reproductiva diversas instituciones se han enfocado en especializarse para crear una definición propia de la salud sexual dejando de lado la reproductiva con características más

precisas de dicho concepto. La Organización Panamericana de Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS & OMS, 2000) mencionan que la salud sexual “Es un proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad...se evidencia en las expresiones libres y responsables de capacidades sexuales que conducen al bienestar personal y social...No es simplemente la ausencia de disfunciones, enfermedad o malestar” (p.9). Como se observa, la salud sexual es un comportamiento complejo que viene de la creencia y desarrollo de cada individuo así como los factores que lo rodean. Está compuesta por la significancia que se le da a diversos conceptos relacionados con ella, un ejemplo de esto es la definición que cada persona posee de sexo y sexualidad.

El sexo, es un constructo un tanto complejo que cada autor define según sea la perspectiva teórica que maneja, autores como Hyde y De Lamater (2006) y Masters, Johnson y Kolodny (1995) pueden referirse al sexo como el hecho de ser hombre o mujer, el acto sexual, el apareamiento, la copulación, el orgasmo o a hacer el amor. Sin embargo por su parte, Fernández (2010) y Álvarez-Gayou (2011) plantean que el sexo es una interacción entre componentes biológicos complejos, tales como la genética, las hormonas y las respuestas cerebrales diferenciadas, pero que se manifiestan y desarrollan en el ámbito de lo psicosocial.

Por otro lado, la definición de la sexualidad, para poder utilizarla como objeto de estudio del científico que pretende explicarla, o por lo menos parte de sus manifestaciones, expresiones, y condicionantes, es algo que ha demostrado ser complicado. La razón de esta dificultad se encuentra en una de las características fundamentales de la misma ya que esta es ante todo una abstracción, una manera de conceptualizar, es decir, de realizar formulaciones mentales ante realidades percibidas de nuestra existencia que intentan ser capturadas por nuestro entendimiento (Rubio & Perez, 2013). Sin embargo, se puede mencionar al conjunto de experiencias atribuidas al sexo como el desarrollo o las que dan pie a la construcción de una definición personal de la sexualidad.

Tomando en cuenta todos esos factores que influyen en la sexualidad humana, la salud sexual, salud reproductiva y el sexo como tal, es importante mencionar que existen diversos factores que influyen en esta. Para fines del presente trabajo se hablara en relación a la salud sexual, ya que es lo que conlleva al desarrollo de infecciones de transmisión sexual y conductas de riesgo, temas que se analizarán en capítulos posteriores. Mazarrasa y Gil (2010) mencionan que los componentes de la salud sexual y reproductiva son los siguientes:

- Servicios de información, asesoramiento, educación y comunicación en materia de anticoncepción y salud reproductiva.
- Educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgo y posparto.
- Cuidados de salud para los y las recién nacidas/os.
- Acceso a métodos anticonceptivos seguros y modernos.
- Información y tratamiento para las infecciones de transmisión sexual.
- Servicios de aborto seguro, y tratamiento de sus posibles complicaciones.
- Prevención y tratamiento apropiado de la infertilidad.
- Información, educación y asesoramiento sobre sexualidad, salud reproductiva y maternidad y paternidad responsable.
- Su ámbito de actuación tiene que hacer especial énfasis en la población juvenil.
- Garantizar la participación de las mujeres en la toma de decisiones en los servicios de salud sexual y reproductiva.
- Procurar servicios de prevención y atención en materia de violencia de género.

Cada una de estas características que posee la salud sexual ayuda al pleno desarrollo del individuo en su comportamiento y personalidad. Sin embargo las instituciones gubernamentales han dedicado las pocas investigaciones de salud sexual y reproductiva (SSR) en trabajos que atañen a una política de dos vertientes ya sea de tipo económico o de la calidad y acceso a programas de salud sexual y reproductiva, esto debido a la importancia que se da en materia económica dentro de los hospitales por el costo-beneficio que tiene las consecuencias de una mala SSR (Juárez & Gayet, 2005). Estas investigaciones

se han usado para los modelos actuales diseñados para adolescentes sin embargo es necesaria una visión global que demuestre las creencias en distintos sectores de la población en México y el mundo.

Por tal motivo se ha buscado la manera de entender de forma más uniforme el comportamiento en salud sexual, creando así varios modelos que ayuden a la comprensión de dicho fenómeno, así como de todas las características que pueden formarlo para no sólo centrarse en dos como costo-beneficio o costo-efectividad, sino que abarquen otros rubros que como se mencionó anteriormente forman los patrones de conductas, comportamientos y personalidad del individuo. Existen diversos modelos teóricos que en el ámbito de la Psicología de la Salud se han propuesto para intentar explicar la ocurrencia de la conducta protectora de la salud y preventiva de la enfermedad, entre ellos se pueden encontrar los siguientes:

1. El Modelo de Creencias de Salud (MCS), fue originalmente desarrollado en 1950 por especialistas en psicología social del departamento de salud pública norteamericano dirigido por Hochbaum (como se citó en Soto, Lacoste, Papenfuss & Gutiérrez, 1997), en su búsqueda por una explicación a la falta de participación pública en programas de detección precoz y prevención de enfermedades. El MCS se basa en otras clásicas y populares teorías del aprendizaje, como es la teoría conductista, que defiende que todo tipo de comportamiento puede ser reducido a relaciones estímulo-respuesta elementales y justificado por sus inmediatas consecuencias; y en la cognitiva, que justifica el comportamiento como el resultado de procesos mentales en los que el sujeto otorga cierto valor a las consecuencias de su acción y sopesa la probabilidad de que ésta produzca el deseado resultado. Tomando esto en cuenta el MCS está construida en la valoración subjetiva de una determinada expectativa. En términos de salud, el valor será el deseo de evitar la enfermedad o padecimiento, y la expectativa la creencia en que una acción posible de realizar prevendrá o mejorará el proceso (Soto et al., 1997; Moreno y Rosales-Nieto, 2003)

Ejemplo de ello, son todas las campañas de salud que muestran que al no utilizar condones puedes tener un embarazo no deseado a edades tempranas, siendo esa la creencia amenazante o a evitar, teniendo como conducta respuesta el uso de anticonceptivos para evitarlo como creencia de acción preventiva.

2. La Teoría de la Autoeficacia nace de los planteamientos postulados por Bandura en 1986 desde la teoría de la agenciación, como concepto central para explicar la conducta de las personas desde los procesos de autorregulación y de esta manera ampliar la perspectiva conductista y cognitiva, hacia la visión cognitivo social. En ella, se parte de la distinción conceptual entre expectativa~ de eficacia o auto-eficacia -capacidad percibida para ejecutar con éxito un determinado comportamiento- y expectativas de resultados o de acción-resultados -probabilidad percibida de que un comportamiento produzca determinados resultados-, y propone que ambos tipos de expectativas actúan, en gran medida, como determinantes de la elección de actividades, del esfuerzo y de la persistencia en las actividades elegidas, de patrones de pensamiento y de las respuestas emocionales (Bandura, 1992). En la medida en que las expectativas actúan como determinantes de la conducta, pueden utilizarse como predictores de la misma. Las expectativas, tanto de eficacia como de resultados, se conciben no como variables globales y estables, sino como cogniciones específicas y cambiantes, que se forman y se reelaboran constantemente a partir del procesamiento y la integración de la información procedente de diferentes orígenes: propios logros en el pasado, la observación del comportamiento de demás, la persuasión verbal y la auto-percepción del estado fisiológico del organismo. En este sentido, las expectativas vendrían a ser creencias actuales, que reflejan la historia individual y que se proyectan hacia el futuro (Salamanca & Giraldo, 2012). Ejemplo de ello sería la información obtenida mediante un acontecimiento pasado (adquirir una enfermedad venérea como sífilis) creando la percepción de vulnerabilidad lo cual genera una idea de cuidado y

autorregulación utilizando en un futuro algún método para cuidarse y no volver a adquirir alguna enfermedad creando así una construcción sólida de autoeficacia aplicándolo a un contexto social donde dicha enfermedad tendría consecuencias negativas.

3. La Teoría de la Acción Razonada fue propuesta entre los años 1970 y 1980 por Iceck Ajzen y Martin Fisbein (como se citó en Reye, 2007). Esta aborda comportamientos generales de la conducta humana y trata de relacionar las creencias, intenciones, actitudes y comportamientos en la toma de decisiones de las personas. Tiene como primicia que los seres humanos son esencialmente racionales y que dicha cualidad les permite hacer uso de la información que está disponible para ellos ejerciendo así las conductas que asimilan acorde a la información. Sin embargo, algo importante que recalca esta teoría es la diferencia entre las dos creencias principales que son la conductual y la normativa, siendo las primeras particulares y las segundas asignadas por un grupo de pertenencia. Esto ayuda a intervenir en cambios de conducta que originen estilos de vida saludables, sin descuidar factores personales y sociales. Dicho planteamiento ha sido aplicado en estudios que intentan predecir y comprender el comportamiento en la planificación familiar, el alcoholismo, la pérdida de peso, el voto entre otras (Salamanca & Giraldo, 2012; Gómez & Ruiz, 2014). Este postulado puede ejemplificarse con las campañas de prevención del VIH teniendo como resultado el uso del condón cuando las personas tiene valoraciones positivas al uso de este (creencia personal) y la familia o amigos (creencia normativa) también valoran de forma positiva el uso de este método obteniendo así el uso constante del mismo.
4. El modelo de la teoría de la conducta planeada, fue desarrollado por Iceck Ajzen y Martin Fisbein entre los años 1985 a 1991 y trata de cómo es la correlación entre la acción y la intención, teniendo esto una estrecha relación entre las actitudes del individuo, las creencias normativas y el control conductual percibido del sujeto (como se citó en Rodríguez, Díaz, García,

Guerrero & Gómez, 2007). Al ser este modelo de los mismos autores de la teoría de la acción razonada, los primeros dos componentes ya se habían estudiado y definido, sin embargo la idea del control conductual se equipara al concepto de autoeficacia de Bandura desarrollado en 1986, por tanto esta teoría resultaría más práctica al abordar dos de las teorías anteriores en una sola. Tomando esto en cuenta se puede resumir que en esta teoría se predice la conducta, en relación a la percepción sobre el control que tiene el sujeto de sus acciones: entre más alto sea el nivel de percepción de control, mayor probabilidad de que se dé la conducta, ampliando de esta manera los límites del control puramente volitivo. Dentro de los trabajos que se han realizado en el sector salud se ha encontrado gran relevancia en áreas como la reducción del estrés en la enfermedad coronaria, en la explicación sobre el abandono de los tratamientos por dependencia al alcohol, desarrollo de ambientes amigables que muestran que un espacio que brinde condiciones que favorezcan la salud, permite actitudes más favorables hacia el cuidado y los estilos de vida saludables, entre otros (Salamanca & Giraldo, 2012). En lo referente a la salud sexual se puede ejemplificar los cursos que se dan en las escuelas a niños de nivel secundaria donde la escuela involucra a la familia (creencias normativas) en la compra de preservativos para alguna clase muestra impactando en la actitud de manera positiva por los beneficios que el uso de este brinda a la persona y haciendo así la idea de control sobre su cuerpo y sexualidad para generar la intención de uso del preservativo en sus relaciones sexuales.

5. De acuerdo con el Modelo Integral de Fishbein desarrollado en 1992, se señala que la cultura, estereotipos e información afectan de manera indirecta el valor predictivo de la intención a través de las creencias. Sin embargo la intención no funciona por sí misma, esta se ve afectada por dos elementos adicionales del individuo y de su contexto: los límites del entorno que hacen referencia a las situaciones y características en las que se viven; y las habilidades conductuales de cada persona que fungirá como la manera adecuada de comunicar sus ideas o creencias a otras personas

sobre algún tema específico. Si esto se expone desde una perspectiva de salud sexual se puede mencionar como ejemplo que para que las personas tengan la intención de usar cualquier método anticonceptivo, es necesario que posean actitudes favorables hacia su uso, consideren que las personas importantes para ellos están de acuerdo en que lo empleen y se sientan capaces de usarlo, esto aunado al tipo de creencias conductuales, normativas y de control, respectivamente, que ellos poseen (Bárcena, Robles & Díaz-Loving; 2013). Por tanto la constante difusión en campañas televisivas (contexto), la interacción de las pláticas entre padres e hijos respecto a las relaciones sexuales (generación de habilidades) y cómo protegerse (intención) forman un programa importante para el impacto en las creencias y aprobación de los padres de familia en las decisiones que puedan tener estos en su vida sexual.

6. El Modelo Transteórico o Modelo Transteórico del Cambio (MTTC) fue descrito por Prochaska, Di Clemente y Norcross (1983; como se citó en Leal, González & Molina, 2011) con el fin de comprender lo que sucede cuando una persona decide abandonar el consumo de alguna sustancia nociva para él como el tabaco describieron un modelo de consejería que facilitara la aplicación de cambios manteniendo el optimismo de abandono de dicha sustancia mediante cambios conductuales de cada sujeto. Dicho modelo consiste de cinco etapas: Precontemplativa, Contemplativa, Preparación, Acción y Mantenimiento, estas etapas van desde la nula percepción de riesgo y baja motivación al cambio hasta las etapas más avanzadas donde la conducta que se quiere eliminar se trabaja de manera más consistente. Las etapas pueden definirse de forma más puntual como un proceso que comienza con la etapa de precontemplación, en la cual la persona no muestra interés en la modificación de sus hábitos ya sea por desconocimiento al daño que le causan o a otro tipo de motivación; contemplación, en esta el individuo piensa sobre la posibilidad de modificar algunos hábitos, a corto o mediano plazo, generalmente en un tiempo que no excede los seis meses; preparación el individuo decide activamente

cambiar por lo cual ya ha buscado información y planifica los cambios que se quieren hacer en periodos cortos o que esté realizando en ese momento; acción es la etapa en donde el individuo está intentando introducir los cambios deseados a su rutina diaria y lleva intentándolo alrededor de seis meses; mantenimiento el individuo mantiene los cambios en su conducta durante seis meses o más (Marín, 2014). Una intervención en algún centro educativo podría ser el mejor ejemplo de esta teoría, donde se localiza una población que en su mayoría están en la etapa precontemplativa respecto al uso del condón ya que por diversas cuestiones podrían no mostrar un interés por su salud sexual, posteriormente al darse una charla sobre la sexualidad y métodos anticonceptivos se conseguiría acompañar al individuo a la etapa contemplativa, para después este piense u observe la proximidad que hay en su primera relación sexual y hacer evidente todas las precauciones que debe tener para así llegar a la etapa de preparación, teniendo como acción el resultado de una persona que siempre considere cargar con algún preservativo y hacer uso de este cuando sea necesario para finalmente consolidarse en la mantención de estas conductas esperando las replicaciones en todas sus experiencias sexuales posteriores.

7. Otro modelo relevante es el de Salud Biológica de Emilio Ribes fue desarrollado en 1990, Ribes con base en el Modelo Interconductual propuesto por Kantor desarrolló un Modelo Psicológico de la Salud, en el cual especifica los factores conductuales referentes a la salud/enfermedad. Este modelo sirve como guía para la acción e intervención, prácticas preventivas, curación y rehabilitación de las enfermedades, así como para esclarecer la relación de los diversos elementos psicológicos participantes de ellas. El modelo presenta dos etapas generales: proceso y resultantes (Rodríguez & García, 2011). Este modelo da énfasis a ciertos factores psicológicos de la salud, por tanto define lo psicológico a partir de cuatro supuestos: a. La descripción psicológica del continuo salud-enfermedad que corresponde a la dimensión individualizada de todo lo que implique estos dos en un aspecto biológico (del organismo) y la relación

sociocultural. b. Cuando se analizan en un modelo psicológico los factores biológicos y socioculturales, no tienen representación en la forma de categorías correspondientes a las de sus disciplinas originales. c. Los factores biológicos se representan como la condición misma de existencia del individuo práctico y de las reacciones biológicas integradas a su actividad. d. Los factores socioculturales se representan como las formas particulares que caracterizan a un individuo en su interrelación con las situaciones de su medio, con base en su historia personal. A partir de esos supuestos, lo psicológico tiene que ver con el comportamiento individual (Piña, 2008; Rodríguez & García, 2011). Tomando en cuenta las dos etapas principales de dicho modelo se puede notar que campañas preventivas o tratamiento personalizado son los mejores ejemplos donde se mencionaba a una persona que ya ha adquirido VIH, aquí en la etapa de procesos se analiza la historia interactiva del sujeto viendo que conductas de riesgo realizó y las habilidades o capacidades que posee respecto a dicha enfermedad o a su prevención. Posteriormente en la etapa de resultados entender que conductas tiene el sujeto que puedan ayudarle al tratamiento de dicha enfermedad y los efectos que esto ha tenido tanto en el organismo como en su interacción social para así trabajar en la mantención de una salud que no afecte el desarrollo del sujeto.

8. Modelo Ecológico de Bronfenbrenner (1970), este modelo se desarrolla en Nueva York a finales de la década de los 70's. Bronfenbrenner sostenía que la mayor parte de la psicología de la época hacía referencia a condiciones totalmente "extrañas" a las conductas, personas y situaciones. En contra de este panorama, él plantea su visión ecológica del desarrollo humano, en la que destaca la importancia al estudio de los ambientes en los que nos desenvolvemos. Bronfenbrenner defiende el desarrollo como un cambio perdurable en el modo en el que la persona percibe el ambiente que le rodea (su ambiente ecológico) y en el modo en que se relaciona con él. El postulado básico del modelo ecológico que propone Bronfenbrenner indica que el desarrollo humano se basa en la acomodación mutua entre sujeto y

entorno inmediato, tomando en cuenta que ambos están en constante y progresivo cambio (Torrice, Santín, Andrés, Menéndez & López, 2002). El modelo ecológico se basa en círculos concéntricos de mutua influencia divididos en tres contextos principales: el macrosistema, el exosistema y el microsistema. El macrosistema es el nivel más amplio e incluye las formas de organización social, las creencias culturales y los estilos de vida que prevalecen en una cultura o subcultura particular como puede ser el estilo de vida que se da en Europa del norte debido a su clima a diferencia de centro América. El segundo nivel es el exosistema, conformado por el sistema de relaciones más próximas de las personas, siendo las instituciones que intervienen entre la cultura y el nivel individual, como la escuela, los organismos judiciales, las instituciones de seguridad y la iglesia. El tercer nivel lo conforma el microsistema, compuesto por las relaciones más cercanas de las personas, el cual está caracterizado fundamentalmente por la familia nuclear y amigos (Gaxiola & Frías, 2008). Con el apoyo de los diversos sistemas propuestos, el modelo ecológico permite un análisis holístico de las causas y consecuencias de cualquier tipo de enfermedades ya sean crónico degenerativas o de transmisión sexual, así como de cualquier comportamiento que pueda causar consecuencias en el individuo o generar conductas de riesgo. Este modelo también suele aplicarse como tratamiento y cuidado más que como prevención de enfermedades puesto que apoya el manejo de situaciones en las que vive una persona que ha contraído una enfermedad. Un ejemplo es la intervención realizada por Flores y López (2011) quienes realizaron un taller para promover la responsabilidad en el ejercicio de la sexualidad en jóvenes de tercero de secundaria, en esta investigación se observa la eficacia del modelo en talleres pues aumenta y afianza las conductas que se estimulan al ser interactivas con terceros y su ambiente. .

9. El modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales (IMB, por sus siglas en inglés) de Fisher y Fisher fue creado en 1998 (como se citó en Barra, 2001) y permite explicar la relación existente entre las cuatro

variables referidas anteriormente, realizando predicciones que se pueden comprobar utilizando técnicas de ecuaciones estructurales. Desde el modelo IMHB se especifican tres elementos necesarios para que se dé una conducta preventiva: en primer lugar, la persona debe tener información acerca de la conducta preventiva; en segundo término, el hecho de que la persona esté informada influye en que presente motivación para realizar la conducta; en tercer lugar, resulta necesario que la persona disponga de habilidades conductuales para realizar dicha conducta y ello depende de que esté informada y motivada. Este modelo se originó en un intento por integrar los principales determinantes de la prevención del VIH, ya que en aquella época había grandes poblaciones infectadas por dicho virus (Paz, Herencia-Leva & Uribe, 2009). Desde esta teoría se pueden ejemplificar diversas investigaciones como las del uso del condón, ya que el componente de información se relaciona con el grado de conocimiento que la persona dispone sobre prevención y transmisión del VIH; la motivación para asumir dicha conducta depende de las actitudes que tenga la persona hacia el VIH, el uso del preservativo y de su susceptibilidad percibida; y, finalmente, las habilidades conductuales se relacionan con la autoeficacia o control conductual percibido (Fisher et al., 1994 como se citó en Paz et al., 2009).

Tomando en cuenta la diversidad de modelos que existen para la difusión y mantenimiento de la salud sexual así como la reducción de enfermedades, es interesante notar que aun con tantos intentos y teorías desarrolladas no se logra impactar de forma eficaz en cada individuo y así promover un ejercicio responsable de la sexualidad. Dentro de estos modelos los más recientes se inclinan por estudiar no sólo las aptitudes y capacidades del individuo sino también el contexto y ambiente que le rodea, así como las diversas situaciones que viven desde el primer acercamiento que tiene a su vida sexual. Esta falta de eficacia en los diferentes tratamientos y aplicaciones de modelos para prevenir todo tipo de enfermedades procurando la salud hacen más notorias las consecuencias de los problemas de salud. Por tanto en temas posteriores se hablará de dichos

problemas enfocados a la salud sexual los cuales tienen como resultado la transmisión de ITS convirtiendo a las poblaciones de jóvenes adultos en el blanco principal no sólo en México, sino en todo el mundo.

## **1.2 Problemas de salud sexual**

Los problemas de salud en cualquier país forman parte de los principales inconvenientes y áreas de interés para todo gobierno y población, ya que de la salud de sus habitantes dependen muchos otros campos. Paniagua (2013) menciona que un problema es un determinado asunto o una cuestión que requiere de una solución; a nivel social, se trata de alguna situación en concreto que, en el momento en que se logra solucionar, aporta beneficios a la sociedad; por tanto, un problema de salud pública es una situación que afecta negativamente el bienestar de los individuos y de la población y puede analizarse desde dos ópticas diferentes como son su magnitud o su letalidad.

La sexualidad adquiere vital importancia en la adolescencia, ya que la persona inicia la búsqueda de su identidad personal y se produce el desarrollo reproductivo. Es de llamar la atención que en diversas partes del mundo la edad de interés por la sexualidad es cada vez más temprana, las tendencias globales señalan que las poblaciones más jóvenes se inician en sus relaciones sexuales en edades cada vez más tempranas, reportando un descenso en la edad de inicio de las relaciones sexuales en adolescentes. Las características de este inicio a edades tan tempranas suelen ser una iniciación estructuralmente por promiscuidad y que débilmente es premeditada, ya que fue condicionada por

algún grupo social y que carece de todo control o asesoría de algún adulto (Alfonso & Figueroa, 2017).

Ejemplo de ello es una investigación realizada en Europa por Ballester y Gil (2006) con 470 niños españoles de entre 9 y 14 años, en esta se concluyó que a la edad de los 9 años, los niños ya tienen interés por la sexualidad, si bien no practican relaciones sexuales el 8% de ellos se ha masturbado y el 9% tiene conocimiento de la pornografía y la ha utilizado para dicho fin. También menciona que el 14% de niños de 11-12 años han tenido contactos sexuales desde besos hasta jugueteos tocando el cuerpo de la otra persona y el propio y que el 38% tiene fantasías sexuales. Por otro lado a diferencia de los varones, las niñas comienzan a masturbarse y a tener relaciones sexuales más tarde y muestran menor prevalencia en cuanto a tener fantasías sexuales, además de confesar un menor uso de la pornografía.

Es importante observar que las prácticas sexuales tiene intención desde edades tempranas y que el hecho de tener acceso a diversas fuentes tecnológicas expone a los niños a contenidos sexuales que pueden estimular en edades biológicas muy cortas el inicio de relaciones sexuales estables u ocasionales sumando factores como la oportunidad de acercamiento, excitación, consumo de alcohol y las fiestas como detonantes relacionados a la sexualidad anticipada, por tal motivo las relaciones sexuales se dan a edades cada vez más prontas, aspectos que incrementan la vulnerabilidad frente a múltiples problemáticas (Fierros, Rivera & Piña, 2011).

Como consecuencia de este debut temprano, están principalmente los embarazos no planeados y las ITS. Primeramente en los embarazos no planeados es importante recordar que son consecuencia del no uso de preservativos o cualquier otro método anticonceptivo y representan problemas de salud muy importantes ya que afectan no sólo al recién nacido sino también a las madres jóvenes que deciden tener o no a los bebés.

De acuerdo con Langer (2002) algunos especialistas en reproducción o demógrafos hacen referencia a estas como mujeres como como aquellas

personas con una “necesidad no satisfecha de planificación familiar o anticoncepción” ya que la falta de conocimientos sobre los anticonceptivos son causa principal de estas conductas, sin embargo en los últimos años se han generado campañas para difundir este tipo de información disminuyendo la frecuencia de esta variable. En cambio, al enfocarse en la promoción de estos no han puesto la misma atención en el correcto uso de los mismos al haber una falta total de asesoramiento sobre todo en los anticonceptivos orales.

Por tanto ese desconocimiento puede ocasionar el fracaso de los métodos, ya que al no administrarse bien su funcionamiento se pierde. Un factor más serían las creencias y actitudes que se tiene frente a esto, sin embargo, ese es un tema que se tratará con mayor profundidad más adelante. Para finalizar con este problema de salud sexual se puede decir que en lo referente a los embarazos no planeados, autores como Torres, Walker, Gutiérrez y Betozzi (2006) menciona en sus investigaciones que las estadísticas gubernamentales indican lo siguiente: “cada año más de 400 mil adolescentes en México tienen un bebé, y de acuerdo con algunos estudios, en la mayoría de los casos habrían preferido no tenerlo en ese momento” (p. 109).

Por otra parte existen estadísticas que demuestran el incremento de ITS y embarazos no planeados en adolescentes entre los 12 y 17 años. La encuesta de INEGI (2016) menciona que en 2015, residían en México 30.6 millones de jóvenes de 15 a 29 años, los cuales representan el 25.7% de la población total del país. Para 2014, 62.3% de las mujeres de 15 a 29 años inició su vida sexual; 49.4% de ellas no utilizó un método anticonceptivo durante su primera relación sexual. Aunado a estos datos se encuentran los datos proporcionados por la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 2014) respecto al mismo tema, muestran que de los nacimientos ocurridos en el trienio 2011-2013, siete de cada 10 se dieron entre las mujeres de 15 a 29 años de edad. Uno de cada seis fue de una adolescente de 15 a 19 años de edad.

De acuerdo con la ENADID (2014) 62.3% de las mujeres jóvenes de 15 a 29 años han iniciado su vida sexual; de ellas una de cada dos (49.9%), no utilizó un

método anticonceptivo durante su primera relación sexual. Diferenciando por grupos de edad, para las adolescentes de 15 a 19 años, una de cada tres (29.2%) ya inició su vida sexual y de ellas, 44.9% declaró no haber usado algún método anticonceptivo durante su primera relación sexual. Por otra parte, 72.4% de las jóvenes de 20 a 24 años y 90.1% de las de 25 a 29 años son iniciadas sexualmente y el porcentaje de quienes no usaron algún método en su primera relación aumenta con relación a las adolescentes a 45.8% y 54.4%, respectivamente.

Esto da pie a desarrollar ITS en elevados porcentajes, no obstante las conductas sexuales de riesgo no se consideran como producto del desconocimiento de cómo protegerse, pues la mayoría de los jóvenes conoce las diferentes estrategias, sin embargo, se presentan altos índices de riesgo por no usar el preservativo (Fierros et al., 2011) y a pesar de que cada vez hay mayor facilidad y accesibilidad para conocer y adquirir información respecto a la sexualidad y el uso de métodos preventivos, son conductas cada vez más escasas, ya que diferentes estudios con población universitaria sustentan que cerca del 44.9% que han tenido relaciones sexuales no usan el preservativo y en otros casos el 31% de la población no utilizan ningún tipo de protección (Ruiz-Sternberg, Beltrán-Rodríguez, Latorre-Santos, & Ruiz-Sternberg, 2010); Uribe y Orcasita (2009) en su investigación con universitarios de edades entre 16 y 25 años, demuestran que los jóvenes en su primera relación sexual hacen uso del preservativo (52,8%) pero a través del tiempo, el uso de este en las relaciones sexuales disminuye (47,7%). Dentro de esta misma investigación se identifica que hay comprensión de la importancia que tiene, no sólo para prevenir embarazos, sino también de ITS o de VIH/SIDA, pero, a pesar de ello, en el momento de la conducta sexual el uso del preservativo no se hace efectivo.

Dentro de estas investigaciones las ITS con mayor frecuencia entre las población sexualmente activa son el virus del papiloma humano (VPH), gonorrea, sífilis, tricomoniasis, herpes y el más común y mortal el VIH/SIDA, las cuales se profundizan poco más en capítulos subsecuentes. Estas ITS forman parte de un día a día en la sociedad no solo mexicana, sino también mundial, esto debido a la

vulnerabilidad y gran número de personas a nivel mundial que mantiene prácticas sexuales ya sea de riesgo o no se estima que una tercera parte de la población es sexualmente activa. La población principal es la conformada por adolescentes de entre 15 y 19 años ya que se ha comprobado que son los que mantiene un acelerado ritmo en el número de parejas y relaciones sexuales. Ejemplo de ello es lo replicado en las investigaciones de Torres et al. (2006) y Gallegos, Villarruel, Loveland-Cherry, Ronis, y Yan Zhou (2008) quienes buscaron poblaciones similares que oscilaran en esas edades teniendo como resultado un 19% de población femenina con debut sexual antes de los 12 años en un primer estudio un 99% de hombres entre con debut menor a 14 años. Esto fue lo que dio pauta para una marca de vulnerabilidad en este rango de edades.

Tomando en cuenta lo anterior y la manera de la psicología de la salud de analizar cada una de las conductas o comportamientos que sean nocivos para el ser humano, se puede plantear que al hablar de conducta sexual, se puede definir como un conjunto de actitudes proclives a estimular el erotismo personal y de la pareja, esta conducta sexual tiene características diferentes cuando es específicamente de riesgo ya que la conducta sexual de riesgo es considera como la exposición del individuo a una situación que puede ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona, especialmente ante la posibilidad de contaminación por infecciones de transmisión sexual, o bien al generar una situación de embarazo no deseado. Por tanto se puede establecer como prácticas sexuales de riesgo el sexo oral, el coito vaginal y el anal, la promiscuidad y el consumo de drogas legales o ilegales dado de forma conexas a estas prácticas (García-Vega, Menéndez, Fernández & Cuesta, 2012).

Estos factores en conjunto, tanto el embarazo a temprana edad y las ITS como consecuencia del no uso de métodos anticonceptivos (en especial en condón), tienen fuertes consecuencias en los adolescentes, ya que un embarazo no sólo afecta a la mujer que lo tiene, también a la pareja con la que haya tenido relaciones sexuales y la familia; y una ITS pone en riesgo a más de una persona

ya que muchas veces el tiempo que se tarda en detectar se propaga cualquier enfermedad que se tenga.

### **1.3 Patrón de comportamiento sexual**

De acuerdo con Corredor y Monroy (2009) los patrones de conducta se pueden definir como "...la relación de una persona predispuesta caracterológicamente para alguna situación que le resulta desafiante."(p.111) y no sólo como un rasgo de la personalidad o una reacción específica ante algún momento de dificultad. Para su mayor estudio se han hecho dos clasificaciones para distinguir los principales tipos de conducta que son el tipo A y el tipo B. El tipo A engloba la emoción en conjunto con la acción manifestándose en un ambiente demandante o desafiante asignando a la persona conductas de impaciencia, agresividad, hostilidad y urgencia. Por otra parte el tipo B es contrario al patrón anterior pues se manifiesta en contextos más relajados y con menos amenazas contextuales.

Por tanto la conducta que predomine en una persona permea un patrón sexual el cual en muchas ocasiones se encuentra definido por el género al que se pertenece existiendo uno para cada género, tanto femenino como masculino. Este tipo de patrones son definidos por diversos estudios, que a lo largo de los años han arrojado variables similares que no cambian a pesar de la evolución de los individuos y la sociedad ejemplo de ellos es lo mencionado por Gómez (1992); Oliva, Serra y Vallejo (1998); Campo-Arias, Caballo y Herazo (2010) quienes caracterizan el patrón sexual masculino por actividades sexuales más precoces, amplias y frecuentes, siendo generalmente bien aceptada dicha actitud, una alta valoración del coito y del placer, y una actitud no demasiado favorable hacia la anticoncepción. Por el contrario, el patrón femenino muestra una actividad sexual más reducida, menos gratificante y que, como consecuencia de su menor aceptación, suele generar sentimientos de culpa; se ve también que las chicas

vinculan más la sexualidad a la afectividad que los chicos, y valoran menos las relaciones sexuales por sí mismas y por el placer que puedan obtener.

Observando dichos patrones las diferencias más significativas serían las antes mencionadas sin embargo los mismos autores concuerdan con un factor muy importante que adhiere patrones diferentes: la edad. Esto es porque cada etapa de edad o rango viene con características biológicas, sociales y psicológicas que adquiere y desarrollo el individuo en ese momento. Permeando así con mayor peso sus decisiones y comportamientos para crear patrones.

Entre los sujetos de menor edad, la preocupación por prácticas sexuales seguras es muy baja y las prácticas contraceptivas suelen ser menores. Según va aumentando la edad la presión impulsada por la sociedad a una vida sexual activa va cediendo y, por consiguiente, la actividad sexual es más aceptada y vivida con menos culpabilidad, a la vez que aumenta la información sobre temas sexuales. Estos patrones de comportamiento se ven afectados por la cercanía que se tenga a los estereotipos que podrían marcar como consecuencia una sexualidad poco gratificante (Oliva, et al.1998)

Dichos patrones de conducta se pueden ver relacionados con el comportamiento sexual, ejemplo de ello es la investigación realizada por Campo-Arias et al. (2010) quienes informan que el 33,7% mantienen un uso inconsistente de condón, el 18,4% relataron tener relaciones sexuales después de consumir bebidas alcohólicas, 5,8% después del uso de una sustancia ilegal y 40,0% tuvieron relaciones sexuales con una persona poco conocida, todo esto en una muestra de 3.575 personas de 14 a 20 años. Esto quiere decir que un grupo de 1,204 personas, mostró un patrón de conductas de riesgo en salud sexual y reproductiva.

Este tipo de estudios tiene otros de índole similar como el realizado por Muñoz, Madueño, Díaz y Núñez (2003) quienes mencionan que los comportamientos entre personas de 15 a 22 años son de frecuentes actividades sexuales con un 46.7% de personas que tiene relaciones sexuales al menos una vez por semana. Sin embargo a pesar de esta frecuencia solamente el 67% de ellos utilizan el

preservativo como método anticonceptivo. Esta conducta se puede atribuir a la falta de conocimiento, ya que estos autores sugieren que su población se mostraba poco informada respecto a anticonceptivos hormonales o de cualquier otra índole. También indican que las chicas tienden a iniciar sus relaciones sexuales antes que los chicos con personas que tiene mayor edad que ellas, y por tanto tienden a tener más relaciones sentimentales lo que aumenta su número de parejas sexuales.

Finalmente e importante señalar respecto a los patrones de conducta sexual que los adolescentes con mayor experiencia en comportamientos de riesgo están más inclinados a sufrir más influencias para la ejecución de conductas problema, y a desarrollar estrategias cognitivas para minimizar el pensamiento acerca de las consecuencias negativas conocidas de estas conductas desarrollando así la idea de no tener efecto el tener relaciones sexuales sin protección, parejas múltiples e inestables, relaciones con desconocidos, relaciones bajo el uso de sustancias adictivas, etc. Esto se muestra en los trabajos de investigación cuyos resultados indican que la experiencia previa en una conducta anterior facilita el tener patrones más favorables al riesgo; esto es que si en algún momento una persona mantuvo relaciones con alguna de las características antes mencionadas y no tuvo ninguna consecuencia seguirá practicándose convirtiéndose en su patrón (Corchado, 2012).

#### **1.4 El papel del psicólogo en la salud sexual**

Sabiendo el impacto que tiene la salud física en las personas para un desarrollo armonioso mental y socialmente, se han realizado diversas investigaciones en varios campos de la psicología, siendo así la creación de la psicología de la salud, teniendo un amplio campo de labor los psicólogos en estas situaciones. Por tanto el área de mayor impacto que tendría la psicología en las personas sería la creación del campo de la Psicología de la Salud.

Autores como Werner, Pelicioni y Chiattonne (2001) y Morales (2012) coinciden en que la Psicología de la Salud es la especialidad de Psicología que interviene en todas las cuestiones y comportamientos que involucran a las interacciones salud-enfermedad. Consecuentemente, a la psicología de la salud le interesa el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de los servicios de salud. Los tres primeros destacan que la persona que decide ejercer en esta área de la psicología es un profesional que puede trabajar en ámbitos tan diversos como el tratamiento psicológico de trastornos orgánicos, en colaboración con tratamientos médicos para diversos trastornos, incluso en la planificación y adherencia al tratamiento médico, programas de prevención de trastornos orgánicos y psicológicos y, por consecuencia, en la promoción de conductas saludables desarrollando acciones útiles para la promoción de salud, la prevención de las enfermedades, la atención de los enfermos y personas con secuelas, y para la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de los que los recibe.

La American Psychological Association (APA, 1978, como se citó en Werner, et al. 2001) destaca como atribuciones del Psicólogo de la Salud las siguientes:

1. La identificación precoz de personas en situación de riesgo, definido en términos psicológicos, comportamentales y socioculturales.
2. El desarrollo de programas efectivos de promoción de conductas saludables, considerando particularmente las cuestiones ambientales a las cuales normalmente se somete al individuo.
3. La investigación, la comprensión y la intervención en factores que permitan una buena calidad de vida en personas portadoras de enfermedades crónicas.
4. La necesidad de realizar estudios e intervenciones en el campo comunitario y de la salud pública.

5. La necesidad urgente de enfocar los problemas de salud desde una perspectiva global.

Bajo esa primicia, Werner, et al. (2001) señalan que el envejecimiento, el embarazo precoz, el alcoholismo, el uso de drogas, las ITS, las causas externas de mortalidad como violencia y accidentes, cuestiones étnicas y éticas, factores y condiciones de riesgo de salud, tales como obesidad y desnutrición, contaminación del aire, contaminación sonora, contaminación de los aguas, ocupación y uso desordenado del suelo, control de vectores, condiciones inadecuadas de destino de los excrementos humanos, empleo y renta, vivienda, actividad física, comportamientos y hábitos son algunos de los temas emergentes respecto a los cuales se han producido y divulgado muchos conocimientos nuevos.

Estos estudios en el campo de la salud, impactan no sólo en la salud física de la persona, también en los estilos de vida y maneras de relacionarse con el entorno. Un estilo de vida hace referencia principalmente a los comportamientos periódicos y cotidianos que caracterizan las rutinas de los individuos, por tanto se pueden delimitar en diversas esferas en este caso tomando en cuenta la salud como parámetro, se analiza el impacto que estos comportamientos tienen en la salud de las personas en medida de la ausencia o presencia de la mismas creando así un factor de riesgo o de protección para la persona (Jara & Riquelme; 2018).

Estos factores se van desarrollando por los patrones de comportamiento que conforman lo que se define como “estilos de vida” estos estilos de vida incluyen prácticas de todo tipo tanto saludables como nocivas para la salud las cuales interactúan entre sí para conformar los patrones. Sin embargo las personas que tiene comportamientos no saludables de manera inmutable por periodos largos de tiempo tiene mayor probabilidad de desarrollar enfermedades, ejemplo de ello son las personas que tiene desequilibrio en las dietas, prácticas sedentarias, consumo de tabaco y alcohol, no dormir el tiempo necesario o llevar a cabo prácticas sexuales de riesgo o cualquier comportamiento inseguro (Lema, Salazar, Varela, Tamayo, Rubio & Botero; 2009).

Tomando en cuenta los problemas mencionados en el párrafo anterior la salud sexual tiene gran impacto en la vida de cada joven desde la pubertad hasta la adultez temprana, dejando así un gran margen para estudio respecto al desarrollo de su vida sexual. En la adolescencia, la sexualidad incluye aquellas prácticas orientadas a dar y recibir placer involucrando el propio cuerpo y el de los otros, pero que pueden ser de riesgo para la salud sino se toman precauciones o se hacen de forma inadecuada. Dentro de las principales consecuencias negativas para la salud de los jóvenes se encuentra, como ya se mencionó anteriormente, el contagio de ITS y los embarazos no deseados. Estos riesgos se encuentran asociados a la frecuencia en las relaciones sexuales, el número de parejas sexuales, el grado de información sobre los riesgos, los prejuicios, las ideas erróneas, la disminución de la edad de la menarquia, el tipo de educación sexual, los modelos de crianza, la falta de comunicación familiar, las deficiencias del sistema educativo formal, los cambios en las escalas de valores, la percepción de invulnerabilidad y la poca preocupación por su salud (Lema, et al.; 2009)

De acuerdo con Lema, et al; (2009) las relaciones interpersonales también son importantes para las relaciones sexuales, ya que normalmente por medio de estas se establece el vínculo con la otra persona para posteriormente realizar cualquier tiempo de intercambio entre las personas ya sea de tipo social, instrumental, logro de objetivos personales o profesionales, así como la formación de un referente social. También dentro de esta interacción es donde se elige la pareja o una persona solo para compartir la intimidad del individuo.

Tomando en cuenta estos factores mencionados en párrafos anteriores, se puede apreciar de mejor manera la influencia que la sociedad puede tener el desarrollo de las conductas sexuales, y comprender de forma más certera cada uno de los modelos que la psicología de la salud explica puesto que una persona puede valorar de maneras distintas cada una de las dimensiones en su estilo de vida manteniendo, eliminando o modificando cualquier aspecto que considere necesario. Este tipo de comportamientos han sido tomados en cuenta para desarrollar los modelos que se presentaron en el primer subtema puesto que la

satisfacción personal y el estilo de vida corresponden a un juicio basado en criterios personales que atienden a las expectativas de cada persona. Ahora bien, si la persona está privada de la libertad será comprensible que al modificar su estilo de vida se modifiquen también sus juicios y criterios expectativas respecto a la sexualidad misma, dando paso así la diversa cantidad de prácticas sexuales que se realizan en los reclusorios, cambiando sus valores y vulnerando su integridad y salud para así generar mayor cantidad de conductas sexuales de riesgo como se verá en capítulos posteriores, esto debido a la adaptación al contexto y cambios en sus factores externos independientemente al género que pertenezcan (Fernández, 2012).

Entonces el papel del psicólogo queda claro en poblaciones libres, estudiantes y personas productivas en una sociedad puesto que su entorno entra en un normatividad social que ayuda a la comprensión de su desarrollo personal. Sin embargo al entrar en un sistema ajeno al habitual los modelos teóricos para el cuidado o prevención de las enfermedades y la salud deben tener variantes pues como se explicó en párrafos anteriores el contexto en el que viven interviene en la forma de comprender y expresar sus conductas.

Hay estudios que muestran las diferentes perspectivas que influyen en la sexualidad de los individuos en las penitenciarías, desde el punto de vista de sus orientaciones sexuales, en la mayoría de los artículos las personas que llegan a estos centros se identifican como heterosexuales al menos en un 80% de la población, sin embargo de las personas que desarrollan VIH dentro de las prisiones se identificaban casi totalmente como heterosexuales; lo cual podría confirmar la idea de las relaciones sexuales entre reos. También existe poca información respecto del VIH dentro de estos centros, de esto deriva el temor de reconocerse como persona que vive con el virus (Gala et al. 2007; Rivas & Ortiz, 2013). Quienes se conocen como personas que viven con VIH o con SIDA, son fuertemente estigmatizados por sus pares y por algunos funcionarios (Munguía, 2008; Solís, De Buen & Ley, 2012). Las formas de estigma comunes son el aislamiento, la burla, considerarlos a todos gays, pudiendo por esa causa ser

objeto de abusos sexuales. Debido a todo esto, muchos esconden su realidad de ser VIH positivo y se niegan a realizarse el test e incluso a recibir tratamiento; poco se conoce en los centros respecto a las ITS y no existen programas de prevención y autocuidado respecto a estas infecciones (Observatorio de Políticas Públicas en VIH y SIDA y Derechos Humanos, 2012).

Salazar (2008, como se citó en Ayala, 2010) refiere que la promiscuidad sexual de los individuos que se encuentran en reclusión puede derivarse a un sinnúmero de problemáticas psicosociales, en especial quienes sufren el abandono ocasional o total de sus cónyuges o parejas, debido a que por el encierro estos terminan buscando otras parejas y compromisos, otras razones que derivan dicha problemática está también a la dificultad que presentan los internos al momento de realizar los documentos para solicitar la visita íntima conyugal y más aún que está le sea concedida, debido a que el trámite es largo y necesita un sinnúmero de papeles que confirmen la unión conyugal con la pareja.

La promiscuidad sexual en las cárceles no solo aparece como una forma de satisfacer los deseos sexuales constantemente reprimidos, significa también y más aún en el esquema psicosexual del individuo, un contrato en donde y por medio del sexo puede sentir compañía, seguridad y cariño, de manera que la promiscuidad sexual aparece como una respuesta ante todos esta efervescencia de emociones y necesidades no satisfechas, en un abandono de la dignidad y el respeto por su propio cuerpo. Sin embargo este tipo de conductas provienen también de factores psicoemocionales tales como la inestabilidad emocional que poseen la mayoría de los internos, por sus estilos de vida y carencia afectivas desde fuera de la cárcel y agravada en su interior, conlleva a que estas personas tomen deliberadamente decisiones de buscar en una o varias parejas sensaciones de seguridad, placer y hasta amor, sin embargo dado a las condiciones de la cárcel es difícil que en este tipo de relaciones se encuentren con una relación seria y estable (Ayala, 2010).

Es entonces esto, un foco de alerta para todo psicólogo de la salud interesado en esta población ya que esta constante búsqueda de afectividad y falta de

autoestima son factores claves para el desarrollo de ITS. Además de prácticas de riesgo que ya tengan de su vida fuera de la cárcel y conductas negativas que se refuerzan en estos centros. Dando paso así a prácticas negligentes por factores y contextos asociados a su día con día.

## **CAPÍTULO 2. FACTORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS CON EL PATRÓN DE CONDUCTAS SEXUALES.**

Como se mencionó en el capítulo anterior la sexualidad involucra no sólo la dimensión biológica de un individuo, también implica un impacto a nivel familiar, social y económico. Esto se ve reflejado en el patrón de conductas de un individuo y como es que conllevan su sexualidad. Además de esto es importante divisar que una de las infecciones con mayor repercusión a estos niveles es el VIH puesto que desencadena una enfermedad mortal conocida como SIDA, el cual se puede prevenir mediante el uso de preservativos; sin embargo, el uso de este se puede ver permeado por creencias y actitudes que los individuos tengan hacia el mismo.

Esto demuestra la importancia de un análisis multidimensional del patrón de conductas que desencadena el desarrollo de esta infección a pesar de los métodos de prevención, ya que en anteriores investigaciones se han enfocado en estudios unidimensionales que no mostraban las distintas posibilidades de la naturaleza de las complejas relaciones de las variables para tener como consecuencia las pautas conductuales que funcionan como riesgos en las prácticas sexuales sin protección. Esta perspectiva multidimensional enfoca de mejor manera las relaciones entre variables biológicas y ambientales, por supuesto, bajo el principio de la corresponsabilidad en tanto a individuo, familia, sociedad y estado respecta, tanto de su origen como de la búsqueda de alternativas de solución (Sobral, Romero, Luengo & Marzoa, 2000).

Sin embargo es importante mencionar que estos patrones conductuales no son únicamente negativos, pues también pueden desarrollarse patrones saludables gracias a los factores protectores que rodean al individuo, los cuales Amar, Abello, y Acosta (2003) identifican como aquellos que aumentan la probabilidad de generar conductas favorables para su vida. Estos autores también han propuesto dos categorías de factores protectores los cuales son: materiales o naturales y sociales o inmateriales. Ellos describen a los primeros como aquello que los

padres proveen al niño para cuidar así de su salud como es el vestido, la vivienda, educación, el alimento, el descanso, la higiene, recreación y aseo. Por otro lado los factores sociales o inmateriales hacen referencia a las relaciones y experiencias que marcan aspectos decisivos en la vida cotidiana del infante, ejemplo de ello son la filiación, seguridad, afectividad, formación de valores, enseñanza de normas, roles de los miembros de la familia y el grado de capacitación de los padres.

Entonces es claro que al manejarse diversos factores de riesgo, las investigaciones también sean variadas, ejemplo de ellas son las realizadas en Argentina, las cuales marcan enfoques integrales en el impacto de varios factores de riesgo con un solo factor de protección. Dichas investigaciones abordadas por Duffy (2014) se enfocan en conductas como el consumo de alcohol en niños y adolescentes puesto que esta edad es en la cual se afianzan los patrones conductuales y de acuerdo con Bonomo, Coffey y Wolfe (2001, como se citó en Duffy, 2014) es este consumo el que crea mayor predisposición al consumo de tabaco y drogas aunado a un comportamiento sexual de riesgo. Es importante aunar entonces en situaciones que puedan afectar al patrón conductual del individuo, por tanto en el presente capítulo se verán reflejadas investigaciones que profundicen más en características sociodemográficas, cuestiones informativas y creencias y actitudes que pueden desencadenarse de ello.

## **2.1 Características sociodemográficas**

Las características que rodean a una persona pueden generar una influencia en varios aspectos de su personalidad, tanto decisiones como actitudes y conductas. Este tipo de influencia sobre las actitudes y las posibles consecuencias se explican a continuación mediante el análisis de los factores más relevantes que rodean a un individuo.

A lo largo de varios años se han estudiado diversos factores sociodemográficos en relación con las conductas sexuales que conforman los patrones conductuales de los adolescentes ya sean de riesgo o no, ejemplo de ellos son los mencionados por Bermúdez y Buela-Casal (2009) quienes hacen referencia al estatus socioeconómico de los padres, el sexo, la edad, el tipo de hábitat, la religiosidad y el tipo de centro educativo al que acuden (público/privado). Sin embargo otros estudios como el realizado por Torrente (2005) respecto al contexto de desarrollo de los individuos sugieren el atribuir este tipo de problemáticas a factores principalmente relacionados con situaciones complejas y vivencias más que a efectos en aislado como puede ser el proceso de vivir una desintegración familiar que muestre patrones de violencia con climas negativos o padres en exceso permisivos que no son capaces de imponer reglas o normas para crear una idea de consecuencias en el niño o bien padres en extremo autoritarios que repercutan en la pérdida de valores y falta de comunicación entre ellos. Tener problemas económicos que desemboquen en una crisis educativa al no poder asistir a clases o no tener el material necesario para estas. A diferencia de la investigación anterior, Silva (2010) se enfocó en los rasgos de personalidades mencionando que individuos con impulsividad, irritabilidad, baja autoestima y un IQ por debajo del promedio que afectan directamente al patrón de conductas sexuales. Finalmente aunado a esto los factores socioculturales como legitimación de la violencia y la corrupción, pertenencia a grupos con antecedentes delincuenciales y consumo de sustancias psicotrópicas, escasos recursos económicos, contexto escolar negativo, vivir en un vecindario de estrato socioeconómico bajo, entre otros siguen consecuentando o apareciendo como características comunes entre poblaciones que presentan patrones sexuales conductuales riesgosos (Calvete, 2007).

Campo-Arias et al. (2010) han dedicado investigaciones completas para buscar correlación entre conductas que se consideran como “cotidianas” que puedan repercutir en patrones sexuales. Ellos mencionan un concepto de patrón de conducta y comportamiento de riesgo en el cual especifican que esto se refiere a: “...diversos comportamientos que pueden menoscabar la salud sexual y física

presentes en un mismo grupo de adolescentes” (p.2), esto generaría la definición de esos elementos que dañan a diferentes grupos.

Por otra parte dentro de esas conductas cotidianas también existen las que se generan a partir de los factores de protección desde la adolescencia como los mencionados por Páramo (2011) los cuales se enfocan en los sociales como son el apoyo y contención familiar, de amistades y la fortaleza de la personalidad del individuo. Sin embargo aunado a esto se muestran creencias respecto a la fortaleza sumada a la espiritualidad que la persona desarrolla. La autora también remarca la importancia de construir alianzas con el adolescente, con lo cual se fortalece la escucha atenta y demostración de interés por los demás, trabajar con el control de cambios y aumentar la autoestima de los jóvenes dando así una atención individualizada e intensiva. Todo esto para brindarles las herramientas necesarias que prevengan futuras conductas de riesgo.

Sin embargo todos estos factores rara vez son tomados en cuenta por los demás, provocando así que las conductas de riesgo sigan existiendo y siendo un foco de alerta constante en la sociedad, generando investigaciones continuas y prolongadas.

Entonces, retomando la investigación antes mencionada y realizada por Campo-Arias et al. (2010) en un grupo de adolescentes se presentaron múltiples comportamientos en convergencia con prácticas sexuales de riesgo las cuales fueron: consumo de cigarrillo, conductas antisociales y consumo de varias sustancias que pueden causar dependencia (drogas y alcohol). Este estudio se realizó en un total de 3.575 adolescentes lo cuales tenían edades en un rango de 14 a 20 años con un promedio de 14.8. El promedio de la escolaridad fue 8,9 años, 510 estudiantes (63,4%) cursaban educación media vocacional (décimo u onceavo grado); 629 participantes (78,2%) eran hombres; 414 (51,5%) asistían a un colegio público; 456 (56,7%) residían en estrato socioeconómico medio o alto; 170 (21,1%) percibían el estado de salud como malo o regular durante el último mes; 202 (25,1%) describieron el rendimiento académico como malo o regular

durante el último mes; 330 (41,0%) habían experimentado con cigarrillos; 742 (92,3%) habían tomado alguna vez una bebida alcohólica; y 64 (8,0%) habían consumido alguna sustancia ilegal como marihuana y un grupo de 804 (22,5%) informó tener relaciones sexuales sin ningún método anticonceptivo. Como se puede notar este estudio pone en conjunto las características sociodemográficas como las antes mencionadas por otros autores, con los comportamientos más comunes en población adolescente los cuales repercuten en los demás aspectos de su salud tanto sexual como mental y biológica.

Otras característica determinantes son las intrínsecas a un grupo de pertenencia, en la actualidad la mayoría de los individuos inician su vida sexual por no sentirse fuera de contexto, por baja autoestima, por la entrada temprana de la pubertad, la curiosidad, la llamada presión de grupo y los mensajes obtenidos de los medios de comunicación. Haciendo énfasis en este último factor, es relevante destacar que los medios de comunicación son un factor importante en el desarrollo del comportamiento sexual ya que los individuos tienen acceso a la televisión y al internet de manera ilimitada y en la mayoría de los casos sin supervisión, siendo así bombardeados por campañas publicitarias que en su mayoría utilizan la comercialización del sexo para promover algún producto (Motta & Pérez, 2015). Ejemplo de esto son la mayor parte de las series o películas que se programan en la televisión y que suelen tener escenas eróticas que propicien un pensamiento y patrones sexuales distorsionados en los televidentes. Esto podría crear falsas expectativas y fomentar comportamientos altamente riesgosos que solo promueven una sexualización del individuo y no las maneras existentes de protección o de un correcto cuidado para dicha experiencia.

Otras investigaciones como las realizadas por Torres et al. (2006) y las de Panduro, Jiménez, Pérez, Panduro, Peraza y Quezada (2012) se centran en poblaciones que ya presentan las consecuencias de una sexualidad con patrones conductuales “irresponsables” como puede ser el embarazo adolescente. En esas investigaciones con población que manifiesta patrones conductuales negativos respecto a su salud sexual se encuentra que el 80% de las adolescentes

embarazadas pertenecen a medios socioeconómicos desfavorecidos las cuales residen en viviendas que no son óptimas para el desarrollo salubre de los bebés o para ellas mismas durante el tiempo de gestación. En la mayoría de los casos las viviendas no cuentan con agua entubada, presentan familias desintegradas, numerosas y por lo regular monoparentales las cuales se ven afectadas por el desempleo y los bajos salarios en la mayoría de los casos. Aunado a estos problemas también se encuentra que el 76% de las madres de estas adolescentes con embarazo temprano también fueron madres en edades prematuras, y aunque el embarazo en las adolescentes tiende a disminuir con el tiempo y las generaciones sigue siendo un tema de preocupación no sólo para el área de la psicología de la salud sino también para un punto de vista médico ya que por lo menos, 14% de estos embarazos terminan en aborto, los cuales en su mayoría son clandestinos por lo tanto son inseguros.

Si a todos estos factores se les suma la dificultad que la realización de un aborto presenta, debido a que en algunos estados de México esta actividad se encuentra penalizada y en los que no, es una práctica muy tardada y con papeleos que llegan a tardar de más, e incluso violan los derechos humanos de las mujeres que lo solicitan (Ramírez, Suárez & Ramírez, 2007; Ramirez & Álvarez, 2016).

Finalmente dentro de las características sociodemográficas más relevantes Ceballos y Campos (2006) encontraron las que conciernen a un grupo especial en el que se desarrolla el individuo, a un contexto en que pasa inmerso la mayor parte del tiempo como es la familia. Ellos mencionan que esto da pauta a un proceso de socialización del individuo el cual parece explicar algunas diferencias respecto al género entre varones y mujeres, ya que en la mayoría de las culturas se permite que los varones experimenten e informen haber tenido relaciones sexuales a una menor edad que las mujeres. En sus investigaciones dichos autores mencionan que normalmente los padres educan sexualmente a los adolescentes a través de diferentes formas como lo son el gesto, la palabra, el ejemplo, los regaños y castigos, pero esto también se encuentra permeado por las experiencias de los mismo padres quienes generalmente presentan historias de

represión de su sexualidad asignándoles a estos mensajes y conductas sexuales una valoración moral que repercute en la vida de sus hijos adolescentes lo cual impide una adecuada comunicación entre ellos dejando así su primer fuente de conocimiento con mucho que desear ya que los conocimientos sobre la sexualidad que tienen las/los adolescentes en etapa media son insuficientes y distorsionadas.

Tomando en cuenta lo antes mencionado se puede concluir que los factores psicosociales más destacados para el entendimiento del desarrollo del patrón de comportamiento sexual en las prácticas son los factores relacionados a cómo es el inicio precoz de relaciones sexuales que pueden llevar a embarazos a temprana edad, situaciones familiares, dentro de los cuales se encuentran problemas económicos en el hogar, problemas psicológicos, como la soledad, conflictos familiares, alcoholismo, ausencia de alguno de los progenitores, problemas socioculturales, creencias y conocimientos sobre planificación familiar, infecciones de transmisión sexual entre otros, problemas psicológicos o de personalidad tales como, inestabilidad emocional y baja autoestima. Todos estos han sido investigados por los autores antes mencionados y seguirán en investigación pues son los principales representantes de los patrones sexuales conductuales.

Es importante mencionar que las actitudes que las personas tienen respecto al uso de condones para la prevención específicamente del VIH son cruciales para el desarrollo de programas sociales que procuren la salud. García, Méndez, Gutiérrez, Pérez y Aranda (2011) menciona que el preservativo es una herramienta altamente efectiva para evitar el contagio del virus del VIH, por tanto se han establecido diferentes programas de educación de la salud para tener un mayor control de SIDA y así la población practique “sexo seguro” el cual se deriva de actitudes que se adquieren mediante el aprendizaje y de la experiencia del cada individuo. En la investigación realizada por dichos autores encontraron que las principales actitudes que tiene hacia los preservativos se basan en las experiencias que han tenido y eso permea en posteriores decisiones por ejemplo, el uso de una determinada marca de condones marca la pauta para utilizar o no un preservativo ya que mencionan “no sentir igual” con diferentes marcas, además

de esto otros criterios que los estudiantes tomaron en cuenta se dividían en dos: las creencias del condón como ser algo bueno, seguro, responsable y fácil de usar. Y las características positivas que encontraban en este como la ligereza, la innovación del producto, si era incomodo o no, desagradable y amargo. Esto muestra que se ha logrado tener una actitud positiva hacia el uso del preservativo lo cual podría cambiar en un futuro las conductas que se mantienen en la prevención del VIH, sin embargo es importante procurar la constancia de estas conductas ya que apoya el uso del condón.

Entonces se concluye que los factores sociodemográficos al impactar en el inconsciente de la persona se ven reflejadas en sus prácticas y en sus actitudes y creencias como se reforzará en apartados posteriores,

## **2.2 Información sobre ITS, VIH-ITS y uso del condón**

Como se mencionó en el capítulo anterior existen varias consecuencias de las conductas sexuales tanto positivas como negativas, siendo las más importantes las que tiene como consecuencia la pérdida de la salud como son las ITS las cuales son un conjunto heterogéneo de enfermedades transmisibles que se presentan en todos los grupos de edad (con mayor frecuencia en personas de 15 a 50 años), y cuyo elemento fundamental en común es el compartir la vía sexual como mecanismo de transmisión. Son más de 30 las infecciones clasificadas como de transmisión predominantemente sexual, o como frecuentemente transmitidas por dicha vía (Chacón-Quesada, Corrales-González, Garbanzo-Núñez, Gutiérrez-Yglesias, Hernández-Sandí, Lobo-Araya, Romero-Solano, Sánchez-Avilés & Ventura-Montoya, 2009; Castro, 2010).

Uribe y Orcasita (2009) en su investigación con universitarios de edades entre 16 y 25 años, demuestran que los jóvenes en su primera relación sexual hacen uso del preservativo (52,8%) pero a través del tiempo, el uso de este en las relaciones sexuales disminuye (47,7%). Dentro de esta misma investigación se identifica que hay comprensión de la importancia que tiene, no sólo para prevenir embarazos,

sino también de ITS o de VIH/SIDA, pero, a pesar de ello, en el momento de la conducta sexual el uso del preservativo no se hace efectivo.

Al no utilizar estos métodos se hacen propensos a adquirir cualquier ITS y se debe tomar en cuenta que la distribución en el mundo de las enfermedades no es uniforme, y varía la incidencia de los diferentes gérmenes patógenos en dependencia del área geográfica, nivel socioeconómico de la población, hábitos sexuales dominantes en ella y educación sexual de sus individuos, entre otros (Castro, 2010).

Existen muchas ITS sin embargo las más representativas en Latinoamérica están el Virus del Papiloma Humano, Gonorrea, Sífilis, Tricomoniasis y Herpes; así como el SIDA. Chacón-Quesada et al. (2009) crearon un listado para poder comprender de mejor forma dichas ITS en la cual se describe brevemente cada una de ellas y se menciona la sintomatología y manifestaciones físicas principales. Dicha lista se presenta a continuación:

- Virus del papiloma humano (VPH): es un conjunto de aproximadamente 70 virus agrupados, el VPH es la ITS más frecuente en la actualidad. La infección asintomática del cérvix producida por HPV se detecta en el 5 a 40% de las mujeres en edad reproductiva. Los cambios cutáneos iniciales más característicos se describen como máculas y lesiones tipo verrugas planas abundantes y confluentes. Se estima que el tiempo de evolución para desarrollar lesiones capaces de generar un cáncer de cérvix va de los 5 a los 20 años. Debido al lento desarrollo hacia lesiones malignas, la realización del examen del Papanicolaou, en la que se toma una muestra citológica del cuello uterino, puede detectar cambios anormales de las células de esta mucosa. El único mecanismo de transmisión es la vía sexual.
- Gonorrea: es una enfermedad infecciosa que afecta los tejidos mucosos de los órganos sexuales externos y los órganos urinarios principalmente, aunque también puede tener afectación de otros sitios del organismo. Esta

enfermedad es producida por una bacteria denominada comúnmente como gonococo. Su periodo de incubación es de dos a ocho días. El diagnóstico de la infección gonocócica en varones, se hace mediante la tinción de Gram del exudado uretral. La detección de diplococos gramnegativos intracelulares, es muy específica y sensible en el diagnóstico de la uretritis gonocócica, pero la sensibilidad para el diagnóstico de cervicitis gonocócica es de sólo un 50%. En el hombre, la enfermedad inicia con escozor en el conducto uretral al orinar, acompañado de secreción purulenta, inicialmente amarillenta y luego verdosa y sanguinolenta; el conducto uretral se inflama progresivamente. En la mujer, la infección invade el cuello del útero; hay salida de una secreción purulenta, escozor al orinar, irritación en la vulva, la vagina y un flujo maloliente. Si esta enfermedad no se trata rápidamente, mediante el suministro de antibióticos, se pueden producir daños graves en el organismo, como infecciones del sistema nervioso central, corazón, hígado, articulaciones, entre otros. Dentro de los principales mecanismos de transmisión, se pueden mencionar: transmisión por contacto sexual genital y bucogenital ocasionando gonorrea faríngea. la transmisión neonatal y perinatal ocasionándole al recién nacido conjuntivitis gonocócica cuando este pasa por el canal de parto.

- Sífilis: La sífilis es una ITS causada por la bacteria *Treponema pallidum*, a menudo es confundida con otras infecciones ya que presenta una sintomatología similar a otras. Después de un periodo de incubación de dos a seis semanas, aparece la lesión primaria, que con frecuencia conlleva adenopatía regional. El diagnóstico se hace por medio de la identificación de *Treponema pallidum* mediante microscopía de campo oscuro, también se puede hacer usando pruebas serológicas marcadas con fluorescencia, detección de ADN de *Treponema pallidum* y pruebas serológicas como el VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) o RPR (Rapid Plasma Reacción). Esta enfermedad puede cursar asintomática pero si no es tratada también puede dar las siguientes complicaciones: lesión ulcerada conocida

como el chancro, irritaciones en piel y mucosas, esta irritación generalmente no produce prurito. Habitualmente la lesión toma forma de puntos rugosos, de color rojo o marrón rojizo, tanto en las palmas de las manos y de los pies, aunque también pueden aparecer en otras zonas de la piel. Además el paciente puede presentar fiebre, dolor de garganta, cefalea, pérdida del cabello, pérdida de peso, astenia y adinamia. Finalmente la sífilis puede lesionar órganos internos como cerebro, nervios, ojos, corazón, vasos sanguíneos, hígado, huesos y articulaciones. La sífilis se contagia principalmente por contacto sexual, por contacto de la piel con la ligera secreción que generan los chancros o por contacto con los clavos sifilíticos de la persona enferma: al realizar sexo oral sin preservativo, al besar una boca con chancros, por inoculación accidental, o puede ser transmitida de la madre al hijo a través de la placenta o a través del canal de parto.

- Tricomoniasis: Es la presencia de protozoos flagelados, pertenecientes a la familia Trichomonadidae y al género Trichomonas, que parasitan el tracto digestivo y/o reproductor. El periodo de incubación es de los más cortos va de los 5 a los 25 días. Las manifestaciones clínicas no son confiables para efectuar un diagnóstico exacto y la existencia de población asintomática hace necesario el uso de algún método de diagnóstico de demostración del parásito. La confirmación de la tricomoniasis se efectúa mediante técnicas directas e indirectas. En la mujer existen 3 formas de presentación: asintomático, subclínica y vulvovaginitis. La forma de contagio de este virus es mediante el contacto sexual principalmente, en forma ocasional puede ser contraída entre adultos, desde o a través de piscinas, aguas termales y por uso compartido de ropa interior, toallas, entre otros.
- Herpes: El agente etiológico es el Virus herpes simplex tipo 2 (VHS-2). Existen diferentes tipos del VHS-2; se van a encontrar dos tipos de manifestaciones clínicas: el primer episodio es una infección primaria en un paciente sin positividad previa para anticuerpos de VHS y recurrencias las cuales se encuentran en pacientes con un episodio en el que se demuestre

la presencia de anticuerpos contra VHS durante el mismo, además de conocer la existencia de infecciones previas. El periodo de incubación va aproximadamente de 3 a 7 días, tiempo en el cual se inicia la manifestación de los síntomas. El diagnóstico se puede realizar mediante la observación de la lesión característica; asimismo, pruebas serológicas realizadas posterior a la obtención de sangre venosa, en las que se detectan anticuerpos contra VHS. Las lesiones suelen iniciar con enrojecimiento de la región afectada, posteriormente se forman pápulas que evolucionan a vesículas que ulteriormente se rompen y forman una ulceración. Se transmite por contacto sexual, también por contacto orogenital, con fluidos o mucosas que se encuentren contaminadas con el virus.

- VIH/SIDA: fue reconocido en 1981 en los EEUU por el Center for Disease Control and Prevention (CDC), en 1983 se aisló el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Este agente etiológico pertenece a la familia de los retrovirus humanos: retroviridae, siendo aisladas dos formas del VIH, denominadas VIH-1 y VIH-2. La infección por el VIH, puede dividirse en tres fases: infección primaria: de 3 a 6 semanas de duración, periodo latente: puede durar de 7 a 10 años y fase final: corresponde a la enfermedad (SIDA), propiamente dicha. El diagnóstico de la infección se realiza por: demostración de los anticuerpos anti-VIH y detección directa del VIH o de alguno de sus componentes. Los anticuerpos anti-VIH: suelen aparecer en la circulación entre 2 a 12 semanas después de la infección; las pruebas utilizadas para el diagnóstico son ELISA y Western Blot. Los principales mecanismos de transmisión del VIH son: Transmisión sexual, en general el 42% de nuevos casos se da por contagio homosexual y un 33% corresponde a infecciones por contagio heterosexual. Transfusiones sanguíneas, trasplantes y uso compartido de jeringas para drogas. En la transmisión materno fetal, la probabilidad es de 23 a 30% antes del nacimiento, de 50 a 65% durante éste y de 12 a 20% durante la lactancia.

De todas las ITS existentes en el mundo el VIH/SIDA es por mucho a la que mayor prioridad se le da, ya que es una enfermedad incurable la cual ha representado

año tras años la muerte de miles de personas. De acuerdo con Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA (CENSIDA, 2018) a finales del año 2018 México presentaba 6,174 casos nuevos de VIH de los cuales 5,242 fueron registrados en varones. Este mismo estudio mostraba que de todas esas personas únicamente el 60% estaba en tratamiento, el cual se ofrecía sobre todo a población de mujeres embarazadas para prevenir la transmisión a los bebés. Esto puede relacionarse a los patrones de conducta sexual en el entendido de realizar actividades sexuales sin el uso de condón, no tener conductas de cuidado y chequeos constantes respecto a su salud y por tanto no se puede tratar en el 100% de las personas infectadas.

Con esto se puede apreciar que el número de nuevos casos es mayor respecto a 2017 pues en dicho año había un total de 5,859. De estos nuevos reportados en 2018, el 85% corresponde a varones lo cual es sumamente alarmante pues como se mencionó anteriormente uno de los principales focos de atención son los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres. De ahí se observa claramente la imperante necesidad del uso de preservativo en toda relación sexual y es evidente que no se ha hecho mucho por atender esta población ya que sigue mostrando altos índices de incidencia.

Por otra parte un estudio con un poco más de antigüedad y mayor oportunidad de análisis encontró que los principales portadores y propagadores en el desarrollo del VIH en México eran las sexo servidoras (7%), las personas homosexuales u hombres que tiene sexo con otros hombres (17.3%), compartir agujas en el consumo de drogas (2.5%), personas transgénero (17.4%) y las personas en prisión (0.7%) (ONUSIDA, 2016). Estos porcentajes se ven reforzados por los patrones conductuales que permean a los diferentes círculos sociales como puede ser el consumo constante de drogas, la opresión ejercida por parte de las familias que crean un sentido de “libertad” y “rebeldía”, el analfabetismo, el no uso de preservativo y las prácticas sexuales de riesgo. Por tanto se han desarrollado diversos planes de salud para proporcionar tratamientos eficaces a personas que

viven con dicha enfermedad (Gala, Berdasquera, Pérez, Pinto, Suárez, Joanes, Sánchez, Aragonés & Díaz, 2007).

En México como en el mundo la prevalencia en el uso del condón se ha subestimado ya que como menciona De Jesús-Reyes y Menkes-Bancet (2014) la espontaneidad de la relación sexual en edades jóvenes hace que el uso se reduzca a 4 de cada 10 personas, esto a pesar de ser conscientes de la importancia de dicho anticonceptivo por el impacto que se ha explicado puede tener el VIH o cualquier tipo de ITS. Por otra parte Cortés, García y Ochoa (2015) realizaron un estudio a 453 estudiantes de la facultad de tecnología de la salud en Cuba, dicho trabajo manifiesta el bajo comportamiento hacia el uso del condón. Dentro de este estudio se encontró que el 91% eran sexualmente activos de los cuales el 89% manifiestan tener preferencia heterosexuales y un 3% bisexual u homosexual. De la población sexualmente activa únicamente el 52% manifestó un uso frecuente del preservativo ya que el resto no consideraban necesario el uso de dicho método ya que contaban con parejas estables y no les parecía necesario utilizarlo. Esto último son el tipo de patrones conductuales y actitudes que preocupan pues dan pie a las conductas sexuales de riesgo.

El uso de condones en México es un tema que ha obtenido gran difusión en los últimos años ya que se han realizado diversas campañas favoreciendo el mismo. Sin embargo existen medios de comunicación que propagan ideas diferentes a las de estas campañas volviendo así más difícil la tarea de concientización del mismo. Este tipo de situaciones aunado a las características sociodemográficas antes mencionadas dificultan el cuidado de la salud sexual. González-Fagoaga (como se citó en Vega-Briones & Jaramillo-Cardona, 2010) menciona que hay un sinnúmero de estudios para conocer las actitudes, comportamientos y percepciones sobre sexualidad en varones, sin embargo muchas veces solo se enfocan en definir los factores relacionados con el embarazo en las adolescentes y las actitudes hacia las ITS teniendo como consecuencia datos que sólo se enfocan en ciertas poblaciones lo cual permea una visión integral de estas investigaciones pues no se han realizado comparaciones en otros aspectos.

De acuerdo con Piña, Lozano, Vázquez y Carillo (2010) en una muestra de 803 universitarios colombianos sexualmente activos, cuya edad promedio era de 20.9 años, solamente el 34.6% mencionó haber utilizado condón en su primer relación sexual con penetración manteniendo su uso de forma consistente en posteriores relaciones sólo el 26.8% de los estudiantes. A diferencia de esto el 64.2% de los individuos son inconsistentes en su uso mencionando que lo hacen pocas veces y el 8.7% no lo hacen nunca. Es evidente que ni siquiera una tercera parte de esta población es consistente con el uso del preservativo y rara vez se preocupan por el cuidado de su salud y el contagio de ITS. A estos resultados se puede sumar que el 29.8% de los encuestados totales mantiene relaciones sexuales con parejas ocasionales y de dicho porcentaje únicamente el 37.8% han usado preservativo siempre que tiene un encuentro sexual de ese tipo. En comparación con el 56.6% que lo utiliza pocas o raras veces y el 3.9% que jamás lo utilizan. Si se observa esta última parte es evidente que en prácticas de riesgo son poco más consistentes con el uso del condón, sin embargo sigue siendo una cifra por debajo del 50% de los practicantes y esto da pie a la vulnerabilidad de contagio y transmisión de VIH y el resto de las infecciones.

Entonces se puede concluir que las personas no dimensiona la importancia del uso correcto y constante del preservativo ya que muchos de ellos se niegan a usarlo en parejas que consideran “estables” pues cuentan con una idea de fidelidad y eterna pertenencia. Así como las personas que a pesar de comprender que es una práctica de riesgo el estar con una persona ocasional no lo utilizan por otro tipo de ideas erróneas igualmente. Esto da pie a un análisis más profundo respecto a este tipo de creencias y actitudes que se desarrollan en torno al uso del condón y por el cual estos patrones de conducta de riesgo suman puntos a los factores sociodemográficos que intervienen en las prácticas sexuales de riesgo.

### **2.3 Creencias y actitudes hacia el uso del condón**

Es importante recordar que existen dos vertientes esenciales en cuanto a la sexualidad: un aspecto biológico el cual se vincula al desarrollo genético y manifestación del sexo mediante procesos hormonales así como la procreación, el impulso y deseo sexual y la capacidad de respuesta y goce del mismo. La otra vertiente es de tipo psicosocial, este aspecto está moldeado desde la infancia por las personas que nos rodean como la familia y la escuela, dentro de estos círculos se van adquiriendo ideas y actitudes hacia el sexo que varían acorde con el sistema de valores morales que regulan las distintas clases sociales y las diferentes culturas en las que está inmerso un individuo, por lo que la sexualidad carece de validez universal para definir el comportamiento sexual (Gorguet, 2008).

Sin embargo una creencia y actitud pueden definirse acorde a cada autor y perspectiva. Desde un punto de vista del lenguaje una creencia es un sentimiento de certeza sobre el significado de algo siendo una afirmación personal que se considera verdadera (RAE, 2017), sin embargo desde la teoría del comportamiento planeado esta se pueden clasificar en tres grupos: creencias conductuales, creencias normativas y creencias de control. Las primeras influyen y dirigen el comportamiento de las personas estas proporcionan un marco general y evidente de creencias que se asumen para determinar ciertas actitudes. Las segundas son las opiniones que el individuo marca como referentes importante para la realización de determinada conducta que pueda influir sobre la norma subjetiva ya establecida, podría explicarse como la presión social percibida por el individuo. Finalmente las creencias de control están relacionadas con la dificultad o facilidad para percibir la ejecución y la idea de control volitivo incompleto respecto una situación en concreto (Ajzen, 1991; Reyes, 2007; Bello et al., 2011).

Las creencias no necesariamente son cuestiones certeras, lo que da paso a las creencias erróneas que en su mayoría son las que buscan controlar las conductas sexuales humanas, esto es debido a la falta de información, los tabúes y sobre todo la falta de comunicación desde las familias y escuelas. La religión también es un punto de influencia fundamental en algunas regiones, ya que crea patrones de conducta que se apeguen a lo que estas profesan ya sea mediante mitos que los

padres utilizan para evitar el diálogo con los hijos o sembrar ideas sin fundamentos científicos. Otros aspectos relacionados sobre las creencias en la sexualidad son las opiniones que se generan respecto a consecuencias de las conductas sexuales de riesgo como es la opinión respecto a madres solteras, el aborto y la sexualidad a edades tempranas (Rodríguez & Herrera, 2016).

Todo esto se puede ejemplificar con las investigaciones antes mencionadas ya que el contexto sociodemográfico que permean los padres de familia y las instrucciones que se dan respecto a la sexualidad van formando una parte de sus creencias normativas e impactando en las creencias de control al realizar prácticas sexuales permeadas con ideas previas de control respecto a diversas situaciones y con un constante resultado positivo. Como se mencionó en investigaciones anteriores la percepción de riesgo en la adolescencia es baja, ya que muchos creen “si no me pasó antes, no me pasara ahora” y eso consecuentemente las creencias negativas de control.

Por otro lado de acuerdo con Libreros, Fuentes y Pérez (2008; como se citó en Hurtado de Mendoza & Olvera, 2013) las actitudes son todas aquellas predisposiciones aprendidas que tiene el individuo de forma consistente para reaccionar de una manera específica ya sea favorable o desfavorablemente hacia alguna situación concreta u objeto. Estas actitudes pueden ser integradas por opiniones, creencias, sentimientos o tendencias esto ayuda a dirigir la atención del individuo a características particulares que ayuden a desarrollar conductas y normalmente se evalúan mediante adjetivos dicotómicos (Bello, et al. 2011; Hurtado de Mendoza & Olvera, 2013).

Estas actitudes también están determinadas por las expectativas que las familias y sociedades van construyendo alrededor del individuo. Estas influencias hacen que poco a poco la persona perfilé una actitud propia hacia la sexualidad la cual facilitara o inhibirá la expresión sexual de éste aunadas a sus experiencias, su información, ambiente y cultura, lo cual determinara la imagen que proyecte a su alrededor basada en las conductas y opiniones que se generen (Rodríguez & Herrera, 2016).

Entonces es importante comprender que las actitudes y creencias de los individuos influyen en la percepción que estos tienen respecto al uso de cualquier método anticonceptivo, en este caso específico en el uso del condón. Uribe, Amado, Zacarias y Villarreal (2012) en su investigación encontraron que la percepción negativa respecto al uso de condón y las creencias erróneas sobre el contagio de las ITS es muy alta ya que el 65.5% de su población tenía percepción negativa y creencias erróneas, siendo las mujeres quienes presentan mayormente estas ideas. Sin embargo son las mujeres las que cuentan con mayor conocimiento respecto al uso correcto del preservativo. Por tanto se evidencia que la percepción negativa del condón puede ir de la mano con las creencias erróneas respecto a su uso y las ITS. Estos autores recalcan la importancia de los factores sociodemográficos y culturales en el desarrollo de estas actitudes, creencias y percepciones mediante el ejemplo de varones a quienes en cierta manera culturalmente se les ha atribuido el uso del condón haciéndoles los portadores del mismo y quienes lo proponen en una relación sexual, generando creencias normativas en las que utilizar el condón se vea como asunto de varones no de mujeres.

Estas creencias y actitudes hacia el uso del condón también dependen de las creencias y actitudes que tengan hacia la sexualidad, Rodríguez y Herrera (2016) mencionan que la mayoría de estas radican en los mitos y falacias que se generan a partir de la cultura, la educación y las actuales corrientes de pensamientos como es el feminismo el cual por encima del machismo se ha convertido en un principal opositor del correcto cuidado de la salud sexual. También las prácticas sociales que se tengan dentro de una comunidad serán formadoras de la actitud positiva o negativa a este cuidado, ejemplo de ello es la “vergüenza” como actitud frente a la situación de comprar preservativos, lo cual marca la idea de una vida sexual activa y al “qué dirán” los demás por esto, lo cual sólo procura la actitud desfavorable hacia el uso del condón (Rodríguez & Herrera, 2016).

En un estudio realizado por Capella, González y Valery (2012) se menciona que una actitud positiva hacia el uso del condón se manifiesta cuando se emplea para

prevenir ITS, ya que lo consideran un buen método para prevención de infecciones más que pensando en la prevención del embarazo. Sin embargo en referencia a la creencia se ve permeada por algunas negativas como es el menor disfrute en las relaciones sexuales, convirtiéndolo en algo necesario pero no deseable para la mayoría de los individuos. Esto repercute también en la frecuencia del uso del preservativo ya que al no ser algo deseado pues “rompe la espontaneidad” en las relaciones que afirman son estables y por ende tiene menor probabilidad de contraer alguna ITS prefieren no utilizarlo pues no perciben riesgo alguno de contraerlas y sólo se preocupan por métodos que prevengan el embarazo, de esta forma se preocupan por lo que la mujer elija el método de protección y dejan de lado la intención a prevenir ITS para dar prioridad al placer y al no embarazo.

Lo antes mencionado, es reforzado por estudios anteriores como el de López, Vera y Orozco (2001; como se citó en Del Castillo, Mayorga, Guzmán, Escorza, Gutiérrez, Hernández & Juárez, 2012) el cual menciona que los varones tienen creencias negativas, ya que piensan que este método disminuye el placer sexual teniendo así actitudes desfavorables lo que se convierte en la principal causa de infección por VIH. Del Castillo et al. (2012) encontraron que la actitud en el uso del condón es generalmente favorable en la población universitaria; sin embargo, es más alta la actitud positiva en parejas informales pues lo consideran bueno y necesario.

Todas estas actitudes y percepciones repercuten en los las conductas de los individuos lo cual crea así las conductas de riesgo respecto a sus prácticas sexuales, sin embargo existen otros elementos que permean el uso o no de preservativo estos son los factores de riesgo que pueden presentarse en la población, lo cual se revisará en capítulos posteriores.

### **CAPÍTULO 3. FACTORES Y CONDUCTAS DE RIESGO SEXUAL EN VARONES PRIVADOS DE LA LIBERTAD (PPL) Y NO PRIVADOS (PNPL)**

Los factores y conductas de riesgo son ejemplos fundamentales para una salud sexual, en población masculina estas conductas y factores suelen tener poca atención; como se ha mencionado anteriormente las actitudes, creencias y consecuencias se enfocan más en población femenina, ejemplo de ello son todas las investigaciones realizadas por Arroyave (2012), Garacochea, et al. (2013) y Sandoval (2017) las cuales buscan desarrollar los comportamientos sexuales y la diversidad que las caracteriza y que influye en el desarrollo de ITS dentro de establecimientos penitenciarios, a eso sumándole que las mujeres suelen demandar mayores derechos y necesidades médicas como el ginecólogo y de salubridad. Sin embargo los varones suelen ser los principales portadores y afectados por ITS debido esta concepción de “libertad” en cuanto a su sexualidad y a las creencias erróneas sobre el VIH y las ITS al tener una relación sexual sin protección y pensar “nunca me paso nada ni me pasara” (Restrepo-Pineda, 2016).

Por tanto es importante identificar las diferencias y características de un factor y una conducta de riesgo no solo en mujeres sino también en varones, ya que estas darán la pauta para la creación de diversas alternativas que aporten a la prevención que una mala salud sexual y las consecuencias que puede tener. Por tanto este capítulo revisará las conductas y factores de riesgo que se pueden presentar con mayor facilidad en ciertas poblaciones ya que no todos los contextos son iguales ni se desarrollan de la misma manera. Esto haciendo especial énfasis en la diferencia de población privada de la libertad y no privada, ya que los primeros son personas que han cometido ya alguna conducta de riesgo no sólo sexual sino legal.

### 3.1 Factores de riesgo en PPL y PNPL

Existen diferencias significativas entre un factor y una conducta de riesgo; el primero es a nivel ambiental y contextual y el otro es el resultado de esta interacción individuo-ambiente. Para un estudio más preciso de dichas características para el desarrollo de la salud la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) ha realizado una definición sobre factor de riesgo en la cual establece lo siguiente:

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene (p.1).

Estos factores como se menciona en el párrafo anterior, son los rasgos que predisponen a una persona a realizar actividades que perjudiquen su salud o la de otros, entonces estas actividades se pueden catalogar como “conductas de riesgo” en las cuales se profundizará más en apartados posteriores.

Por tanto cualquier situación que sea considerada riesgosa o que atente contra la salud física o mental de la persona será considerada de riesgo. Estas conductas no se producen de la nada, como ya se ha mencionado se necesitan varios elementos antecedentes y conductas que en un inicio no fueran nocivas pero que en algún punto dieran pie a desarrollar las dañinas. Para poder entender mejor este proceso de transformación de un simple factor a un factor de riesgo se utiliza la esquematización de Dryfoos (1990; como se citó en Florezano, 1997) la cual distingue las siguientes características:

- características socio-demográficas: el sexo, la edad, la etnicidad, la educación de los padres, y la extracción rural o urbana
- características individuales: nivel educativo, notas escolares, religiosidad, personalidad y características.
- Características familiares: grado de cohesión, flexibilidad, calidad de la comunicación, etc.

- Plano comunitario: se integran varias características del sistema educacional, la interacción con pares, la influencia de medios de comunicación, las situaciones de empleo y oportunidades educacionales.

Como se observa en la clasificación anterior los factores de riesgo están prácticamente en todas las áreas de desarrollo del individuo por tanto clasificarlas resulta problemático para tomarlo en cuenta todo. Sin embargo para este estudio se toman en cuenta las que se desarrollan en un contexto inmediato al sujeto como es la economía, la familia, el entorno socio-cultural y los niveles educativos.

Para esto es importante el diferenciar los factores de riesgo, previamente explicados, de otros factores que por su nombre y similitud podrían confundirse, entre ellos se encuentran los indicadores de riesgo y los mecanismos de riesgo.

De acuerdo con Kreamer (1999, como se citó en Cova, 2004) estos indicadores o marcadores de riesgo no son modificables y forman una relación probabilística que no siempre es fácil de establecer en un mismo contexto que no implican necesariamente causalidad. En esta relación estadística entre dos variables se muestra una consecuencia es entonces cuando esta ocurre que esos factores se pueden denominar como marcadores de riesgo y se utilizan generalmente en casos o enfermedades epidemiológicas y no como factores psicológico o psicosociales. Por su parte Cova (2004) menciona que los mecanismos de riesgo se forman cuando la relación no es sólo por medio de la asociación probabilística como en el caso de los indicadores, este mecanismo permite comprender todo el proceso por el cual el factor que se está considerando influye en el resultado final o consecuencia que en este caso sería una acción o conducta.

Todas estas definiciones son importantes para el desarrollo de enfermedades o malestares en las personas así como en deficiencias de la población o de un mismo sector. Sin embargo estas definiciones pueden verse permeadas por una intervención transdisciplinaria pues no sólo involucra a los psicólogos, también le abre paso a los psiquiatras, sociólogos, economistas, historiadores, etc. quienes encuentran las relaciones de las personas con su contexto y entorno inmediato.

La problemática psicológica que atraviesan los individuos en edades jóvenes pueden ser por sí mismas un factor de vulnerabilidad que afecta en ellos para cometer cualquier tipo de conductas de riesgo propiciada por los factores de riesgo que les rodean, ejemplo de esto son los factores psicosociales que mencionan Salazar, Torres, Reynaldos, Figueroa y Valencia (2009) los cuales mencionan que si una persona tiene como factor la herencia genética de rasgos psicopáticos de comportamiento, si se encuentra ante una problemática compleja como es la crisis de identidad, y a todo esto se añaden constantes conflictos en la familia que puedan propiciar una sensación de abandono que crea una percepción de un entorno agresivo y perturbado resultará sumamente fácil que no pueda contenerse dentro de ese mundo de ansiedad y necesite actuar externando toda la problemática mediante prácticas sexuales de riesgo, actividades delictivas o consumo de sustancias nocivas que son las principales consecuencias que desembocan de la vivencia de estos factores de riesgo.

Estos factores ayudarían a explicar, en parte, el desmesurado aumento de la delincuencia juvenil que se ha producido en nuestra sociedad, sobre todo en ciudades sumamente pobladas que se están urbanizando en las últimas décadas como serían Guadalajara, Ciudad de México y Monterrey, tal y como lo demuestran Salazar-Estrada, Torres-López, Reynaldos-Quinteros, Figueroa-Villaseñor y Araiza-González, (2011) en sus investigaciones. Ellos mencionan que es una constante en las grandes ciudades ya que no solo en México sucede, también en algunos países de Latinoamérica se puede apreciar este incremento en conductas de riesgo como consecuencias de los factores ambientales. Dentro de esta investigación destacan las ciudades de Sao Paulo, Caracas, Buenos Aires, Santiago de Chile, etc. Donde el claro ejemplo de factores de riesgo se ve representado en la inmigración y la pérdida de identidad cultural, el asentamiento irregular, el paracaidismo (asentamientos humanos espontáneos) y la evidente dificultad para la convivencia familiar, el desempleo, la despersonalización, los conflictos vecinales, etcétera, constituyen contexto idóneo para la aparición de conductas de riesgo pues es el contexto perfecto para que la impotencia se apodere de un sujeto buscando así una salida ante su incapacidad

de solucionar su problemática al mismo tiempo que su alrededor lo confronta día con día. Esto se refleja en la PPL pues su desarrollo se da en ambientes con factores similares a los antes mencionados, sin embargo también existen estos mismos factores de inmigración y todas sus consecuencias en PNPL, la cual no desarrolla conductas nocivas, ejemplo de ello son las personas que al llegar a un lugar piden los beneficios de salud y educación que ofertan diversos países, ayudando el desarrollo integral de los jóvenes, ofreciéndoles educación y sistemas de salud, convirtiéndolos así en universitarios (CONAPO, 2018).

Todos estos factores se pueden comparar también con el factor mercantil que puede tener la PNPL pues tiene mayor poder adquisitivo. Un estudio realizado en 2012 por Villatoro, et al. (2014) en una población de 1800 estudiantes de nivel medio superior y secundaria muestra que el 24.4% de ellos eran consumidores activos de algún tipo de sustancia, sin embargo las personas que lo habían probado en alguna ocasión era mayor, siendo los varones el 25.7% y las mujeres el 23.1% en el debut de dichas sustancias. Las drogas suelen ser electas acorde al sexo de la persona, las mujeres son más afines a las drogas médicas como los tranquilizantes, anfetaminas, sedantes e inhalables, a comparación de los hombres quienes suelen elegir drogas como la marihuana, cocaína, crack, alucinógenos, metanfetaminas y heroína. Estos datos son importantes dado que esa población es la que actualmente está en edad universitaria y la que atañe esta investigación. Aunados a estos datos de consumo de sustancias los autores aportan los factores que les rodean demostrando que es una gran implicación en el desarrollo de estos patrones conductuales. Ellos mencionan que a menor grado de estudios de los padres, mayor es la tendencia por el consumo de marihuana, anfetaminas e inhalables. En cuanto al contexto del individuo las delegaciones con mayor incidencia de consumo en esta población son Azcapotzalco con el 22.9%, Cuauhtémoc con el 18%, Venustiano Carranza con el 16.9%, Miguel Hidalgo con el 13.4%, Gustavo A. Madero con 13.3% y Coyoacán con el 13.1%. Esto sumando el porcentaje de consumo en marihuana y cocaína que son las sustancias más usadas en los jóvenes sin embargo, también son estas delegaciones en las que se presenta un mayor número de actos delictivos.

Estas delegaciones son de llamarse la atención ya que de acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2016) las delegaciones Azcapotzalco, Coyoacán, Cuauhtémoc y Miguel Hidalgo estaban dentro de las 6 delegaciones con menos porcentaje de pobreza en su población en el año 2010, sin embargo en dos de estas la pobreza aumentó considerablemente para el año 2015. Por su parte la delegación Gustavo A. Madero estaba ubicada dentro de las 6 delegaciones con mayor índice de pobreza en 2010 saliendo de dicha posición en el año 2015. Estos datos revelan que las personas con mayor poder adquisitivo tiene mayor acceso a drogas y tendencia a utilizarlas, por ende a desarrollar patrones de comportamiento que afecten a su desarrollo personal y sexual. Existen delegaciones que tienen consumos por debajo de la media que y cuyo índice de pobreza es el más alto de las 16 delegaciones, tal es el caso de Milpa Alta y Xochimilco, y en el caso de Tláhuac se encuentra en el 3er lugar de mayor pobreza en la CDMX y cuenta con un promedio igual a la media en el consumo de inhalables y cocaína (Villatoro et al., 2014)

Todos estos factores antes mencionados han sido en un marco referencial muy general, para todo tipo de poblaciones que está en constante contacto con diversos entornos, personalidades y sistemas. Sin embargo es importante hacer una diferencia en cuanto a las personas privadas de la libertad (PPL). Es evidente que estas personas residen en un contexto diferente al de los demás individuos por tanto sus factores de riesgo serán diferentes pues el estar en una cárcel ya es per se un factor de riesgo como lo indican Amorim, Evangelista, Araujo, Leite y Sampaio (2017) ya que la hace destacar por su vulnerabilidad, sin embargo también se debe recordar que vienen de un contexto libre, donde los factores ambientales los permeaban también y conviven con personas que no desarrollaron los factores transformándolos en conductas.

El aumento progresivo y considerable de esta población en los últimos años, es de gran preocupación para diversos países y las organizaciones que se encargan de esta población. En Colombia, diversos organismos se encargan de realizar

estadísticas que arrojan datos importantes referentes a esta población, ejemplo de ello son las realizadas entre los años 2007 hasta 2014 elaboradas por la Policía Nacional, la Defensoría del Pueblo y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF, 2015) en la cual se muestran que cada año el número de adolescentes en conflicto penal aumenta principalmente en personas de 16 y 17 años del género masculino siendo el 88.4% de la población total, teniendo como delito el tráfico, fabricación y porte de drogas seguido por robo. Sin embargo la edad principal de ingreso al sistema penitenciario es de 20 a 24 años siendo esta población el 93.6% de varones que ingresan destacados por el tráfico de armas de fuego.

Tomando en cuenta el incremento de conductas delictivas, es de esperarse que los investigadores de áreas psicosociales se enfoquen en el análisis de los contextos en las que estas se desarrollan, diversos autores como López y López (2003) Calvete (2007) Torrente, (2005) y Silva (2010) coinciden en que esta problemática se puede atribuir principalmente a factores relacionados con la desintegración familiar, la pérdida de valores, la crisis educativa y a factores individuales propios del sujeto como la edad, el género, problemas o trastornos de conducta en la infancia, inteligencia baja, personalidad caracterizada por la impulsividad, irritabilidad, baja autoestima, creencias justificadoras de la violencia; factores familiares como familias desestructuradas, clima familiar negativo, padres en exceso permisivos que no imponen reglas y normas o padres muy autoritarios, vínculos afectivos débiles, falta de control de los progenitores o cuidadores y poca o nula supervisión, antecedentes de delincuencia y consumo de drogas o sustancias adictivas, y estatus socioeconómico familiar bajo.

Finalmente los factores socioculturales como explica Hernández (2013) forman parte de las características que pueden describir a los delincuentes, entre los cuales destaca la legitimación de la violencia y la corrupción, pertenencia a grupos con antecedentes delincuenciales y consumo de sustancias psicotrópicas, escasos recursos económicos, contexto escolar negativo, vivir en un vecindario de estrato socioeconómico bajo, entre otros. Dichos factores son los que se ha encontrado que tienden a repetirse en personas que están privadas de la libertad,

Amaya, Salgado, Martínez y Chablé (2013) corroboran en su estudio estos datos pues manifiestan el nivel socioeconómico encontrado con mayor frecuencia en esta población es el bajo con un 30%, teniendo como consecuencia la vivencia e vecindarios calificados en su mayoría como “pobres”. Con un 78% de familias que demuestran una estructura autoritaria (del lado paterno) y sobreprotectora (del lado materno) lo cual generaba constantes situaciones de violencia dentro de la familia. Haciendo este entorno su común denominador para realizar conductas de riesgo que terminan por llevarlos a centros penitenciarios.

En el ámbito universitario se presentan varios factores de riesgo que pueden ser diferentes a los antes mencionados, estos van más orientados a cuestiones emocionales o anímicas que desarrollan los individuos como son las crisis depresivas, estrés y ansiedad, lo cual repercute en la disminución de la calidad de vida y el aprendizaje, sin embargo también cuestiones como el sedentarismo, la obesidad y la constante interacción en reuniones sociales como las “fiestas” aumentan la exposición a otros factores de riesgo como el consumo de alcohol, cigarrillos y/o drogas lo que afecta al universitario. Otra área fundamental está referida al desarrollo de actitudes personales ligadas a la edad y el sexo aunados al desarrollo socioeconómico que presentan a medida que su nivel de estudios aumenta puesto que hace que la persona pueda acceder a un estrato socioeconómico alto en el que se enfrentará a otro tipo de factores (Jara & Riquelme, 2018 y Vélez-Álvarez, Hoyos-Londoño, Pico-Merchán, Jaramillo-Ángel & Escobar-Potes; 2019). Es entonces cómo se pueden notar los diferentes factores que permean a cada una de las poblaciones y los diferentes ámbitos que los exponen, tanto a PNPL como a PPL.

### **3.2 Conductas de riesgo en PPL y PNPL**

Como se mencionó en el apartado anterior es importante diferenciar entre un factor de riesgo y una conducta de riesgo pues aunque estén tan estrechamente ligadas son cosas diferentes que podrían influir en el análisis de alguna variable en especial o para la intervención en cuestiones de salud o prevención de estas mismas. Por tanto es importante tener presentes ambas definiciones es así como

Florenzano (1997) menciona que la conducta de alto riesgo es definida como “la mayor probabilidad (riesgo) de que se produzcan consecuencias negativas para la salud” (p. 63). Lo cual implica la existencia de una mayor probabilidad de observar una determinada consecuencia en un grupo o un individuo expuesto a un factor determinado (Cova, 2004).

Estas conductas pueden ir orientadas hacia diferentes aspectos de la vida del individuo, sin embargo en el presente capítulo se habla de las conductas orientadas a la sexualidad de las personas, esto debido a la importancia que tienen las conductas sexuales de riesgo en la salud, especialmente en población con edad universitaria, en diversos países de América latina se han hecho estudios con el fin de analizar las conductas de riesgo y el motivo por el cual se desarrollan ejemplo de esto es la investigación realizada en Colombia por González (2004) quien encontró que existen múltiples variables que afectan esta parte del desarrollo sexual, sin embargo una de las variables más estudiadas (Uribe, Castellanos & Cabán; 2016) es la conducta sexual de riesgo que representa el inicio de la vida sexual, que comienza generalmente desde la adolescencia y especialmente en los hombres. Entonces las conductas de riesgo son las que atañen a nuestro quehacer como psicólogos e investigadores de la salud, ya que van más encaminadas a esta área que otros factores que son meramente médicos o psiquiátricos.

De acuerdo con Fundación UNAM (2014) los principales factores de riesgo para prácticas sexuales nocivas son:

- Debut sexual a edades tempranas, mientras más joven hay mayor probabilidad de tener un mayor número de compañeros sexuales en la vida por tanto el riesgo de adquirir una ITS aumenta.
- Sexo anal, vaginal u oral sin protección.
- Uso de alcohol y/o drogas durante la relación sexual.
- Cambios frecuentes y repetidos de compañeros sexuales.
- Sexo comercial.
- Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Existen trabajos como el realizado por Uribe y Orcasita (2009 como se citó en Uribe, et al. 2016) la cual fue realizada con estudiantes de universitarios de la ciudad de Cali, Colombia; hallaron que el promedio de la edad de inicio de las relaciones sexuales en los hombres es de 15,8 años y en las mujeres de 17,8 años con una desviación típica de 2,34 y que algunos universitarios de su investigación, en promedio habían iniciado su vida sexual a la edad de 16 años, de tal forma que la mayoría ha experimentado su primer coito antes de finalizar su adolescencia. Por otro lado Alfonso y Figueroa (2017) realizaron investigaciones en Cuba las cuales mencionan que el comienzo temprano en la práctica de las relaciones sexuales en la mayoría de la población adolescente de dicho país se da entre los 14 y 15 años, con una tendencia a la disminución, ya que la edad promedio se vuelve cada vez más baja. Y que la fecundidad en adolescentes en Cuba se plantea en menores de 15 años a diferencia de otros años donde el grupo de edad más vulnerable era el comprendido entre los 15 y 19 años.

En este mismo contexto del debut sexual, pero en una población mexicana, Szasz, Rojas y Castrejón (2008) menciona que en México la mayoría de los hombres inician su vida sexual antes de unirse conyugalmente, también afirman que la mayoría de las relaciones sexuales tenidas durante la adolescencia ocurren antes de casarse, por tanto tiene una diversidad de parejas sexuales femeninas muy amplia en el periodo pre marital, esto conlleva ciertos riesgos pues no son parejas estables. Esto se puede observar en ambas poblaciones tanto privada como no privada.

Ballinas-Urbina, Evangelista-García, Nazar-Beutelspacher y Salvatierra-Izabal (2015), se preocuparon no sólo por el patrón conductual en las relaciones sexuales de los mexicanos, sino también en todo el contexto que rodea a jóvenes adultos de un estado determinado con ciertos parámetros económicos, dicho estudio se enfocó en la población de Chiapas utilizando 2546 jóvenes de 15 a 24 años de los cuales 1009 eran hombres y 1537 eran mujeres. Este estudio procuró ser lo más uniforme posible en cuanto a la clase socioeconómica que

pertenezcan los involucrados. Entre los hombres, el porcentaje que dijo haber tenido relaciones sexuales fue de 47.9 % (n = 483); entre las mujeres fue de 38.7 % (n = 595), para un total de 1 078 jóvenes que declararon haber iniciado su vida sexual.

En la misma investigación se menciona que la frecuencia de jóvenes que han tenido relaciones sexuales se modifica según el grado de marginación del municipio de residencia, ya que entre varones indígenas, a mayor grado de marginación mayor proporción que han tenido relaciones sexuales, pasando de 100 y 75 % en los municipios de Muy Alta y Alta marginación, respectivamente, a 36.4 % en los de Baja marginación. En los varones no indígenas, también se aprecia una tendencia en sentido de la primera relación sexual realizándose entre los 15 y 19 años, con una edad media para ellos de 16.8 años y para ellas de 17.7 años. Con esos datos se puede entonces aseverar que los hombres tienen antes que las mujeres su primera experiencia sexual y la llevan a cabo entre los 15 y 19 años. Sin embargo también se encontró población que tenía relaciones sexuales antes de esta edad, ya que se menciona que un 12% de los jóvenes sexualmente activos tuvieron su primer encuentro sexual entre los 11 y 14 años. Este tipo de poblaciones es importante mencionarlo ya que representan a las poblaciones de estrato socioeconómico bajo, que es el que usualmente caracteriza a la PPL como se ha visto en capítulos previos.

Por otra parte el consumo de drogas y alcohol tiene una tendencia a potencializar el encuentro sexual, ya que tiene como finalidad potenciar las sensaciones durante el acto siendo el mediador en el encuentro sexual, dentro de las sustancias más utilizadas está la cocaína puesto que prolonga el acto sexual (Espada, Morales & Orgilés, 2013). La incidencia y variedad de drogas que se utilizan en el país es inimaginable pues además de ir en aumento el consumo de estas la facilidad de adquisición y la edad debut en el uso de las mismas es cada vez menor. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) realizada por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, el Instituto Nacional de Salud Pública, la Comisión Nacional

contra las Adicciones Comisión Nacional contra las Adicciones (2017) el consumo total de drogas aumentó de un 7.8% al 10.3% . Además en hombres el aumento fue de 3.6% en el consumo de drogas ilegales y de 3.4% en el consumo de marihuana. Por su parte la OMS y la OPS (2016) manifestaron un aumento en el uso de cocaína y psicofármacos en presos de género masculino con un 17% en total.

Finalmente cuando se habla de sexo comercial y todos los riesgos que este conlleva, en la mayoría de los casos se piensa en mujeres, en sexoservidoras o trata de blancas. Sin embargo también existe este tipo de comercio en población masculina. Córdova (2015) menciona que a pesar de la larga historia del matriarcado en el comercio sexual los hombres tienen historia dentro de este desde 1900. Este término de prostitución se relaciona como la venta de sexo a cambio de algún bien ya sea material, en especie o moneda. Foucault (1991, como se citó en Córdova, 2015) menciona a este tipo de práctica como un dispositivo de sexualidad el cual lo coloca en el centro de las preocupaciones sociales por la higiene pública que implica visualizándola como algo sucio o peligroso que potencializa las patologías médicas, las drogas y el robo. El aumento en esta población se atribuye principalmente a la deficiencia de empleos y condiciones socioeconómicas bajas, vivencias constantes de violencia o bien al gran movimiento turístico de las poblaciones entre diferentes regiones o países. Este último “movimiento turístico” tiene mayor impacto debido a la emergente globalización y el desarrollo de las comunicaciones e internet que facilitan la interacción entre individuos completamente desconocidos en la mayoría de las situaciones. Este tipo de actividades suelen darse en las zonas con mayor frecuencia turística y marcándose como prostitución gay, puesto que se considera hombres teniendo sexo con hombres (HSH) sin distinguir la identidad de género o rol que estos asuman. En nuestro país, las zonas con mayor índice de interacción HSH suelen ser Cancún, Acapulco y la Ciudad de México.

Este fenómeno no es aislado de nuestro país y se presenta en todo el mundo, como se mencionó en el párrafo anterior el turismo es un factor importante para el

desarrollo de la misma. Quespáz (2016) realizó una investigación con Sexoservidoras en Ecuador las cuales asistían a una institución de salud pública por diversos motivos y encontró que el 30% de la población asistente periódicamente a revisiones médicas y que practica dicha actividad tiene entre 26 y 30 años seguidas por las mujeres de 36 a 40. Además de ser personas en su mayoría (78%) de residencia urbana y que el 30% de ellas cuenta únicamente con la secundaria incompleta y únicamente el 15% con estudios superiores lo cual es de llamar la atención pues cuentan con mayor instrucción y teóricamente con mayores oportunidades de conseguir un empleo.

Ahora en relación a las ITS el 35% de ellas mencionan utilizar como métodos anticonceptivos hormonas inyectables y 25% no utiliza ninguno más que el preservativo, el cual es utilizado por un 85% de la población en toda relación sexual. Sin embargo a pesar del gran número de usuarias de condón el 63% de la población ha presentado alguna ITS en el ejercicio de su trabajo la cual en el 24% de los casos es tricomoniasis y en 16% Clamidia o VIH. Es de llamar la atención que en la correlación desarrollo de ITS y uso de preservativo el 55% ha utilizado condón y ha adquirido una ITS, esto hace pensar en mal uso o uso incorrecto del preservativo ya sea al colocarlo, al retirarlo o por no fijarse en cuestiones como la burbuja de aire en el empaque o fecha de caducidad del mismo.

Entonces este tipo de actividades se entienden como conductas de riesgo que pueden propiciar la transmisión de ITS y sobre todo del VIH; como se observa en la última investigación en diversas ocasiones a pesar del uso del preservativo existe la posibilidad de contraer alguna de estas. Si a dicho factor se le añade el poco conocimiento sobre el adecuado uso del mismo el nivel de probabilidad de contraer una infección es mayor. Ahora en lugares como las cárceles en los que los factores espaciales se combinan con una dieta pobre, sedentarismo, uso de drogas, la falta de higiene, el alto número de detenidos por celda, el raro acceso a preservativos, el hecho de ser el trueque la moneda de cada día y dentro de ese intercambio se encuentran las relaciones sexuales y otras particularidades de las

cárceles resulta un ambiente peligroso para manifestaciones de ITS (Galdino & Fernández, 2019).

### **3.3 Población privada de la libertad vs No privada**

Como se ha mencionado el contexto y ambiente en el que le individuo está sumergido son de gran impacto para desarrollar, adaptar y repetir patrones o conductas de riesgo no solo social sino también sexual. Por tanto es importante realizar análisis multidimensionales que ayuden a comprender dichos sucesos.

Uno de los más importantes a nivel social son las personas privadas de la libertad (PPL) porque al enfocarse en ellos se pueden observar las complejas relaciones entre distintas variables que crean las posibilidades de tener como consecuencia conductas delictivas o conductas de riesgo. Esta mirada multidimensional enfoca de mejor manera las relaciones complejas entre variables biológicas y ambientales, por supuesto, bajo el principio de la corresponsabilidad en tanto que individuo, familia, sociedad y estado son responsables del problema, tanto de su origen como de la búsqueda de alternativas de solución (Sobral, Romero, Luengo & Marzoa, 2000).

De acuerdo con Bergman, Siano y Arias (2015) en Argentina la mejor clasificación para analizar el contexto penitenciario es en condiciones materiales y condiciones no materiales. Las primeras se refieren al alojamiento, la capacidad de las instalaciones, cobertura de necesidades básicas, elementos cotidianos, utensilios personales y hábitat general de los internos; mientras que la segunda se refiere a la convivencia y socialización de los internos, a la educación, al trabajo, al contacto con el exterior mediante el sistema de visitas, la seguridad, la violencia, la salud y las adicciones.

Como ya se mencionó en apartados anteriores, estos factores son de suma importancia, en Argentina por ejemplo se manejan dos tipos de celdas, las individuales y las compartidas, pero solamente el 60% de la población tiene

acceso a las celdas individuales ya que ellos mencionan es un privilegio que solo los que pagan, pertenecen a pandillas o tiene conocidos dentro del sistema pueden adquirir. Sin embargo en México este tipo de estudios señalan que la población por celda se duplica en cualquier uso de las instalaciones teniendo la capacidad de las mismas a un 189% o sea 242 mil 754 personas, por tanto el porcentaje de probabilidad de acceder a una celda individual en México es mucho menor de un con un 18.2% de posibilidades (Bergman, et al. 2015; Solís, De Buen & Ley, 2013)

Este tipo de sobrepoblación en México puede tener diversos factores uno de ellos es el tiempo que permanecen dentro. De acuerdo con el INEGI, en la Encuesta Nacional de Población Privada de la Libertad (ENPOL, 2016) tomando en cuenta que la mayor parte de los acusados son por robo, o delitos contra la salud como la posesión ilegal de drogas su proceso de sentencia llega a tardar en el 20.2% de los casos hasta 2 año en dictaminar, lo cual hace que permanezcan dentro de dicho centro por más tiempo del que se sentencia. En esta misma encuesta aparece que el 53.5% de las sentencias dictaminadas van de 6 a 20 años de prisión,

Además de la sobrepoblación vivida en las cárceles existen otros factores que propician el desarrollo de conductas de riesgo, como se ha hecho referencia en capítulos anteriores un factor de riesgo es el entorno en el que se vive, y las penitenciarías normalmente manejan altos niveles de violencia. Este es uno de los principales factores de riesgo ya que la violencia puede incitar a conductas negligentes (CNDH, 2016).

En esta parte la inseguridad y violencia experimentada dentro de las cárceles se manifiesta mediante comentarios de los internos, los cuales se sienten inseguros dentro de estos. Bergman, et al. (2015) mencionan que solamente un 27.8% de los reclusos en Argentina afirma que se siente igualmente y/o más seguro dentro del penal, respecto al lugar donde residía antes de ser detenido, este porcentaje suele descender dependiendo la región de la penitenciaría en la que se aplique la encuesta, por ejemplo en el Sistema Federal del Interior del país al 18%. Los

internos que integran el estudio coinciden en que se sienten más inseguros dentro del penal que en su lugar de procedencia. No obstante, es necesario destacar que otros países de América Latina las experiencias cambian, por ejemplo en el Salvador un 23% de la población afirma experimentar mayor seguridad en el contexto de encierro, o incluso sentirse igual que cuando estaba en libertad (31,2%). En cambio, Chile es el país donde mayor inseguridad se percibe al interior del penal con un 79.9% de percepción negativa, siguiendo en esta categoría México con el 78.7% de internos que manifiestan sentirse menos inseguros que sus lugares de origen.

Este tipo de sensaciones se puede ver reflejado en los conflictos que se crean al interior de las cárceles, ya que un entorno hostil propicia conductas agresivas que desencadenan en situaciones de riesgo como fue en su momento el motín de 2012 en Apodaca, Nuevo León; este causó muertes y fugas de reos que a la fecha no se han encontrado (Bergman, et al. 2015; Solís, et al. 2013).

Tomando en cuenta la sobrepoblación mencionada anteriormente y el caos que esta ocasiona en un aspecto emocional y físico teniendo como consecuencias maltratos, robos, motines, violaciones, etc. dentro de las mismas instalaciones es de suma importancia el notar el impacto que esto tiene a nivel de la salud de los individuos. Ya que en gran parte estas mismas características son un parteaguas para el tratamiento y prevención de enfermedades de cualquier tipo.

Es importante mencionar que estos hacinamientos provocan que las instituciones penitenciarias provean cada vez menos a los internos de bienes básicos como la ropa, las cobijas y zapatos apropiados para la permanencia en las instalaciones, esto claro está desde la escasez material o “superficial”. Sin embargo una consecuencia más profunda sería el 30% de los prisioneros de la CDMX manifiesta que no hay agua disponible para beber y 67% consideran que los alimentos que se les proporcionan son insuficientes. Y a pesar de esta mala alimentación e hidratación y suponiendo las consecuencias esperadas por esto el 35% de los sentenciados apuntan que no reciben atención médica cuando la requieren o es necesaria (Azaola, 2007).

Habiendo analizado algunos de los factores a los que están expuestas las personas en condiciones carcelarias, se puede entender cómo es que influyen tanto dentro como fuera de este sector todo lo que rodea al individuo generando así comportamientos y patrones conductuales que atenten contra su salud.

Respecto al debut sexual, es difícil obtener el dato en artículos o estudios respecto a esta población ya que en muchas ocasiones solo dan por sentado que tiene una vida sexual activa y el contagio puede darse desde el momento del ingreso a la penitenciaría sin tomar en cuenta los factores predecesores a esto. La edad de inicio sexual es un dato que pocas veces se toma en cuenta para realizar investigaciones dentro de esta población ya que las mismas están centradas en las prácticas que realizan dentro del centro y en las adicciones que podrían generar en el establecimiento. Por tanto este punto se buscará atender más adelante dentro de la investigación realizada para el presente trabajo ya que en el cuestionario que se aplica existe un ítem enfocado en esto.

Respecto a las prácticas sexuales de forma anal, oral, vaginal o masturbación se encuentra una mayor gama de investigaciones referentes a esto. De acuerdo con Salomón (2008) y García (1980) mencionan que debido a la ausencia de personas del sexo contrario y la constante obligación de convivencia con otros reclusos del mismo sexo que en su mayoría de las veces se da en condiciones inadecuadas y en espacios muy reducidos como son las celdas o dormitorios, constituyen una de las causas más importantes de desencadenamiento en problemas emocionales debido a la falta de relaciones sexuales o de la misma presencia del sexo opuesto.

Tomando en cuenta que únicamente el 45% de la población privada de la libertad manifiesta tener relaciones sexuales en visitas conyugales y que la frecuencia de ellas pasa a segundo plano en la mayoría de los reclusos, no es sorprendente que dentro de ese porcentaje el 64% tengan pareja frecuente o estable mientras el resto tiene dos parejas o más que se vuelven pasajeras. Estos porcentajes de la población manifiestan tener relaciones sexuales que en un 80% se enfocan a besos y caricias, 72% practican relaciones sexuales coitales, 68% practican relaciones y el 39% masturbaciones mutuas. Dentro de estas personas

únicamente el 4.5% de la población busca tener acceso a preservativos para evitar las infecciones de transmisión sexual (OMS & OPS, 2016; Rivas & Ortiz, 2013 y Salomón, 2008).

El resto de la población no manifiesta tener relaciones sexuales sin embargo de acuerdo con la ONU y la OPS (2016), la masturbación suele ser el método más empleado para satisfacer esta necesidad tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo existen muchos casos de violaciones entre los reclusos entre los cuales no se usan condones o algún método de prevención contra las ITS.

Este tipo de prácticas dan pie a la sexualidad vista como una moneda de cambio más que una actividad complementaria en su vida. Las prácticas sexuales estipuladas como trueques o comerciales son el mayor foco de alerta dentro de las prisiones para la población en resguardo.

Gutiérrez (2017) en su libro manifiesta haber realizado una amplia investigación respecto al sexo en la cárcel de la ciudad de México, en el cual expone claramente estas prácticas de forma ilícita y todo el contexto que las rodea. Existe un lugar en las penitenciarías que son túneles que conectan con los juzgados en dichos lugares hombres y mujeres que necesitan dinero, comida, drogas o protección suelen detenerse a “vender” breves encuentros sexuales. Estos encuentros pueden encargarse por medio de catálogos que son entonces más caros aún debido a que son personas con preacuerdos de algunos lugares dedicados a esto.

Estas situaciones deberían evitarse sin embargo son promovidas por los custodios de las penitenciarías ya que ellos se ven beneficiados por estas acciones ya sea de manera económica o sexual. Esto es un gran foco de riesgo ya que en dichas situaciones las personas no son la única pareja sexual que tiene, aunado a la falta de higiene en el lugar y el uso inexistente de preservativos se hace todo un conjunto de conductas de riesgo sexuales.

Finalmente es evidente que al tener dichos comportamientos de riesgo y tanta variación de prácticas y conductas sexuales el número de ITS en centro penitenciarios sería alto. En 2016 la OMS y la OPS dieron a conocer cifras de las

ITS y métodos de cuidado que utilizaban los reclusos. Entonces se demostró que el 68% de los varones no contestan ante la pregunta de si usan algún método anticonceptivo, el 19% no usan condones y el 13% si los utilizan. Como resultado se tiene una tasa de prevalencia de personas que viven dentro de los reclusorios con VIH de un 1.3% la cual aumentó este año igual que el porcentaje de reos con sífilis que son el 0.9% de la población. Estas dos son las enfermedades más conocidas y usuales en los centros penitenciarios sin embargo existe un bajísimo porcentaje que también manifiesta haber padecido VPH. Eso debido a la falta de conocimiento sobre ITS ya que en su mayoría se ignoran las sintomatologías y los malestares que se presentan, además de ser poca la atención médica que reciben al manifestar alguna enfermedad.

De acuerdo con Rivas y Ortiz (2013) en las cárceles el 59% de los prisioneros que menciona tener una enfermedad no tiene acceso al servicio de salud necesario para llevar su tratamiento. Y solo el 4% tiene acceso a este tratamiento siempre que padece alguna enfermedad.

Observando estas investigaciones y censos realizados por diversas personas e instituciones es notable el gran foco rojo que representa la población privada de la libertad para desarrollar conductas de riesgo y perjudicial a su salud sexual. Es por eso que se desea encontrar los principales factores a tratar para desarrollar formas preventivas de tratar estos riesgos. Entendiendo que la población tiene sus características particulares e historias previas y disminuir la prevalencia de casos de ITS dado que podría ser este un conducto que repercutiera en otras áreas de la población en general.

# PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

## **Justificación**

El ser humano desarrolla diferentes patrones conductuales por lo cual es importante saber si estos podrían afectar su salud o no y qué factores pueden presentarse en ambos casos. Además de ser el género masculino el que presenta un mayor número de infecciones por año, ya que de acuerdo con CENSIDA (2018) el 84.9% son varones. Aunado a esta información ONUSIDA (2016) menciona que los varones tienen una mayor tasa de mortalidad que las mujeres con un 7.1 sobre el 1.4 respectivamente. Por tanto indagar sobre patrones conductuales y factores de riesgo referentes a salud sexual en varones privados y no de la libertad es un gran campo de investigación y comparativo para notar que puede influir en cada uno, sus conductas, sus creencias y actitudes además de todo lo que ya han tenido como experiencias sexuales, la primer relación y los métodos que pueden utilizar para así poder crear mejores estrategias de promoción y entendimiento de la salud sexual.

## **Pregunta de investigación**

¿Cuáles son los factores y conductas referentes a las prácticas sexuales de varones privados y no de la libertad y en qué se diferencia su patrón de conductas?

## **Objetivos**

Objetivo general

Identificar los factores y conductas de riesgo asociados al debut sexual en hombres privados y no de la libertad de la CDMX.

Objetivos específicos

- Caracterizar a ambas poblaciones según variables sociodemográficas y patrones de conducta sexual.

- Distinguir el nivel de conocimientos, creencias y actitudes asociadas a conductas sexuales de riesgo.
- Comparar las conductas de riesgo encontradas en cada una de las poblaciones.

## MÉTODO

### **Población**

La muestra estuvo conformada por 240 hombres de los cuales 120 se encontraban internos en el Centro Varonil de Reinserción Social Santa Martha Acatitla (CEVARESO) del estado de México seleccionados mediante muestreo intencional. Los 120 varones restantes fueron seleccionados mediante bola de nieve y teniendo como única característica en común los criterios de inclusión a la muestra.

Criterios de inclusión: para la población privada de la libertad se estableció como características que fueran delincuentes de delitos catalogados como “no graves” como es el robo y los relacionados a la salud (portación, distribución y fabricación de drogas), que fueran sexualmente activos, mayores a 18 años. Por otra parte los varones libres debían cumplir con únicamente tres características; ser mayores a 18 años, ser sexualmente activos, vivir en el área metropolitana y no tener ningún antecedente penal.

Criterios de exclusión: no contestar más del 90% del cuestionario y con trastornos mentales.

Descripción de la muestra: varones entre 18 y 45 años, separados en dos poblaciones privados de la libertad (PPL) y no privados de la libertad (PNPL). La edad promedio en ambos grupos fue de 26.8 años de estatus económicos medio bajo (PPL) y medio (PNPL) en la mayoría de los casos. Todos son personas residentes de la CDMX y área metropolitana.

Escenarios: al ser dos tipos de población se emplearon diferentes escenarios, en la población privada de la libertad (PPL) el escenario ocurrió en un salón de aproximadamente 3 x 3 m con bancas individuales y bolígrafos para contestar dicho cuestionario. Por otra parte en la población no privada de la libertad (PNPL) los escenarios variaron pues dependían del lugar de encuentro con la persona, siendo en su mayoría lugares públicos.

Diseño de investigación: Este proyecto se realizó con dos grupos comparativos, teniendo un diseño descriptivo pues como mencionan Hernández, Fernández y Baptista (2010) este tipo de estudios ayudan a especificar propiedades y características importantes de algún fenómeno analizado describiendo así las tendencias de un grupo, en este caso los dos antes mencionados, además de no realizarse ningún tipo de intervención y mediante el test aplicado se buscará obtener información de tipo cuantitativo y cualitativo obteniéndose en un corte transversal.

### **Variables e instrumentos**

El instrumento contó con preguntas abiertas (demográficas) y de opción múltiple, las cuales se enfocaron en patrones conductuales sexuales y conocimientos, así como actitudes y motivación.

Patrón de comportamiento sexual: 13 reactivos para obtener información sobre: orientación sexual, edad del debut sexual, número de parejas sexuales en toda la vida, planeación de la primera relación sexual, uso de condón en primera y última relación sexual, tipo de prácticas sexuales, consistencia en el uso del condón y frecuencia de relaciones sexuales y uso de condón habiendo consumido alcohol o drogas (Robles & Díaz-Loving, 2011).

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.

Escala de creencias hacia el uso del condón (Robles & Díaz-Loving, 2011). 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  $\alpha=.84$ .

Escala de actitudes hacia el uso del condón (Robles & Díaz-Loving, 2011). Cinco reactivos con opciones de respuesta definidas en una escala de diferencial

semántico de 1 a 7 (placentero – no placentero). La escala se aplicará para evaluar actitudes con pareja regular y con pareja ocasional.

Intención para usar condón en relaciones sexuales (Robles & Díaz-Loving, 2011). 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.

### **Procedimiento**

Primero se realizaron todos los trámites necesarios para entrar al CEVARESO de Santa Marta y tener así el acceso a dicha población, la cual fue seleccionada de manera no aleatoria dentro de toda la institución. Posteriormente se aplicó el cuestionario a los 60 participantes repartidos en 3 días (20 personas por día). Posteriormente se realizó la recolección de datos en población libre, la cual fue personalizada en cada miembro.

Una vez recolectados los datos se generó una base de datos en SSPS (versión 20) los cuales ayudaron para hacer el comparativo de las variables mencionadas y encontrar semejanzas o diferencias respecto a sus patrones conductuales.

Análisis tipo: descriptivo, comparación de muestras por medio de  $t$  de Student para grupos separados. Análisis de frecuencias con tabla de contingencias y uso de medias y modas.

## RESULTADOS

En el presente estudio participaron 120 varones con edades entre los 18 y 45 años. Donde la población privada de la libertad (PPL) tiene una media de 26.8 años con una desviación de 3.6 años y la población no privada de la libertad (PNPL) una de 26.4 años con una desviación de 5.8

Del total de la muestra el 30.5% tiene como máximo nivel de estudios la preparatoria, sin embargo de la PPL tiene el 50% cuenta con secundaria y por el contrario la PNPL tiene el 53.3% de su población con estudios universitarios. Aunado a esto el único porcentaje (1.7%) de personas sin nivel de estudios registrado se encuentra dentro de la PPL. Tomando esto como referente podemos decir que al menos el 99.2% de población total sabe leer y escribir (Tabla 1).

En cuanto a los ingresos totales (Tabla 1) que podían percibir ambas poblaciones se tomó en cuenta el salario que obtenían las personas antes de entrar a la cárcel y el último obtenido para la PNPL. En este aspecto se puede mencionar que el 45% de la PNPL no tenía un sueldo estable y podía variar o su ingreso era menor a los \$2,000 mensuales. En contraste con los varones libres quienes perciben un salario de mínimo \$6,000 y hasta pasando los \$10,000 al mes con un 63.3% de su población dentro de este rango. Sin embargo a nivel global el 28.3% de los varones encuestados quedan en un rango mayor a \$10,000 mensuales.

De los 120 varones registrados el 59.2% no tenía hijos y del 40.8% que si tienen hijos, únicamente el 10.83% pertenece a los varones en libertad. El 52.8 % de la PPL con hijos tiene solamente uno y el 44.4% tiene hasta dos. Por otra parte el pequeño porcentaje de personas en libertad que tiene hijos tiene sólo uno (61.5%).

Tabla 1. Información sociodemográfica de ambas poblaciones.

INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA		
características	PPL	PNPL
	%	%
estudios		
ninguno	1.70%	0
primaria	24.10%	3.30%
secundaria	50%	3.30%
preparatoria	20.70%	40%
universidad	3.40%	53.30%
tienes hijos		
si	60%	21.60%
no	40%	78.40%
ingresos mensuales		
menos de \$2000	30%	3.30%
de \$2001 a \$3999	13.30%	5%
DE \$4000 a \$5999	13.30%	15%
De \$6000 a \$9999	10	25%
más de \$10000	18.30%	38.30%
no se	15%	13.30%

Por otro lado, el patrón de conductas sexuales de cada población abarca diferentes características de sus comportamientos, desde el debut hasta actividades recientes que presenten.

La edad media de debut sexual en PPL fue de 11.4 años teniendo como edad mínima 4 años y máxima 13 con desviación 1.4. Por el contrario en la población libre su media de edad en el debut sexual es de 16.6 años teniendo como edad mínima 13 años (que es la máxima en la otra población) y como edad máxima los 23 años con una desviación de 2.2. Si tomamos ambas poblaciones para crear un solo estándar de edad, la edad promedio de toda esta población encuestada sería de 14 años aproximadamente.

En cuanto al patrón de conducta sexual se indago acerca de la persona y el lugar en el cual tuvieron su primer encuentro. Es así como se observa (fig. 1) que el 44.1% de la PPL tuvo dicho encuentro con su “novio” seguido del 18.6% que lo tuvieron con una persona desconocida. Por otra parte (fig. 1) la PNPL también destaca la primer relación sexual con su novio con el 61.7% seguida en esta ocasión por un “amigo” con el 30%. Sin embargo un dato importante es que únicamente la PPL reportó haber tenido su primer encuentro sexual con una persona de su familia (6.8%) lo cual hace pensar en posibles casos de abuso sexual infantil predominantes en la población privada de la libertad.

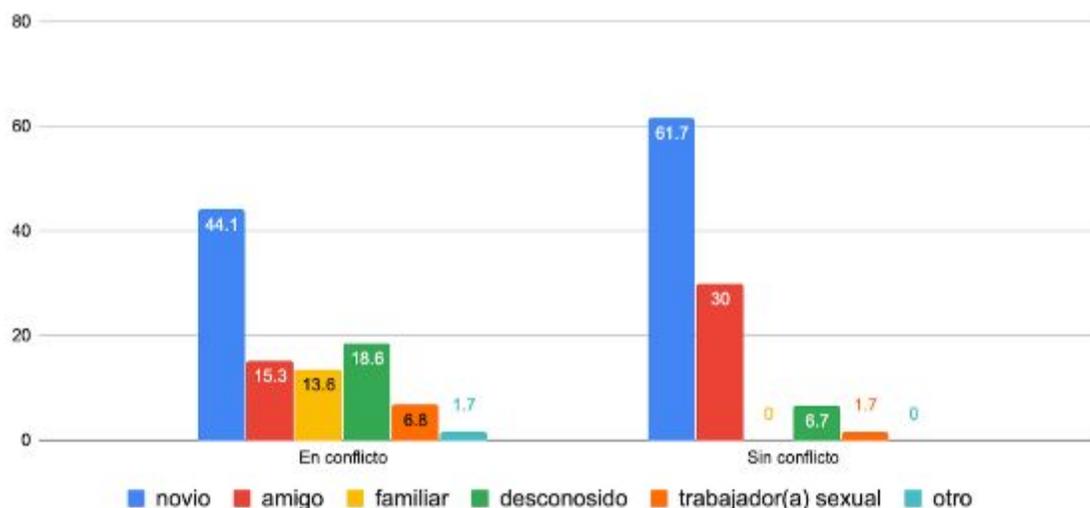


Fig. 1 ¿Con quién fue tu primer relación sexual?

En cuanto al lugar del debut (fig. 2) el 37.3% de ambos grupos contestaron que fue en su casa diferenciándose únicamente por el segundo lugar, ya que en la PNPL se encuentra la casa de algún amigo con el 28.3% y en la PPL están los hoteles con el 18.6%. Finalmente respecto al uso del preservativo en su primer relación sexual (fig. 3) la PPL manifiesta que el 76.7% de ellos no utilizaron este método y únicamente el 23.3% lo hicieron. Por el contrario la PNPL el 65% si utilizaron preservativo en su relación, sin embargo el porcentaje de personas que no lo utilizaron sigue siendo alto con un 35% representandolo. Esto muestra que del total de la población encuestada poco más de la mitad utilizaron condón (55.8%). Entonces uno de cada dos varones no lo utilizaron en su primera relación sexual.



Fig. 2 Lugar de la primera relación sexual



Fig. 3 Uso de preservativo en la primer relación sexual

En resumen cada muestra podría describirse de la siguiente manera:

PPL: varones con una edad promedio de 27 años con educación secundaria que perciben un sueldo promedio de \$2,000 mensuales con dos hijos. Debut sexual alrededor de los 11 años con un 1.6% de probabilidad de ser abuso sexual ocurrido en su domicilio. En el 44.1% de los casos ocurrió con la pareja en turno, donde el 76.7% no utilizó preservativo.

PNPL: varones con una edad promedio de 26 años con educación universitaria que perciben un sueldo por arriba de los \$10,000 mensuales y tiene un hijo o ninguno. Debut sexual alrededor de los 16 años con su pareja en turno o un amigo ocurriendo en su casa o en casa del amigo donde el 65% de ellos utilizaron el preservativo.

Respecto al nivel de conocimientos que poseen ambas poblaciones, referentes a temas de salud sexual y reproductiva, así como la prevención de ITS se realizó un breve cuestionario de 18 preguntas con respuestas verdadero, falso o no sé.

Para evaluar los conocimientos de cada grupo se realizó una prueba T de student para grupos independientes, en los cuales se evalúa su conocimiento respecto a síntomas, transmisión, prevención y características de una ITS así como del uso correcto del condón

En el apartado referente al conocimiento de la sintomatología del VIH las 60 personas de la PPL contestaron, mientras que dos personas de la PNPL no lo hizo sin embargo el mayor porcentaje de respuestas correctas es de la población libre con un 86.7% en contraste con el 81.6% de la PPL. Esto demuestra que el conocimiento de ambas poblaciones es bueno, a pesar de no tener un dominio del tema y de no encontrarse diferencias significativas entre los grupos.

Por otra parte el conocimiento en la transmisión de ITS de ambas poblaciones está en el 52.7% y 49.7% siendo la PPL los que tienen menor conocimiento que las personas reclusas respecto a la transmisión. Sin embargo en los métodos de prevención del VIH y otras infecciones la población libre es la que tiene mayor porcentaje de aciertos con un 76.1% en contraste con el 60% de la población privada, sin embargo estos números siguen siendo alarmantemente bajos en ambas poblaciones y si a dichos resultados se le suma el bajo conocimiento en las características más relevantes de las ITS se puede notar que es una población sumamente vulnerable puesto que el 62% de los hombres privados conocen dichas características.

Finalmente respecto al conocimiento del uso del condón en ambas poblaciones es realmente bajo el promedio de respuestas correctas, ya que la población en conflicto contó con el 52.3% y la población sin conflicto tuvo 47.2% (Tabla 2).

Tabla 2. Prueba T de student para grupos independientes.

Conocimiento general de ITS y uso del condón				
	PPL/PNP L	Medi a	Desviación típ.	Error típ. de la media
SINTO	PPL	81.66	27.04	3.49
	PNPL	86.78	22.46	2.94
TRANSM	PPL	52.77	22.37	2.88

	PNPL	49.71	22.63	2.94
PREV	PPL	60	23.61	3.04
	PNPL	76.11	24.61	3.17
CARACT	PPL	62.06	22.89	3.00
	PNPL	71.11	24.13	3.11
CONOCCON D	PPL	52.33	21.69	2.87
	PNPL	47.22	19.68	2.54

Es entonces donde se nota que las diferencias no son realmente significativas entre los grupos, ya que ninguna tiene una significación de datos menor al .05 y que realmente porcentaje de estos es bajo puesto que es solo en el primer rubro en el cual muestran promedios mayores al 80% mostrando ser personas en riesgo de contraer y contagiar cualquier tipo de ITS.

Respecto a las creencias de ambas poblaciones se realizó un análisis de frecuencias para conocer cómo perciben la sexualidad y las ITS. En ambas poblaciones las creencias más frecuentes son positivas pues implican el uso de condón para proteger a su pareja contra el SIDA (fig. 4) y a ellos mismos para tener menores preocupaciones durante la relación sexual (fig. 5). También los hace sentir personas responsables (fig. 6) puesto que también los protegerá a ellos de otras ITS (fig. 7) además de hacerlos sentir más limpios en el acto.

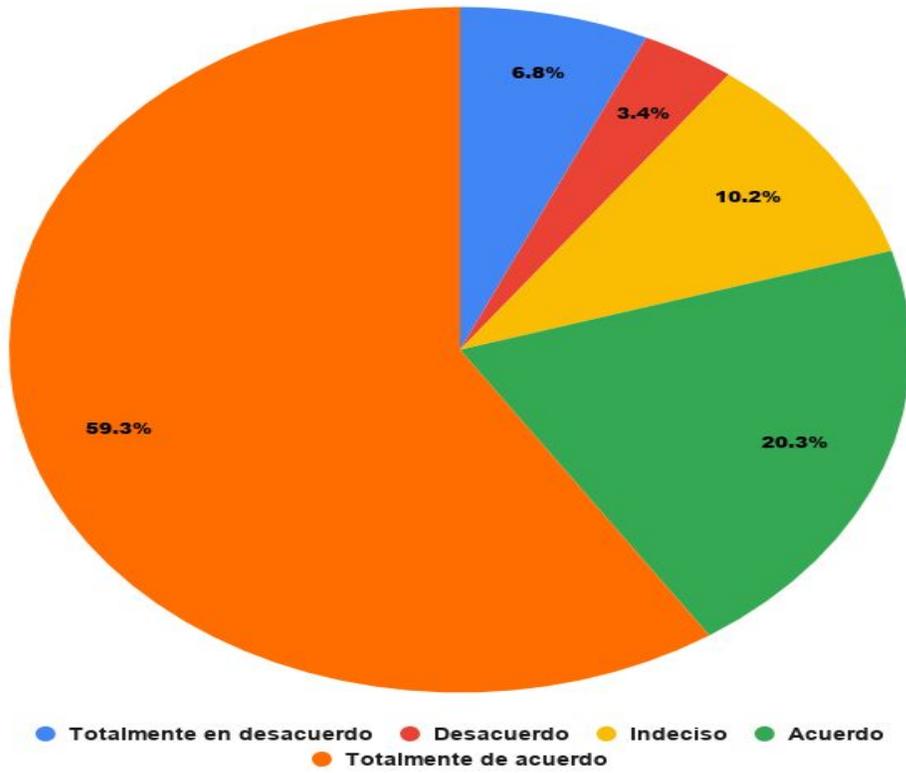


Fig. 4 Creencia positiva protección a la pareja en uso del condón.

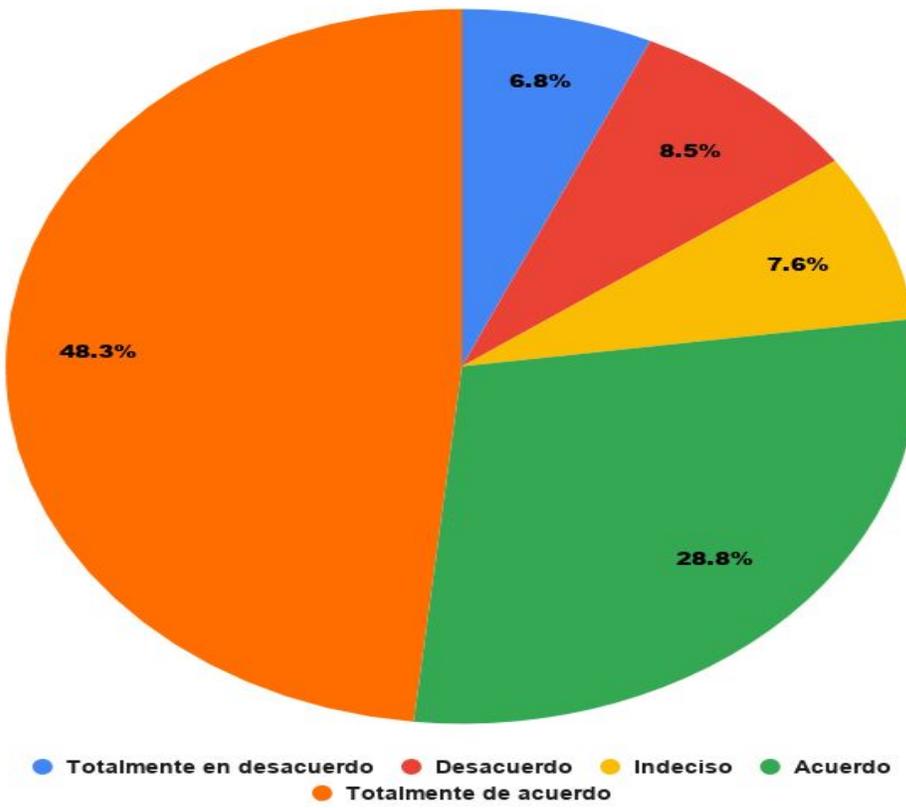


Fig. 5 Creencia positiva preocuparse menos durante el acto con el uso de condón.

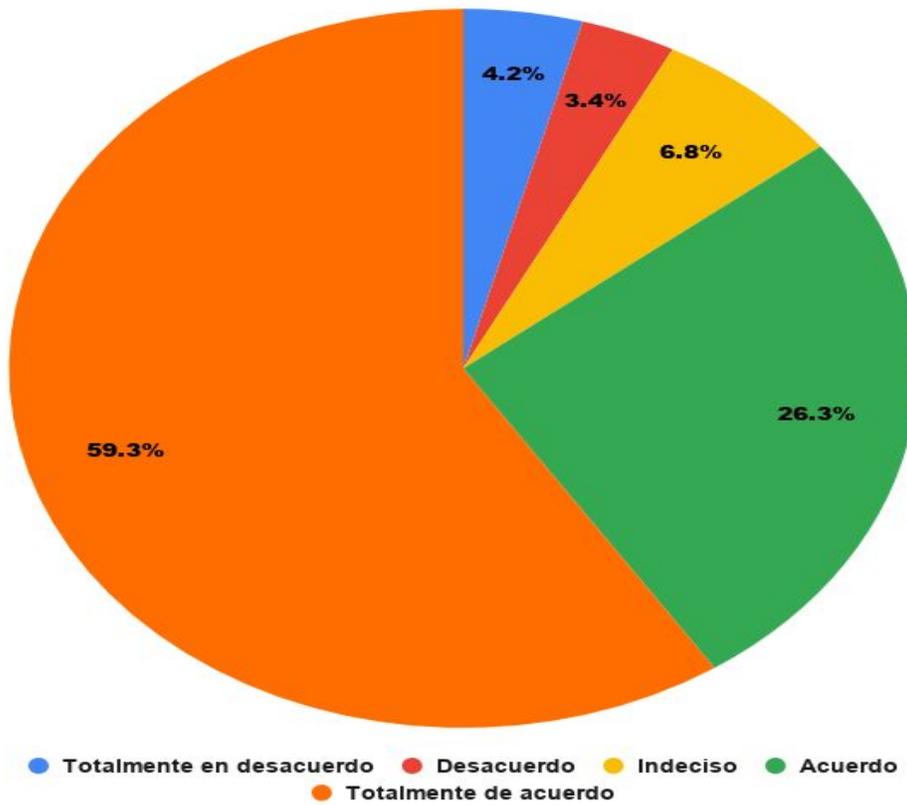


Fig. 6 Creencia positiva ser una persona responsable al utilizar condón.

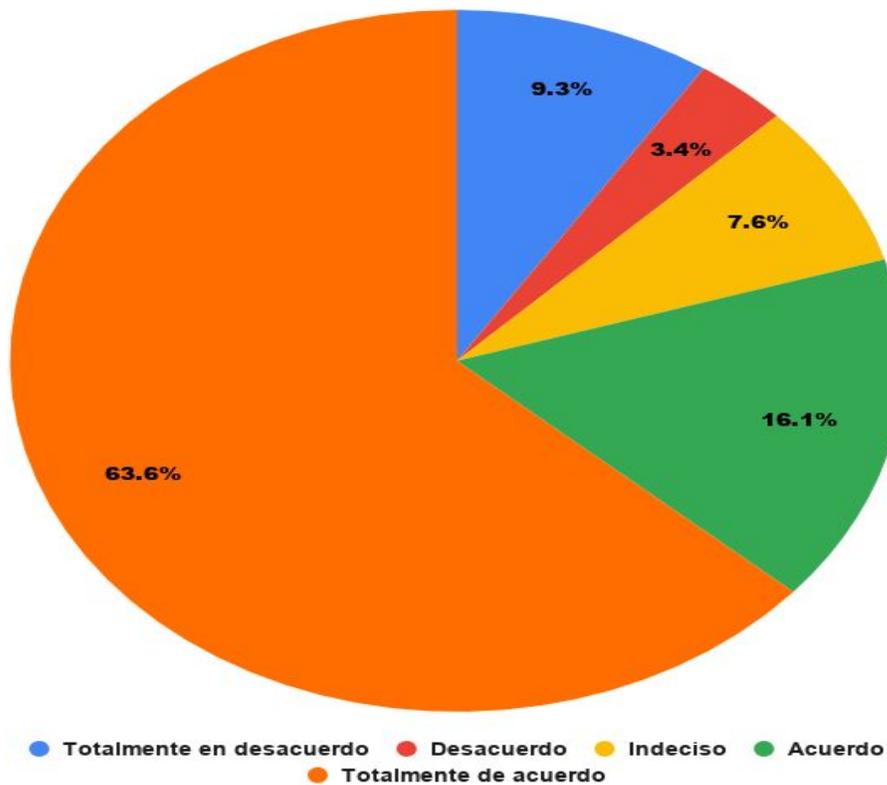


Fig. 7 Creencia positiva protección contra ITS usando condón.

La última parte se basa en las actitudes que manifiestan tener los encuestados frente al uso del condón, dentro de las 120 personas que participaron en este estudio tenemos un promedio de 114 personas que contestaron esta parte del instrumento, ya que algunas lo saltaban. En 4 de las 5 preguntas que atañen este tema las personas mostraron una neutralidad respecto a sus respuestas pues de las personas que lo contestaron aproximadamente el 19.5% se mantenían en respuestas neutras y únicamente teniendo como relevante manifestación que el 21.1% de las personas consideran muy cómodo utilizar condón con sus parejas regulares.

Por tanto se puede manifestar que a pesar de contar con pocos conocimientos en el cuidado de su salud sexual, los varones que contestaron tiene una visión efectiva de los beneficios de utilizarlo con creencias y actitudes neutras o positivas. Lo cual puede facilitar la promoción del uso del condón y la creación de patrones conductuales que apoyen su uso constante.

Dentro de las conductas de riesgo analizadas en este estudio se catalogan tres principales: el consumo de sustancias nocivas para la salud (alcohol y drogas), uso del condón y el número de parejas ocasionales en el ámbito sexual.

Respecto a la primera parte, el 99.2% de los encuestados contestaron dicho apartado, empezando por el consumo de drogas donde el 88.1% de la PPL ha consumido drogas alguna vez en su vida en contraste con la PNPL en la cual sólo el 43.3% lo han hecho encontrando una diferencia significativa para este ítem. Al contrario del alcohol donde el 95% de ambas poblaciones lo han bebido alguna vez. Esta varianza y diferencia entre poblaciones referente al consumo de drogas se puede observar en los resultados de la prueba T de Student para muestras independientes donde la  $t = -5.78$  y  $t = -5.80$  con un nivel de significancia menor a .05.

Sin embargo la frecuencia de consumo en estas sustancias si es muy variada, ya que la PPL suele consumir bebidas alcohólicas sólo los fines de semana con un 37.2% mientras que la PNPL la consume de 1 a 3 veces mensuales con un 61.1%.

Sin embargo en ambas poblaciones hay casos que únicamente probaron el alcohol más no lo consumen de forma constante y en el caso de las personas privadas en mayor ese número de consumidores ocasionales que en la población no privada (fig. 8).

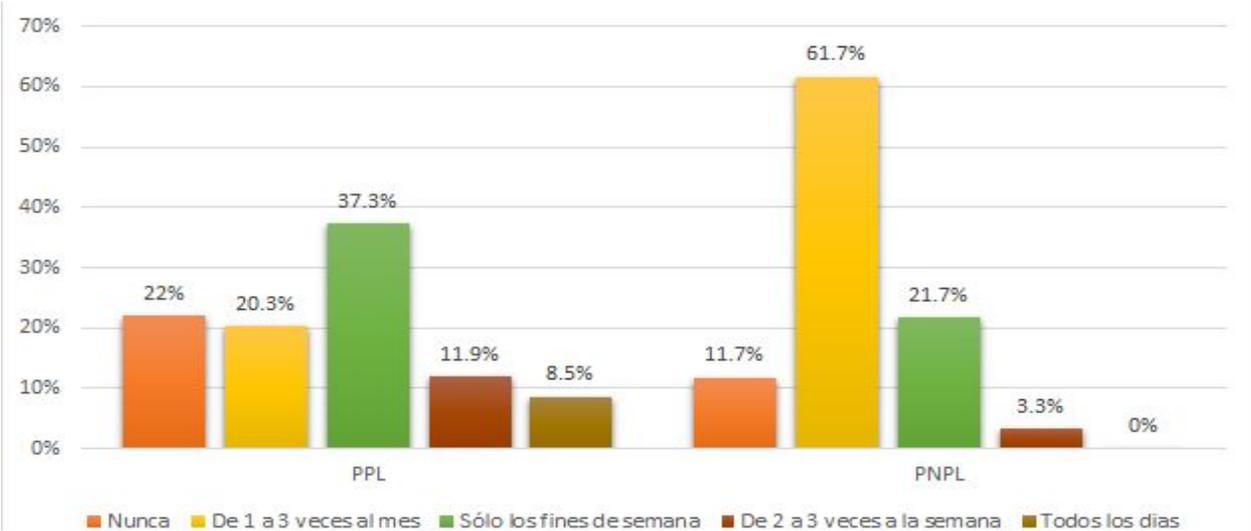


Fig.8 Comparativo frecuencia en el consumo de bebidas alcohólicas

En cambio las poblaciones que han manifestado haber consumido drogas alguna vez en el caso de la PPL el 15.3% se puede presumir la probaron por única vez, en cambio en la PNPL el 50% fue vez única el consumo manifestado de la sustancia. Dentro de la población en conflicto que consume drogas, una tercera parte lo hace diario (33.3%) a diferencia de la población sin conflicto con la ley quien dentro de su pequeño porcentaje la mayor frecuencia se encuentra en una a tres veces por mes con el 11.6% de consumidores activos.

La bebida alcohólica que se consume con mayor frecuencia en ambas poblaciones es la cerveza con el 73.3% del consumo total en las personas que ingieren este tipo de bebidas, seguido por el tequila con el 38.3% de consumo (fig.9). Por otra parte en cuanto al consumo de drogas la más popularizada es la marihuana con el 60% de consumo entre las personas de ambas poblaciones, seguida de la cocaína con un 20.8% de consumo (fig. 10).

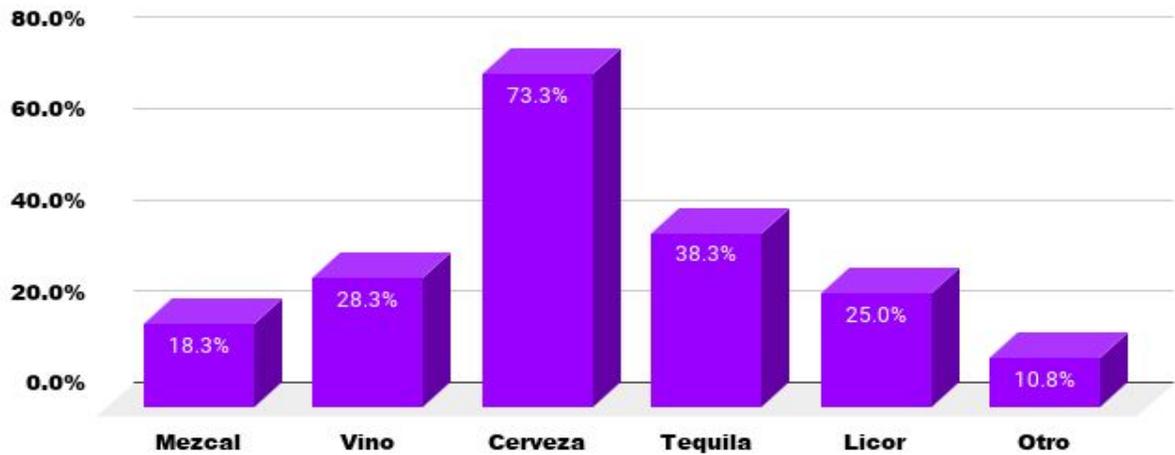


Fig. 9 Tipo de bebida alcohólica más popular en ambas poblaciones

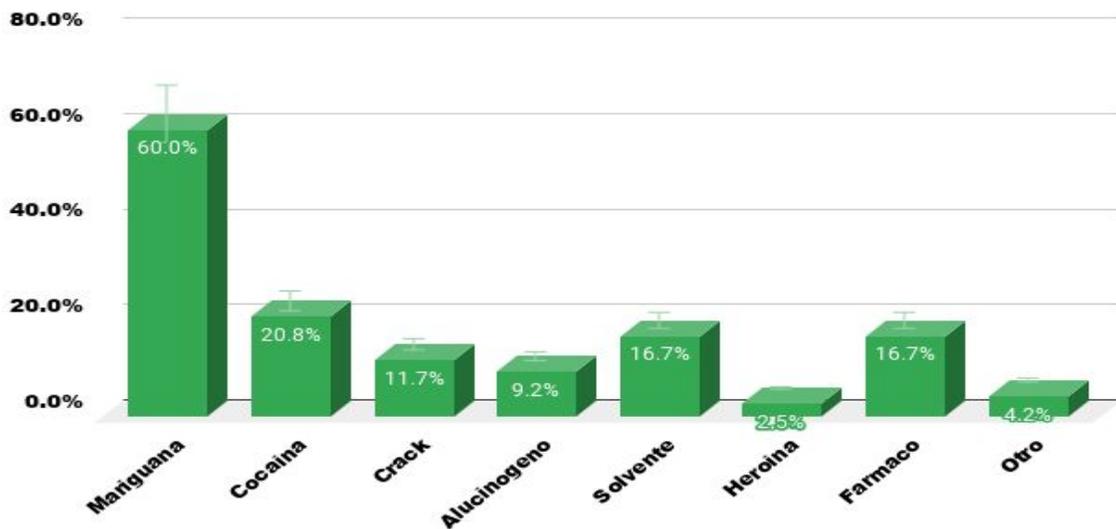


Fig. 10 Droga más popular en ambas poblaciones

Este consumo de sustancias aumenta la probabilidad de tener relaciones sexuales con alguna persona ocasional, teniendo el 46.7% de personas encuestadas que lo han realizado de las cuales el 85.7% utilizaron condón, esto deja un margen o amplio de personas que tiene relaciones sexuales bajo la influencia del alcohol y que no utilizan condón. En cuanto al consumo de psicotrópicos, el 20% de los usuarios de estas sustancias manifiestan haber tenido relaciones sexuales con una pareja ocasional bajo la influencia de esta sustancia de las cuales únicamente

el 70.8% utilizaron preservativo durante el acto. Esto señala que es menor el uso de condón en las relaciones sexuales que están bajo la influencia de drogas que el alcohol, esto seguramente por la disminución de juicio y raciocinio que causa dicha sustancia. Al ser la población privada de la libertad la que tiene mayor índice de consumo de estas sustancias y ser la que menor uso de condón tiene con parejas ocasionales bajo esta influencia se incrementa la posibilidad de contraer VIH o cualquier otra ITS.

Respecto al uso de condón en general existen factores que son pautas para su uso, como si se utilizó en la primer relación sexual donde la PNPL tiene mayor porcentaje con un 65% siendo apenas una tercera parte. Comparado con la negativa de la PPL que no usó dicho método en un 76.6% de su población (fig. 11). Esto tiene como evidente consecuencia los embarazos no planificados donde el 51.6% es de la primer población mencionada a diferencia del 81.6% de los varones PNPL que no han estado en dicha situación. Analizando estas vivencias previa en las relaciones sexuales de cada población se esperaría un incremento en el uso del preservativo sin embargo no fue así, ya que el 63.8% de la PPL sigue sin utilizarlo pues mencionan que su última relación sexual (al día de la encuesta) no lo habían usado, de la misma forma el 42% de los varones no privados de la libertad mencionan no usarlo lo cual es más de una tercera parte de esta población.

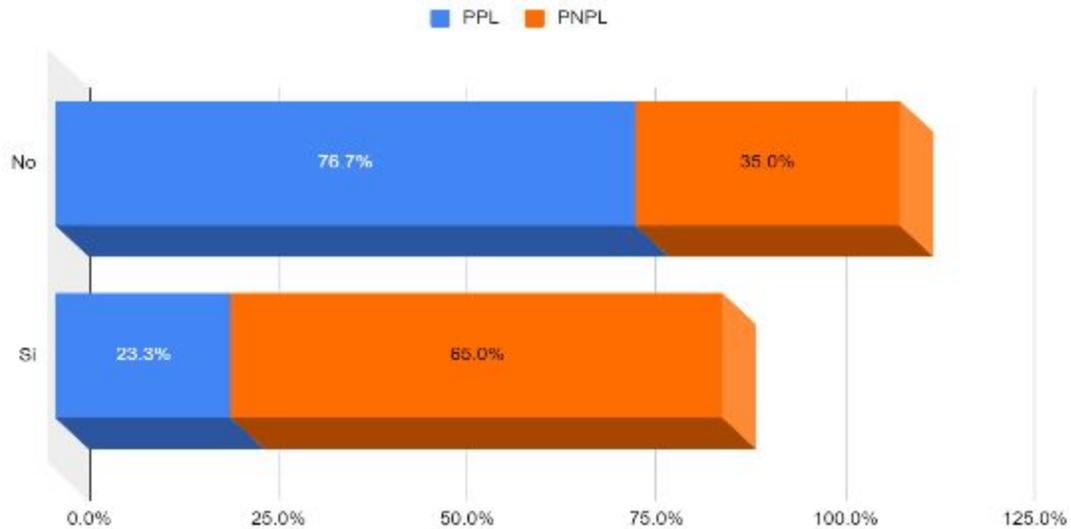


Fig. 11 Porcentaje de uso de preservativo en la primer relación sexual.

Respecto al número de parejas sexuales que han tenido los individuos entrevistados se reportaron un máximo de 227 parejas sexuales y un mínimo de 1 pareja, donde el número máximo fue hallado en la PPL y el mínimo fue expresado por la PNPL, entre ambas poblaciones la media de parejas sexuales es de 21.4 personas con una desviación típica de 29.8. Y siendo la PPL la que presenta el mayor porcentaje de parejas sexuales con un 66.3% .

Es entonces como puede observarse el número de parejas sexuales del individuo y su diferencia entre varones de dichos rangos de edad ya que pueden ir de una monogamia hasta números sumamente elevados donde por los comentarios de los participantes se puede notar que deben a la profesión de sexo servidores que tenían o tienen dentro o fuera de la cárcel. Sin embargo dentro de la PNPL también se manejan número altos como 70 siendo el máximo en esta población, sin embargo no existe alguna acotación respecto a ese número que manifiesta el participante.

## DISCUSIÓN

Como se ha mencionado a lo largo de esta investigación la sexualidad es una variable multifactorial que puede tener grandes consecuencias si no es desarrollada con el cuidado y conocimiento necesario, sobre todo para fomentar y mantener la salud sexual de los individuos y así poder disminuir las conductas de riesgo. Dichos factores como se ha visto, no son únicamente internos del individuo, si no también son externos propios el ambiente en el que se desarrollan (Fierros, et al. 2011).

Por tanto es importante recordar que de acuerdo con Mazarrasa y Gil (2010) los principales componentes de la salud sexual y reproductiva constan de información, asesoramiento, educación y tratamiento sobre la salud sexual y reproductiva. En lo cual la población evaluada concuerda con las poblaciones descritas por Torres et al. (2006); Campo-Arias et al. (2010) y Panduro et al. (2012) siendo personas que pertenecen a un nivel económico medio y medio bajo percibiendo un salario no mayor a \$10,000 mensuales en un 71.7% del total de los encuestados.

Además de esta característica otra que coincide con las investigaciones antes mencionadas y las descritas por Ballester y Gil (2006), INEGI (2016), ENADID (2014), Uribe et al. (2016) y Alfonso y Figueroa (2017) es la edad del debut sexual la cual dependiendo la población puede ir de los 11.4 años (PPL) hasta los 16.6 años (PNPL) lo cual es pieza fundamental para el desarrollo de conductas sexuales de riesgo que crean patrones perjudiciales y así presentar consecuencias como ITS o embarazos no planeados que en algunos casos culminan en abortos. Esta referencia sobre el embarazo juvenil se refleja en las estadísticas de los resultados de esta investigación pues la población referente tiene hijos aproximadamente de 5.4 años en promedio donde por el rango de edad se puede calcular que la edad promedio de embarazo fue de 19.5 años lo cual reitera el inicio temprano de la sexualidad y los embarazos no planeados.

Por otra parte respecto al patrón de conductas sexuales generales de las poblaciones está el uso de preservativos en la primer relación sexual, el cual como mencionan Uribe y Orcasita (2009), Ruiz-Sternberg, Beltrán-Rodríguez, Latorre-Santos y Ruiz-Sternberg (2010) Piña, Lozano, Vázquez y Carillo (2010) y

Cortes, García y Ochoa (2015) en sus investigaciones un promedio de 53.3% no utilizan condón en su primer relación sexual y lo cual corrobora la presente investigación pues se encontró que el 55.8% de la población no utilizó preservativo en su primer relación sexual lo cual sigue sumando a los factores negativos en patrones conductuales que perjudican el desarrollo sexual de los hombres.

Una vez desarrollado el perfil socioeconómico de los varones que presentan conductas sexuales de riesgo en ambas poblaciones es importante encontrar la parte interna que influye en el desarrollo de estas conductas, lo cual fue realizado mediante la distinción del nivel de conocimientos, creencias y actitudes asociadas a conductas sexuales de riesgo que manifestaban los varones encuestados, esto como se había mencionado en parte de los objetivos.

Se esperaría que con tantas campañas de salud que el gobierno de este país desarrolla y con todas las fundaciones que diversas organizaciones mundiales han buscado establecer, el conocimiento de los individuos sería bueno, si no excelente al nivel de un profesional, si el bastante para prevenir embarazos e ITS. Sin embargo la realidad es otra ya que como menciona Langer (2002) la falta de conocimiento es la causa principal de las conductas de riesgo en salud sexual, esto se puede ver ejemplificado en los estudios de Muñoz et al. (2003), Castro (2010), Vega-Briones y Jaramillo-Cardona (2010) y Zacarias y Villarreal (2012) los cuales únicamente mencionan de forma cualitativa que las poblaciones tiene bajo conocimiento respecto a los temas de salud sexual, métodos anticonceptivos e ITS sin embargo esto se fundamenta de forma cuantitativa en esta investigación, donde se muestra que respecto a la transmisión de ITS, métodos de prevención del VIH y las características de las ITS el conocimiento promedio de los varones participantes es de 50% en ambas poblaciones, lo cual nos deja con un 50% de personas que tiene relaciones sexuales sin identificar si padecen alguna ITS por sintomatología o por haberse puesto en riesgo de adquirirla.

Con este bajo nivel de conocimiento de ITS se agrega el conocimiento del correcto uso del condón el cual es notorio en el 49.7% de la población encuestada lo que apoya este bajo dominio en los temas referentes a su salud y teniendo como consecuencia poca eficacia del preservativo por un mal uso y falta de información

sobre el mismo. Se corrobora entonces la importancia no sólo emitir campañas e información de manera masiva, sino buscar el correcto entendimiento de cada punto informativo que se emite como mencionan Langer, (2002); Gómez y Ruiz, (2014) y Motta y Pérez (2015).

De nada sirve que se extiendan tantas investigaciones y campañas si las personas no están identificando los puntos clave del uso de condón y prevención de ITS. Con referencia a las creencias y actitudes que manifiestan los participantes de este proyecto es importante destacar que la empatía es uno de los factores que más los motiva a utilizar algún método de prevención de ITS pues en sus creencias buscan proteger a su pareja contra el SIDA y no tener que preocuparse ellos durante la relación sexual por cualquier otra infección dándoles una satisfacción personal alta lo cual deja manifiestas las creencias normativas, conductuales y de control. Tanto creencias como conductas son importantes pues como menciona Soto et al (1997) existen modelos desde hace mucho tiempo que se basan en estas y se ven reforzadas en las investigaciones de Del Castillo et al. (2012), Uribe et al. (2012), Hurtado et al. (2013) y Rodríguez y Herrera (2016) marcando positivamente la influencia que tiene las 3 creencias principales en el desarrollo de conductas sexuales.

De acuerdo con Rodríguez y Herrera (2016) para describir el nivel de información que posee la persona ayuda tomar en cuenta la comunicación familiar y las opiniones de un círculo cercano, el cual se puede decir que es beneficioso ya sea por las cuestiones familiares, escolares o sociales en las que los individuos entrevistados se desarrollaron. Esto podría resultar irónico, ya que la mitad de esta población es privada de la libertad y de acuerdo con López y López (2003) y Torrente (2005) esta población crece en contextos sociales hostiles y poco tolerantes o abiertos al diálogo. Ejemplo de esto son las familias que describen Calvete (2007) y Silva (2010) con desintegración que muestran pérdidas de valores y crisis educativas así como el desarrollo de trastornos de conducta como la impulsividad y la agresividad excesiva.

No obstante el resultado de la investigación no marca diferencias significativas en ninguna de las poblaciones o en alguna de las variables. Ya que como se

mencionó en el análisis de resultados la neutralidad de las respuestas en la población se refleja en 4 de cada 5 encuestados. Dejando un pequeño margen de trabajo para la comparación de las poblaciones.

Sin embargo, se puede puntualizar que las diferencias más significativas son en cuestiones previas a su formación actual, todo lo vivido y experimentado a lo largo de la infancia y la adolescencia ya que esto se ve interrumpido al entrar a alguna penitenciaría. Pues como menciona Rivas y Ortiz (2013), la CNDH (2016) y Amorim et al. (2017) las condiciones hostiles y nocivas que se tiene en las penitenciarías acentúan las conductas de riesgo de esta población y poco es el cambio que podrían tener los individuos de esta población que pudieran llegar a reflejar.

A diferencia de la PNPL quienes están en un ambiente relativamente consistente a lo largo de todo su desarrollo y como mencionan Hernández y Cruz (2017), Ruiz-Sternberg, et al. (2010) Piña, et al. (2010) y Vélez-Álvarez, et al. (2019) se enfrentan a diversas situaciones de riesgo pero que se pueden subsanar con conocimiento, escuela y apoyo familiar. Lo cual debería ayudar a disminuir las conductas de riesgo, sin embargo también se encuentran expuestos de forma más constante a todo tipo de variables que podría volverse nocivo.

los dos párrafos anteriores muestran la poca diferencia que hay entre las poblaciones pues en ambas situaciones se encuentran expuestos a diversas situaciones de riesgo sin embargo unas pueden permanecer más tiempo que otras siendo más factible su adopción.

Finalmente para concluir con los objetivos del proyecto la descripción de las conductas de riesgo en cada una de las poblaciones se estipula de forma similar a las características que varios autores dan en sus investigaciones de forma separada en estas poblaciones.

Primero están las conductas de riesgo que ambas poblaciones presentan y que es indistinta a los factores de riesgo a los cuales se encuentran expuestos. Esto se ejemplifica con el consumo de sustancias nocivas para la salud como son el alcohol y las drogas las cuales están claramente al alcance de todo tipo de poblaciones. Entonces como menciona Arias, et al. (2010) Espada, et al. (2013) y

Villatoro, et al.(2014) toda población está al alcance de drogas o alcohol, sin embargo el consumo de las primeras es más reducido pues socialmente es menos aceptado y se considera característico de ciertos ámbitos sociales y económicos ya establecidos como bajos o medio bajos.

Esto es congruente con el 95% de la población que consume alcohol indistintamente de ser privada o no de la libertad o de cualquier otra característica sociodemográfica que tenga. Sin embargo el consumo en exceso es más característico de la población privada pues aseguran tomarlo todos los fines de semana incluso entre semana lo cual corrobora lo dicho por Piña (2011) y Espada, et al. (2013) referente a la potencialización de actividades sexuales por el consumo de alcohol, pues al consumir con mayor frecuencia esta sustancia se ven expuestos por más tiempo a practicar conductas sexuales de riesgo, esto se une en dicha población al mayor número de hijos y la temprana edad en el debut sexual.

Cabe señalar que como en toda investigación existieron ciertas limitantes que no se tenían contempladas, como el tiempo de compilación de muestras libres o la utilización de patrones en las respuestas siendo estas alteradas o no contestadas. De la misma forma una limitación fue la poca literatura o muestras tomadas en el país y en específico en el área metropolitana.

Se recomienda en futuras investigaciones anticipar la aplicación de cuestionarios y reducir estos al mínimo, pues mientras más larga es la encuesta menos atención presta la persona y las respuestas se van desvirtuando más. También se sugiere utilizar métodos digitales para poblaciones libres ya que esto ayuda a llegar a estratos más variados y poblaciones con mayor margen de diferencia y poder así diferentes áreas. Otra recomendación respecto a la población privada sería utilizar más de un centro como referencia, intentar obtener permisos que dejen una muestra mayor y de diferentes áreas de la ciudad. De igual forma variar en el nivel de delito que se tiene en el participante pues en este caso la mayoría de los participantes recluidos lo estaban por “robo” sin embargo podría haber una mayor

variedad en respuestas o en patrones conductuales si se hubieran variado los delitos.

Además de esto se puede sugerir para futuras investigaciones buscar el ampliar las muestras de ambas poblaciones para comparativos o enfocarse en la PPL, establecer además nuevas técnicas para mantener el uso del condón y enfocarse en poblaciones jóvenes desde sexto año de primaria ya que como se observa el índice de edad es cada vez más chico además de identificar las escuelas o las zonas geográficas con características similares a las de la población PL para actuar antes de que sucedan las conductas que los llevan a estar privados, a iniciar vidas sexuales tempranas o consumir drogas. Aunado a esto el tener pláticas de prevención contra el abuso sexual infantil también sería un gran aporte previniendo violaciones y edades tan tempranas en el debut sexual.

Para futuras investigaciones podrían preguntarse cuestiones referentes a la edad del primer delito en, o profundizar en la infancia de la persona de la misma forma que el contexto y ambiente familiar y social que lo rodea en los primeros 12 años de vida.

## CONCLUSIÓN

Es entonces mediante esta investigación que se puede caracterizar ambas poblaciones para entender de una forma diferente todos los factores que pueden influir en el desarrollo de las conductas de riesgo y así tomarlos en cuenta para poder tomar acción al respecto ya sea mediante el desarrollo de cursos, pláticas o actividades interactiva que puedan generar la intención de uso del preservativo en las personas.

Es importante resaltar que como diversos autores han aportado ya, la edad de inicio sexual es cada vez menor y que como se pudo observar en los resultados el forzar este primer encuentro sexual (violación) podría generar no solo conductas nocivas para la salud sexual del individuo sino también conductas que les generen conflicto con autoridades y la ley.

Además de esto se puede agregar que las personas privadas de la libertad son ya personas en vulnerabilidad para desarrollar otras conductas de riesgo y para enfrentarse a situaciones de riesgo pues como se mencionó dentro de los capítulos en las penitenciarías existen diversas prácticas que no son expuestas ante las autoridades pero que generan riesgo en la población.

También se corroboró que las personas al consumir algún tipo de droga son más vulnerables a prácticas sexuales de riesgo sobre todo cuando se trata de drogas ilegales. Esto aumenta el nivel de riesgo que se percibe en las cárceles pues es un lugar con fácil acceso a estas sustancias, sumado al hacinamiento, la falta de compañía y el poco acceso a los preservativos que se tienen da como resultado poblaciones vulnerables.

Finalmente es importante no dar por entendido que al poseer una persona cierto nivel de estudios debe contar con información de todo tipo como es la de salud sexual, pues esto no es garantía de nada, ejemplo de ello son las personas no privadas con niveles académicos universitarios y que perciben un buen salario, esto no los eximio de tener bajo conocimiento respecto al uso de condón, ITS y VIH.

Esto resulta sorprendente, ya que al ser la población sin conflicto la que cuenta con un mayor nivel educativo se esperaría que su conocimiento en salud sexual y reproductiva fuera mejor mayor al de las personas en conflicto pues también son ellos quienes presentan mayor índice de actividad sexual tomando en cuenta el inicio de sus prácticas sexuales. Sin embargo no fue así.

Entonces se puede concluir este apartado recalcando que como se ha mencionado las conductas de alto riesgo son las probabilidades de producir una consecuencia negativa a la salud de una persona. Entonces de acuerdo con la presente investigación el principal factor que destaca en las prácticas sexuales de riesgo es el inicio a edad temprana de vida sexual en los varones y este puede ser causado por diversas conductas como es el consumo de sustancias nocivas, prácticas sin uso de preservativo y algunas actitudes y creencias que no se expresan pero se poseen de manera negativa referente a la sexualidad y el uso de preservativos

## REFERENCIAS

- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50 (1), 179 – 211.
- Alfonso, F. L. & Figueroa, P. L. (2017). Conductas sexuales de riesgo en adolescentes desde el contexto cubano. *Revista de ciencias médicas de Pinar del Río*. 21 (2). 193 – 301.
- Álvarez-Gayou, J.L. (2011). *Sexoterapia integral*. México: El Manual Moderno.
- Amar, A. J; Abello, L.R. & Acosta, C. (2003). Factores protectores: un aporte desde la psicología comunitaria de la salud. *Psicología desde el Caribe*. 11 (1). 107 – 121.
- Amaya, B.A; Salgado, G. A; Martínez, L.J. & Chablé, C. S. (2013). Perfil familiar, socioeconómico y demográfico de jóvenes de un tutelar de menores. *Revista electrónica de psicología Iztacala*. 16 (3). 903 – 926.
- Amorim, S, K; Evangelista, A. T; Araújo, T. S; Leite, R. E. & Sampaio, N. I, (2017). Factores asociados con la prevalencia del virus de la inmunodeficiencia humana en población privada de libertad. *Revista da escola de enfermagem da USP*. 51 (2). 1 – 9.
- Arroyave, S.M. (2012). La diversidad sexual en las mujeres privadas de libertad en el centro de atención integral El buen pastor de Costa Rica. (*Tesis de Maestría*).Universidad Estatal a Distancia. Costa Rica.
- Ayala, P. A. (2010). La irregularidad de la visita conyugal íntima influye en conductas de promiscuidad sexual en las internas del centro de rehabilitación social Ambato. [Tesis de pregrado]. Universidad Técnica de Ambato Facultad de Ciencias de la Salud; Ecuador.
- Azaola, E. (2007). Las condiciones de vida en las cárceles mexicanas. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*. 49, (200), 87 – 97.

- Ballester, A. R. & Gil, L. M. (2006). La sexualidad en niños de 9 a 14 años. *Psicothema*, 18,(1), 25 – 31.
- Ballinas-Urbina, Y; Evangelista-García, A; Nazar-Beutelspacher, A. & Salvatierra-Izabal, B. (2015). Condiciones sociales y comportamientos sexuales de jóvenes en Chiapas. *Papeles de población*. 83 (21). 253 – 286.
- Bandura, A. (1992). Self-efficacy mechanism in Psychobiologic functioning. En R. Schwarzer (Ed.), *Selfefficacy: thought control of action*. Washington: Hemisphere Publishing Corporation.
- Bárcena, G. S., Robles, M. 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, A. E. (2001). Modelos psicosociales para la promoción de la salud y prevención de enfermedades. *Ciencia y enfermería*. 7 (2). 19-25.
- Bellis, M. A.; Hughes, K.; Calafat, A.; Juan, M.; Ramón, A.; Rodríguez, J. A.; Mendes, F., Schnitzer, S. & Phillips-Howards, P. (2008). Sexual uses of alcohol and drugs and the associated health risks: A cross sectional study of young people in nine European cities. *BMC Public Health*, 8, 155.
- Bello, A.M; Palacio, J; Vera-Villarroel, P; Oviedo, O. Rodríguez, M; Celis-Atenas, K. & Pavez, P. (2011). Presentación de una escala para evaluar actitudes y creencias sobre la sexualidad reproductiva en adolescentes varones de la región Caribe colombiana. *Universitas Psychologica*, 13 (1).
- Bergman, M; Siano, J. & Arias, C. (2015). *Condiciones de vida en la cárcel: resultados de la encuesta de detenidos condenados*. (Estudios empíricos sobre seguridad y justicia informe No. 2). Recuperado de: <http://celiv.untref.edu.ar/contenidos/CELIV%20Informe%20Nro.%202.pdf>
- Bermúdez, I.T. y Buela-Casal, G. (2009). Variables sociodemográficas y conductas de riesgo en la infección por el VIH y las enfermedades de transmisión

sexual en adolescentes. *Revista Española de Salud Pública*, 83, 309 – 320.

Calafat, A.; Juan, M.; Becoña, E. y Mantecón, A. (2008). Qué drogas se prefieren para las relaciones sexuales en contextos recreativos. *Adicciones*, 20, 37-48.

Calvete, E. (2007). Justification of Violence Beliefs and Social Problem-Solving as Mediators between Maltreatment and Behavior Problems in Adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*. 10 (1), 131-140.

Campo-Arias, A; Ceballos, G.A. y Herazo, E. (2010). Prevalencia de patrón de comportamiento de riesgo para la salud sexual y reproductiva en estudiantes adolescentes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 18 (2).

Capella, M; González, A. & Valery, J.F (2012). La actitud hacia el uso del preservativo en estudiantes latinoamericanos residentes en Madrid: una aproximación desde la teoría de la acción planificada. Universidad complutense  
<http://www.fes-sociologia.com/actitud-hacia-el-uso-del--preservativo-en-estudiantes--latinoamericanos-res1132entes-en--madr1132una-apr/congress-papers/1132/>

Castro, A. I. (2010). Conocimientos y factores de riesgo sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 9 (5), 705-716.

Ceballos, G. A. & Campos, A.A. (2006). Prevalencia de relaciones sexuales en estudiantes de secundaria entre 10 y 12 años Santa Marta – Colombia. *Revista de la facultad de medicina*, 54 (1), 4 – 11.

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, (2016). *Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes*. Recuperado de:

[http://www.cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SSRA/ModeloAISSRA/web\\_ModAtnIntSSRA.pdf](http://www.cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SSRA/ModeloAISSRA/web_ModAtnIntSSRA.pdf)

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida. (2018). *Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de Sida Actualización al cierre de 2018* Recuperado de: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/467261/RN\\_Cierre\\_2018\\_f.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/467261/RN_Cierre_2018_f.pdf)

Chacón-Quesada, T; Corrales-González, D; Garbanzo-Núñez, D; Gutiérrez-Yglesias, J; Hernández-Sandí, A; Lobo-Araya, A; Romero-Solano, A; Sánchez-Avilés, L. & Ventura-Montoya, S. (2009). ITS Y SIDA en adolescentes: descripción, prevención y marco legal. *Medicina Legal de Costa Rica*, 26(2), 79-98.

Comisión Nacional de Derechos Humanos, Racionalización de la pena de prisión, (CNDH, 2016), consultado 20 de junio de 2018, [http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Informes/Especiales/Pronunciamiento\\_20160331.pdf](http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Informes/Especiales/Pronunciamiento_20160331.pdf).

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2016). *Infopobreza; Población en situación de pobreza 2010-2015*. Recuperado de <http://sistemas.coneval.org.mx/InfoPobreza/Pages/wfrMapaPobreza?pAnio=2016&pTipoPobreza=1&pTipoIndicador=1#divRegionGrafica>

Consejo Nacional de la Población. (CONAPO, 2018). *Anuario de migración y remesas México 2018*, Recuperado de: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/386658/Anuario\\_Migracion\\_y\\_Remesas\\_2018.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/386658/Anuario_Migracion_y_Remesas_2018.pdf)

Corchado, C.A. (2012). *Conductas de riesgo en la adolescencia*. (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, España.

- Córdova, P.R. (2015). Universos paralelos: Turismo sexual comercial entre hombres en el puerto de Veracruz, México. *Estudios y perspectivas en turismo*. 24 (1). 848 – 866.
- Corredor, P.M. & Monroy, F. J. (2009). Descripción y comparación de patrones de conducta, estrés laboral y burnout en personal sanitario. *Hacia la promoción de la salud*. 14, (1), 109 – 123.
- Cortés, A.A; García, R.R. & Ochoa, S.R. (2015). Comportamiento sexual y uso del condón en estudiantes de la facultad de tecnología de la salud. *Revista Cubana de Medicina Tropical*, 67 (2), 202 – 212.
- Cova, S.F. (2004). La psicopatología evolutiva y los factores de riesgo y protección: el desarrollo de una mirada procesual. *Revista de Psicología*. 13 (1).
- De Bedout, A. (2010). Asociación entre consumo de sustancias y relaciones sexuales en adolescentes estudiantes en Vegachí, Antioquia, Colombia. *Revista de Psicología GEPU*, 1 (2), 31 - 38.
- De Jesús-Reyes, D. & Menkes-Bancet, C. (2014). Prácticas y significados del uso del condón en varones adolescentes de dos contextos de México. *Papeles de población*, 20 (79). 73 – 97.
- Del Catillo, A. A; Mayorga, R. L; Guzmán, S. R; Escorza, H. F; Gutiérrez, G. I; Hernández, H. M. & Juárez, M.E. (2012). Actitudes hacia el uso del condón y autoeficacia en la prevención del VIH/SIDA en estudiantes de psicología de la UAEH. *Revista Electrónica de Psicología ICSa-UAEH*, 13, (1), 22 – 55.
- Delgado, L.M. (2015). *Psicología del desarrollo. Fundamentos de Psicología*. Madrid: Médica Panamericana.
- Duffy, D. (2014). Factores de riesgo y factores protectores asociados al consumo de alcohol en niños y adolescentes. *Salud y sociedad*. 5 (1). 40 – 52.

- Espada, S.J; Morales, S.A. & Orgilés, A.M. (2013). Relación entre la edad de debut sexual y el sexo bajo los efectos de las drogas en la adolescencia. *Revista española de Drogodependencia*. 38, (1), 25 – 35.
- Evangelista, G. A & Kauffer, M, E. (2009). Iniciación sexual y unión conyugal entre jóvenes de tres municipios de la región fronteriza de Chiapas. *Revista de Estudios de Género. La ventana*. 30. 181 – 221.
- Fernández, J. (2010). El sexo y el género: dos dominios científicos diferentes que debieran ser clarificados. *Psicothema*, 22(2), 256-262.
- Fernández; R. J. (2012). *Estudio de las prácticas de riesgo frente al VIH en la población privada de libertad del centro de reclusión femenina Cabildo* (Tesis de Maestría) Universidad de la República, Uruguay.
- Fierros, L., Rivera, B. y Piña, J. (2011). Sexual behavior with casual partners among university women. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 2(2), 165-183.
- Florenzano, U.R. (1997). *El adolescente y sus conductas de riesgo*. Santiago, Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Fundación UNAM, (20 de agosto de 2014). Prácticas sexuales de riesgo. [Entrada en blog]. Recuperado de <http://www.fundacionunam.org.mx/ciencia/practicas-sexuales-de-riesgo/>
- Flores, H. C. & López, Q.E. (2011). Taller basado en el modelo ecologico de Bronfenbrenner para promover la responsabilidad en el ejercicio de la sexualidad en tercer grado de secundaria. Tesis de Licenciatura. UPN. CDMX.
- Gala, G. A; Berdasquera, C. D; Pérez, A. J; Pinto, V. J; Suárez, V. J; Joanes, F.J; Sánchez, L; Aragonés, L.C. & Díaz, G. M. (2007). Dinámica de adquisición del VIH en su dimensión social, ambiental y cultural. *Revista Cubana de Medicina Tropical*. 59 (2).

- Galdino, J.L. & Fernandes, R.S. (2019) Panorama de la salud en hombres presos: dificultad de acceso a atención de salud. *Boletim-Academia Paulista de Psicologia*, 39 (96); 47 – 57.
- Galdos, S.S. (2013). La conferencia de El Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30 (3), 455-460.
- Gallegos, E. C; Villarruel, A. M; Loveland-Cherry, C; Ronis, D.L. & Yan Zhou, M.S. (2008). Intervención para reducir riesgo en conductas sexuales de adolescentes: un ensayo aleatorizado y controlado. *Salud Pública de México*, 50 (1), 59-66.
- Garacochea, M; Pino, R; Chavez, I; Portilla, J.L; Miraval, M.L; Arguedas, E; Linares, P; Cabezudo, E; Romero, S. & Espinoza, M. (2013). Infecciones de transmisión sexual en mujeres de un establecimiento penitenciario de Lima, Peru. *Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública*, 30 (3), 423 – 427.
- García, A., (1980): “Soluciones propuestas al problema sexual de las prisiones”, Cuadernos de Política criminal, nº 11. Madrid, Edersa.
- García, A.N; Méndez, R.G; Gutiérrez, M.A; Pérez, L.J. & Aranda, R. R. (2011). Actitudes hacia el uso del condón masculino para la prevención del VIH/sida en estudiantes de medicina. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Rio*, 15 (3).
- García-Vega, E; Menéndez, R.E; Fernández, G.P. & Cuesta, I.M. (2012). Sexualidad, anticoncepción y conducta sexual de riesgo en adolescentes. *International Journal of Psychological*. 5, (1), 79 – 87.
- Gaxiola, R. J. & Frías A. M. (2008). Un modelo ecológico de factores del abuso infantil: un estudio con madres mexicanas. *Medio ambiente y comportamiento humano*. 9 (2), 13-31.

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

Gómez, A. S. & Ruiz, B. A. (2014). Educación para la salud, desde la teoría de la acción, en educación primaria del Estado de México. *Psicología Iberoamericana*, 2 (22), 46-53.

Gómez, Z. J. (1992). La actitud hacia la sexualidad y su relación con el riesgo de embarazo no deseado. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 23, 33-47.

González, A. E; Molina, G. T; Montero, V. A. & Martínez, V. (2013). Factores asociados al inicio sexual en adolescentes de ambos sexos de nivel socioeconómico medio-bajo de la Región Metropolitana. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 78(1), 4-13.

González, F. (2004). Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en jóvenes entre 14 y 25 años de edad de estratos 1 y 2 del SISBEN de un municipio del departamento de Cundinamarca. *Colombiana de Psicología*, 12(04), 59-68.

Gorguet, P. I. 2008 *Comportamiento sexual humano*. Santiago de Cuba. Editorial Oriente.

Gutiérrez, G. (2017). Sexo en las cárceles de la ciudad de México. Publicaciones El Salario de Miedo y la Universidad Autónoma de Nuevo León. Pp. 98-105.

Hernández, G. V. (2013). Características cualitativas y cuantitativas de la delincuencia actual de menores. *Revista de derecho penal y criminología*. 10 (3). 471 – 492.

Hernández, L. (18 de enero de 2015). Inician vida sexual entre 12 y 15 años. Excelsior. Recuperado de: <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2015/01/18/1003289>

Hernández, S. R; Fernández, C.C. & Baptista, L.C, (2010). *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill. 5° ed.

- Hernández, Z. & Cruz, J. (2017). La sexualidad en jóvenes universitarios: factores de riesgo. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*. 2 (24), 121-137.
- Holguín, M. Y; Mendoza, T. L; Esquivel, T. C; Sánchez, M. R; Daraviña, B. A. & Acuña, P. M. (2013). Factores asociados al inicio de la actividad sexual en adolescentes de Tuluá, Colombia. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 78(3), 209-219.
- Hurtado de Mendoza, Z.M. & Olvera, M.J. (2013). Conocimientos y actitudes sobre sexualidad en jóvenes universitarios. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 16, (1).
- Hyde, J.S. y De Lamater, J.D. (2006). *Sexualidad humana*. México: McGraw-Hill.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2015). *Adolescentes, jóvenes y delitos: elementos para la comprensión de la delincuencia juvenil en Colombia*. (convenio No. 1742). Recuperado de: [https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/delincuencia\\_juvenil\\_web.pdf](https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/delincuencia_juvenil_web.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, (2016) *Encuesta Nacional de Población Privada de la Libertad. Principales Resultados*. Recuperado de: [http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/proyectos/encotras/enpol/2016/doc/2016\\_enpol\\_presentacion\\_ejecutiva.pdf](http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/proyectos/encotras/enpol/2016/doc/2016_enpol_presentacion_ejecutiva.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2016). *Estadísticas a propósito del día internacional de la juventud (15 a 29 años) 12 de Agosto*. Recuperado de: [http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/juventud2016\\_0.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/juventud2016_0.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica. (2014). Principales resultados. Recuperado de: [http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/proyectos/enchogares/especiales/enadid/2014/doc/resultados\\_enadid14.pdf](http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/proyectos/enchogares/especiales/enadid/2014/doc/resultados_enadid14.pdf)

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Comisión Nacional contra las Adicciones & Secretaría de Salud. (2017). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, alcohol y Tabaco 2016 – 2017. Reporte de Drogas. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud%7Cconadic/acciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodat-2016-2017-136758>

Jara, C. V. & Riquelme, P.N. (2018). Estilo de vida promotor de salud y factores de riesgo en estudiantes universitarios. *Aladefe*. 2 (8).

Juárez, F. & Gayet, C. (2005). Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: un nuevo marco de análisis para la evaluación y diseño de políticas. *Papeles de población*, 11 (45), 177 – 219.

Langer, A. (2002). El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Revista Panam Salud Pública*. 11, (3), 192 – 204.

Leal, F.I; González, A.E. y Molina, G.T. (2011). Consejería para uso de condón basada en etapas del cambio en un centro de atención a adolescentes. *Cuadernos Médico Sociales*, 51 (1), 29-35.

Lema, S. L; Salazar, T. I; Varela, A. M; Tamayo, C. J; Rubio, S. A. & Botero P. A. (2009). Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida. *Pensamiento Psicológico*, 5 (12), 71-87.

Lomba, L.; Alves, J. & Ribeiro, F. (2009). Drugs and alcohol consumption and sexual behaviours in night recreational settings in Portugal. *Adicciones*, 21, 309-326.

López, C. & López, J. (2003). Rasgos de personalidad y conducta antisocial y delictiva. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 3 (2), 5-19.

Marín, G.I. (2014). Disposición al cambio para la utilización de la atención preventiva integrada por estudiantes de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Una intervención con base en el modelo Transteórico (Tesis de

maestría en Ciencias en Salud pública). Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

Masters, W.H., Johnson, V.E. y & Kolodny, C. (1995). *La sexualidad humana I*. Barcelona: Grijalbo.

Mazarrasa, A.L. & Gil, T.S. (2010). Salud sexual y reproductiva (12). España: Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social.

Mendoza, T. L; Claros, B. D. & Peñaranda, O. C. (2016). Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. *Revista chilena de obstetricia*. 81 (3), 243 – 253.

Morales, C. F. (2012). Psicología de la salud. Realizaciones e interrogantes tras cuatro décadas de desarrollo. *Psiencia, Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*. 4, (2), 98 - 107.

Moreno, S. E. & Rosales-Nieto, G.J. (2003). El modelo de creencias de salud: Revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 1 (3), 91-109.

Motta, O. A. y Pérez, M.M. (2015). Factores psicosociales asociados a relaciones sexuales precoces en estudiantes de séptimo grado de la institución educativa Montessori de Pitalito. Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD. Colombia.

Munguia, R.R. (2008). El régimen disciplinario en los centros penitenciarios y los derechos humanos de los reclusos. *Revista del instituto de la judicatura federal*. 26, 267 - 286.

Muñoz, J.; Madueño, R.; Díaz, J.; Núñez, D. (2003). Evaluación de la conducta sexual contraceptiva en adolescentes de la Z.B.S. de Álora. *Revista Medicina de Familia*, 4 (1), 20-26.

Murray, N; Zabin, L; Toledo-Derves, V; Luengo-Charath, X. (1998). Diferencias de género en factores que influyen en el inicio de relaciones sexuales en

adolescentes escolares urbano en Chile. *Perspectivas internacionales en planificación familiar*. Número especial, 4 – 10.

Observatorio de Políticas Públicas en VIH/SIDA desde la perspectiva de los Derechos Humanos. (2012). *Informe de política de atención integral y prevención en VIH/SIDA*. Recuperado de: [http://www.fundacionsavia.cl/media/uploads/docs/Informe\\_de\\_atencion\\_Integral\\_y\\_Preencion\\_2012.pdf](http://www.fundacionsavia.cl/media/uploads/docs/Informe_de_atencion_Integral_y_Preencion_2012.pdf)

Oliva, A; Serra, L. & Vallejo, R. (1998). Patrones de comportamiento sexual y contraceptivo en la adolescencia. *Infancia y Aprendizaje*. 77, (20), 19 – 34.

ONUSIDA, (2016). Informe nacional de avances en la respuesta al VIH y el SIDA. (Informe Enero-Diciembre 2015). México.

OPS, OMS (2000). Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la Acción. Actas de una Reunión de Consulta Convocada por OPS, OMS en colaboración con WAS. Antigua Guatemala. Recuperado de: [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/promocion\\_salud\\_sexual.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/promocion_salud_sexual.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2018). Temas de salud. Factores de riesgo. Recuperado de: [https://www.who.int/topics/risk\\_factors/es/](https://www.who.int/topics/risk_factors/es/)

Organización Mundial de la Salud; Organización Panamericana de la Salud. (2016). Manual del participante para la formación de educadores en salud en centros privados de la libertad. 34 – 54.

Otero, A. (1995). Atlas de Sexualidad. Programa educativo visual. Editorial: Mc Graw Hill.

Panduro, B.J; Jiménez, C.P; Pérez, M. J; Panduro, M.E; Peraza, M.D. & Quezada, F. N. (2012). Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales. *Ginecología y obstetricia de México*, 80 (11), 694-704.

Paniagua, S. R. (2013). ¿Qué es un problema de salud pública? Universidad de Antioquia. 1-7.

- Pantin, H., Prado, G., Schwartz, S.J. & Sullivan, S. (2005). Methodological challenges in designing effective drug abuse and HIV preventive interventions for Hispanic adolescent subgroups. *Journal of Urban Health*, 82 (Supl. 3), 92-102.
- Páramo, M.A. (2011). Factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia: análisis de contenido a través de grupos de discusión. *Terapia psicológica*, 29 (1). 85 – 95.
- Paz, B.M; Herencia-Leva, A. & Uribe, R. A. (2009). Visiones fuerte y débil del modelo de información-motivación-habilidades conductuales en la predicción del uso del preservativo. *Revista latinoamericana de Psicología*, 41 (3), 587-598.
- Piña, L. J. (2008). Variaciones sobre el modelo psicológico de salud biológica de Ribes: justificación y desarrollo. *Universitas Psychologica*, 7 (1),19-32.
- Piña, L.J; Lozano, R.D; Vázquez, R. P. & Carillo, S.I. (2011). Motivos y uso de preservativo en estudiantes universitarios de Ciudad Juárez (México). *Anales de Psicología*, 26 (1).
- Proyecto de opinión pública de América Latina y el barómetro de las Américas (LAPOP). (2016). Departamento de ciencias políticas. Vanderbilt University, Nashville.
- Quespáz, T. J. (2016). Relación de ITS y uso del preservativo en trabajadoras sexuales atendidas en el centro de salud N. 1 de Esmeraldas Enero-Junio 2016. (Tesis de Licenciatura). Universidad Técnica del Norte. Ecuador.
- Ramírez, B. & Álvarez, B. (2016). Ampliando el derecho: despenalización y acceso al aborto por litigio estratégico. *Gaceta constitucional y procesal constitucionales*. 101, 214 – 229.
- Ramírez, V.B; Suárez, V. P. & Ramírez V. G. (2007). Opinión de mujeres con interrupción voluntaria de embarazo sobre la legalización del aborto.

Cuestionario aplicado en la ciudad de Puebla, México. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, XL (120), 907 – 928.

Ranum, E. C. (2005). Pandillas juveniles transnacionales en Centroamérica, México y Estados Unidos. Diagnostico Nacional Guatemala. Rastreado de ResearchGate en: [https://www.researchgate.net/publication/239611664\\_Pandillas\\_juveniles\\_transnacionales\\_en\\_Centroamerica\\_Mexico\\_y\\_Estados\\_Unidos\\_Diagnostico\\_Nacional\\_Guatemala](https://www.researchgate.net/publication/239611664_Pandillas_juveniles_transnacionales_en_Centroamerica_Mexico_y_Estados_Unidos_Diagnostico_Nacional_Guatemala)

Real Academia Española. (2017). Diccionario de la lengua española (23° ed.), Consultado en: <http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=creencia>

Restrepo-Pineda, J.E. (2016). Análisis comparativo de las percepciones sobre el VIH/SIDA de varones homosexuales y bisexuales colombianos, con experiencia migratoria o sin la misma. *Revista de salud pública*, 18 (1), 13 – 25.

Reyes, R.L. (2007). La teoría de acción razonada: implicaciones para el estudio de las actitudes. *Investigación Educativa*, 7 (1), 66 – 77.

Rivas, D. & Ortiz, A. (Octubre, 2013). Situación actual de la salud sexual y salud reproductiva de los hombres privados de la libertad del Centro de Atención Institucional de San José. *Enfermería Actual de Costa Rica*, 25, (1), 1 – 15.

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

Robles, S., Díaz-Loving, R., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez, M., Barroso, R., & Rodríguez, M. (2011). Validación de la Encuesta Estudiantil sobre salud sexual (EESS). México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

- Robles, S., Frías, B., Moreno, D., Rodríguez, M., & Barroso, R. (2011). Conocimientos sobre VIH/SIDA, comunicación sexual y negociación del uso del condón en adolescentes sexualmente activos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(4), 317-340.
- Rodríguez, C. M. & García, R.J. (2011). El modelo psicológico de la salud y la diabetes. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 14 (2), 210-222.
- Rodríguez, D. M. & Herrera, G. P. (2016). Conocimientos, creencias y actitudes hacia la sexualidad en adolescentes. (Artículo de grado), Universidad Católica de Pereira. Colombia [http://repositorio.ucp.edu.co:8080/jspui/bitstream/10785/41119/1/DDEPCEPN\\_A48.pdf](http://repositorio.ucp.edu.co:8080/jspui/bitstream/10785/41119/1/DDEPCEPN_A48.pdf)
- Rodríguez, K. S; Díaz, N. D; García, G. S; Guerrero, H. J; & Gómez, M. E. (2007). Capacidad predictiva de la teoría de la conducta planificada en la intención y uso de drogas lícitas entre estudiantes mexicanos. *Salud mental*, 1 (30), 68-81.
- Rubio, A. E. & Pérez, F.C. (2° ed.). (2013). Antología de la sexualidad humana I. Miguel Ángel Porrúa. México.
- Ruiz-Sternberg, A.M; Beltrán-Rodríguez, J; Latorre-Santos, C. & Ruiz-Sternberg. (2010) ¿Existe asociación entre los comportamientos de riesgo en salud sexual y reproductiva y el ser estudiante de medicina? Estudio de corte transversal. Bogotá (Colombia). *Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 61, (2), 121 – 128.
- Salamanca, A. & Giraldo, C. (2012). Modelos cognitivos y cognitivo sociales en la prevención y promoción de la salud. *Revista Vanguardia Psicológica*. 2 (2). 185-202.
- Salazar, J. E; Torres, T. M; Reynaldos, Q. C; Figueroa, V. N. & Valencia, A.S. (2009). Perspectiva psicosocial en adolescentes acusados por delitos contra la salud y robo, *Revista Latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud*. 7 (2). 1492 – 1512 .

- Salazar-Estrada, J. E; Torres-López, T. M; Reynaldos-Quinteros, C; Figueroa-Villaseñor, N. S. y Araiza-González, A. (2011). Factores asociados a la delincuencia en adolescentes de Guadalajara, Jalisco. *Papeles de población*. 17 (68). 103 – 126.
- Salomón, (04 de Abril de 2008). Sexualidad en las prisiones. [Entrada en Blog] ACIMUT. Recuperado de: <http://salomon-acimut.blogspot.com/2008/04/sexualidad-en-las-prisiones.html>
- Sánchez, R.R; Alonso, P.J. & Santabárbara, S.J. (2016). Infecciones de transmisión sexual en hombres internos en prisión: riesgo de desarrollo de nuevas infecciones. *Gaceta Sanitaria*, 30 (3), 208 - 214.
- Sandoval, P. S. (2017). Comportamiento sexual de mujeres privadas de libertad del centro penitenciario de concepción. (Tesis de Maestría). Universidad de Concepción. Chile.
- Secretaria de educación pública (SEP) (2012). Embarazo adolescente y madres jóvenes en México: una visión desde el Promajoven. México.
- Silva, N.S. (2010). Variables individuales, históricas, penales y criminológicas de adolescentes infractores de la ley penal bajo medida de libertad asistida. *Revista Nacional de Investigación: Memorias*. 8 (13). 106 – 118.
- Sobral, J; Romero, E; Luengo, A. y Marzoa, J. (2000) Personalidad y conducta antisocial: amplificadores individuales de los efectos contextuales. *Psicothema*. 12 (4). 661 – 670.
- Solís, L.; De Buen, N. & Ley, S. (2012). México Evalúa, Centro de Análisis de Políticas Públicas, A.C. (La cárcel en México: ¿para qué?, Agosto 2013)
- Soto M. F., Lacoste M. J., Papenfuss, R. L., & Gutiérrez L. A. (1997). El modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del sida. *Revista Española de Salud Pública*, 71(4), 335-341.

- Szasz, I; Rojas, O. y Castrejón, J.L. (2008). Desigualdad de género en las relaciones conyugales y prácticas sexuales de los hombres mexicanos. *Estudios Demográficos y Urbanos*. 23 (2). 205 – 232.
- Torrente, G. (2005). Conducta antisocial y relaciones familiares en la adolescencia. *Revista Anuario de Psicología Jurídica*. 15 (1), 9-22.
- Torres, A.P; Walker, D.M; Gutiérrez, J.P. & Betrozzi, S.M. (2006). Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/SIDA entre adolescentes escolarizados mexicanos. *Salud Pública de México*, 48 (4), 308-316.
- Torrico, L.E; Satín, V.C; Andrés, V.M; Menéndez, A.S. & López, L.J. (2002). El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Anales de psicología*, 18 (1), 45-59.
- Uribe, J. I., Amador, G., Zacarías, X. & Villarreal, L. (2012). Percepciones sobre el uso del condón y la sexualidad entre jóvenes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10 (1), pp. 481-494.
- Uribe, R. A. & Orcasita, P. L. (2009). Conductas sexuales de riesgo en estudiantes universitario de la ciudad de Cali-Colombia. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 27, (2), 1 – 31.
- Uribe, R.A; Castellanos, B. J & Cabán, H.M. (2016). Conductas sexuales de riesgo y comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos universitarios. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*. 8 (2). 27 – 48
- Vega-Briones, G. & Jaramillo-Cardona, M.C. (2010). Percepciones y actitudes de los hombres de la frontera norte de México en relación con el uso de condones, practica de la vasectomía y chequeos de próstata. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 9 (18), 50 – 77.
- Vélez-Álvarez, C., Hoyos-Londoño, M., Pico-Merchán, M.E., Jaramillo-Angel, C.P. y Escobar-Potes, M.P. (2019). Comportamientos de riesgo en estudiantes universitarios: la ruta para enfocar acciones educativas desde los currículos. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos*, 15 (1), 130-153.

Villatoro, V. J; Mendoza, M. M; Moreno, L. M; Oliva, R. N; Fregoso, I.D; Bustos, G. M; Fleiz, B.C; Mujica, S.R; López, B.M. & Medina-Mora, I.M. (2014). Tendencias del uso de drogas en la Ciudad de México: Encuesta de estudiantes, octubre 2012. *Salud Mental*, 4 (37), 423 – 435.

Werner, S.R; Pelicioni, M.C. & Chiattonne, H.B. (2002). La psicología de la salud Latinoamericana: hacia la promoción de la salud. *International journal of clinical and health psychology*. 2 (1), 153 – 172.

## ANEXOS.

Anexo 1: instrumento utilizado

Encuesta  
**HOMBRES (PNPL)**  
sobre  
**FACTORES DE RIESGO**



## INSTRUCCIONES

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

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

Es importante que sepas que tus respuestas son privadas. Nadie sabrá tus respuestas, de hecho, no se te pide que pongas tu nombre, sólo se te pide una clave que permita crear un folio con fines estadísticos, por lo que es muy importante que contestes a cada pregunta con la verdad y con honestidad.

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

Sigue las instrucciones por parte del aplicador para elaborar tu clave

Clave de identificación:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Encuesta  
HOMBRES (PNPL)  
sobre  
FACTORES DE RIESGO



\_\_\_\_\_

1                      2                      3                      4                      5

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

Fecha de aplicación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Día Mes Año

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

### INFORMACIÓN GENERAL

El siguiente cuestionario está diseñado para obtener información sobre algunos datos personales 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. ¿Con quién vives?

**Solo (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. ¿Cuáles son los ingresos mensuales de las personas que trabajan y viven 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

## REPORTE DE CONSUMO DE SUSTANCIAS

CS1. ¿Has consumido bebidas alcohólicas?

- (1) Si
- (2) No (pasa a la pregunta CS8)

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?

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

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

CS5. ¿Con qué tipo de pareja **usaste el condón** cuando tuviste relaciones sexuales (sexo vaginal, oral, anal) habiendo consumido alcohol? (Puedes marcar más de una opción).

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

CS6. 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

CS7. 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

CS8. ¿Has consumido drogas?

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

CS9. ¿Qué tipo de droga es la que consumes? (Puedes marcar más de una opción).

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

Cuál? \_\_\_\_\_

CS10. ¿Con qué frecuencia consumiste drogas, en los últimos seis meses?

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

PS11. ¿Con qué tipo de pareja tuviste **relaciones sexuales** (sexo vaginal, oral, anal) habiendo consumido drogas? (Puedes marcar más de una opción).

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

PS12. ¿Con qué tipo de pareja **usaste el condón** cuando tuviste relaciones sexuales (sexo vaginal, oral, anal) habiendo consumido drogas? (Puedes marcar más de una opción).

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

PS13. 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**

PS14. 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**

### VIH/SIDA/ITS

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

CO1	Una persona infectada por el VIH puede presentar los síntomas de la infección después de varios años.	Cierto	Falso	No sé
CO2	Las jeringas desechables y las esterilizadas aumentan la probabilidad de contagio del VIH por vía sanguínea.	Cierto	Falso	No sé

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

## TUS CREENCIAS

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

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

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

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

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

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

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

## ACTITUDES

Aun cuando nunca hayas tenido relaciones sexuales con penetración, marca con una X lo que piensas de las siguientes afirmaciones. Los

valores de tus respuestas van de 1 (muy negativo a 7 (muy positivo) para el aspecto que describe a cada afirmación.

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

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

### LO QUE SERÍAS CAPAZ DE HACER

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

		Muy seguro de <b>NO</b> poder usarlo						Muy seguro de <b>SÍ</b> poder usarlo
AEUC <sub>1</sub>	Pareja regular o estable	1	2	3	4	5	6	7
AEUC <sub>2</sub>	Pareja ocasional o eventual	1	2	3	4	5	6	7

### LO QUE ESPERAS HACER

Marca con una X el número que mejor te represente.

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

		Nada probable						Totalmente probable
INUC <sub>1</sub>	Pareja regular o estable	1	2	3	4	5	6	7
INUC <sub>2</sub>	Pareja ocasional o eventual	1	2	3	4	5	6	7

## COMO TE PERCIBES

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

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

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

## COMUNICACIÓN SOBRE TEMAS SEXUALES

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

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

<b>Temas</b>						
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
C1	Cómo identificar los síntomas de las ITS y el VIH/SIDA	1	2	3	4	5
0						

## LO QUE PERCIBES DE HOMBRES Y MUJERES

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

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

		T D	D	I	A	T A
EG1	Una buena esposa debe dedicarse exclusivamente al hogar y al cuidado del marido.	1	2	3	4	5
EG2	Es más fácil para un hombre que para una mujer ligar a otro.	1	2	3	4	5
EG3	Los hombres deberían tener preferencia sobre las mujeres a la hora de los ascensos.	1	2	3	4	5
EG4	Un hombre es infiel por naturaleza.	1	2	3	4	5
EG5	Un verdadero hombre no muestra sus debilidades y sentimientos.	1	2	3	4	5
EG6	Un buen esposo es el que provee económicamente a su familia	1	2	3	4	5
EG7	La vida es más dura para un hombre que para una mujer.	1	2	3	4	5
EG8	Un hombre a diferencia de la mujer necesita de varias parejas sexuales.	1	2	3	4	5
EG9	El hombre tiene mejores habilidades que la mujer para ligar a otra(o).	1	2	3	4	5
EG1 0	Es mejor ser hombre que ser mujer.	1	2	3	4	5
EG1 1	La vida es más fácil y feliz para un hombre que para una mujer.	1	2	3	4	5
EG1 2	El hombre es superior a la mujer.	1	2	3	4	5

Opciones de respuesta						
1=Totalmente en desacuerdo 2=Desacuerdo 3=Indeciso 4=Acuerdo 5=Totalmente de acuerdo						
EST1	Solo los hombres cargan condones por si se presenta la oportunidad de tener relaciones sexuales.	1	2	3	4	5
EST2	Solo un hombre aceptaría tener relaciones sexuales aunque falte un condón para protegerse.	1	2	3	4	5
EST3	Abstenerse de tener relaciones sexuales es solo para las mujeres.	1	2	3	4	5
EST4	Es más importante en los varones que en las mujeres asear los genitales antes de tener relaciones sexuales.	1	2	3	4	5
EST5	La responsabilidad de prevenir un embarazo es exclusivo de la mujer.	1	2	3	4	5
EST6	Solo los varones deben de estar informados sobre como poner un condón.	1	2	3	4	5
EST7	La responsabilidad de proteger a la pareja de una Infección de Transmisión Sexual es exclusiva del varón.	1	2	3	4	5
EST8	En el acto sexual, la mujer tiene prohibido solicitar un condón a su pareja.	1	2	3	4	5
EST9	Es mal visto que las mujeres compren preservativos en la farmacia.	1	2	3	4	5
EST10	Solo las mujeres son capaces de practicar la monogamia sexual.	1	2	3	4	5
EST11	La elección de un método anticonceptivo es exclusivo de las mujeres.	1	2	3	4	5
EST12	La responsabilidad de cuidar a la pareja del VIH/SIDA es exclusivamente del hombre.	1	2	3	4	5
EST13	Es mal visto que las mujeres planeen un encuentro sexual con su pareja.	1	2	3	4	5
EST14	Las mujeres plenamente enamoradas de su pareja prefieren el coito interrumpido antes que el condón.	1	2	3	4	5
EST15	Las mujeres que practican la fidelidad sexual no deberían usar preservativo en sus relaciones sexuales.	1	2	3	4	5
EST16	Cuando una mujer conoce lo suficiente a su pareja puede dejar de usar condón.	1	2	3	4	5
EST17	Es mal visto que una mujer le comunique a su pareja su historia sexual.	1	2	3	4	5
EST18	Prevenir riesgos en la salud sexual es responsabilidad exclusiva de los hombres.	1	2	3	4	5
EST19	La educación sexual incita a los hombres a tener relaciones sexuales.	1	2	3	4	5

EST2 0	Los varones prefieren que sus parejas tomen pastillas anticonceptivas antes que ellos usar condón.	1	2	3	4	5
-----------	--	---	---	---	---	---

## SECCIÓN PARA RESPONDER ÚNICAMENTE POR PERSONAS QUE HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES

### LO QUE HACES....

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

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

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

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

A los \_\_\_\_\_ años.

PS3. Tu primera relación sexual la tuviste con:

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

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

(1) Sí                      (2) No

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

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

PS6. En tu primera relación sexual ¿utilizaste condón?

(1) Sí                      (2) No

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

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

PS8. ¿Tu primera relación sexual fue consensuada?

(1) Si                      (2) No

PS9. ¿Has tenido relaciones sexuales sin tu consentimiento?

(1) **Si**      (2) **No**

PS10. Anota el número de personas con las que has tenido relaciones sexuales con penetración en toda tu vida (por favor evita poner afirmaciones como “muchas”, “pocas”, etc. y escribe el número que realmente has tenido):  
\_\_\_\_\_ **personas.**

PS11. 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**

PS12. Con qué frecuencia has tenido *relaciones sexuales* en toda tu vida con alguien de tu mismo sexo

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

PS13. ¿Alguna vez te has hecho la prueba para detectar el VIH?

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

PS14. ¿Alguna vez has tenido alguna Infección de Transmisión Sexual?

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

PS.15. ¿Alguna pareja tuya ha tenido un embarazo no planeado por tener relaciones sexuales contigo?

(1) **Sí**                      (2) **no**                      (3) **No sé**

PS.16. ¿Alguna vez tu pareja ha tenido un aborto por tener relaciones sexuales contigo?

(1) **Sí**                      (2) **No**                      (3) **No sé**

PS17. ¿Cuántas veces tuviste relaciones sexuales en los últimos tres meses? (por favor no pongas afirmaciones como “muchas”, “pocas”, etc. y escribe el número que realmente has tenido): \_\_\_\_\_ **veces.**

PS18. ¿Cuántas veces usaste el condón en los últimos tres meses? (por favor no pongas afirmaciones como “muchas”, “pocas”, etc. y escribe el número que realmente has tenido): \_\_\_\_\_ **veces.**

PS19. ¿Usaste condón en tu última relación sexual?

(1) **Sí**                      (2) **no**

PS20. 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				
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

PS21. 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				
PS9.1	Vaginales	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
PS9.2	Anales	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
PS9.3	Orales	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

PS22. Tengo relaciones sexuales porque son (puedes marcar más de una opción):  
 (1) Una necesidad      (2) Por placer      (3) Por obligación  
 (4) Por imitar a mis compañeros      (5) Por pago o trueque  
 (6) Otra: \_\_\_\_\_

### ESTILOS DE NEGOCIACIÓN

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

		TD	D	I	A	TA
EN1	Trato de llegar a un acuerdo con mi pareja para protegernos sexualmente.	1	2	3	4	5
EN2	Impongo mi forma de ser en el terreno sexual.	1	2	3	4	5
EN3	Soy consistente al argumentar mi punto de vista para protegernos sexualmente.	1	2	3	4	5

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

GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN!!!