



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**“Variables familiares asociadas a las conductas sexuales
en adolescentes privados y no de la libertad.”**

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

Judiht Marlen Basilio Barbosa

Director: Dr. **Ricardo Sánchez Medina**

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

Mtra. **Laura Edith Pérez Laborde**





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

*A la memoria de Hugo Alberto Basilio Barbosa y
Antonio Benjamín Basilio Barbosa.*

Agradecimientos

Al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la UNAM, Proyecto IA304317: “Programa de intervención para promover la salud sexual en hombres privados de la libertad”, por la beca que me brindo durante mi proceso de titulación.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por abrirme sus puertas y ser mi hogar durante siete años de mi vida, por brindarme la oportunidad de desarrollarme dentro y fuera de sus aulas y poder crecer profesional y personalmente.

Al doctor Ricardo Sánchez Medina por permitirme formar parte del proyecto del que se deriva este trabajo, por sus consejos y correcciones, por brindarme su conocimiento y apoyo, por ser un guía paciente y comprensivo en todo momento.

A las maestras Consuelo Rubí Rosales Piña y Laura Edith Pérez Laborde por su apoyo durante el proceso del que se deriva este trabajo, por sus consejos y correcciones, por ser un ejemplo de lo que debe ser y hacer una psicóloga en este ámbito.

A las instituciones y a los compañeros que permitieron la realización de este trabajo de investigación.

A todos los profesores que guiaron mi camino, me orientaron y apoyaron a lo largo de mi formación como profesional de la psicología, especialmente a los Psicólogos Pablo Morales Morales y Ernesto Arenas Govea.

A mi madre, Silvia Basilio, por todo el apoyo, amor, dedicación y comprensión que me ha dado durante toda mi vida, por enseñarme a ser fuerte e independiente y

por demostrarme que no importa lo que los demás digan debes elegir y forjar tu propio camino sin miedo y sin mirar atrás.

A mis abuelos, Cristina Barbosa y Benjamín Basilio, por estar siempre conmigo y apoyarme en todas mis decisiones académicas, por ser pacientes y confiar en mí.

A mis tíos, Juan Coria, Enrique Bacilio y Laura Bacilio por siempre cuidarme y velar por mí, por ser un ejemplo y apoyarme siempre que lo he necesitado.

A mis primas Ashley y Liliana y mis sobrinos Leonardo y Marion por hacer que mis días más cansados se vuelvan más llevaderos y divertidos.

A Bryan Arias por ser un gran amigo y compañero de vida, por estar en mis mejores y peores momentos, por escuchar mis clases sobre psicología y emocionarse conmigo al abordar los temas que me apasionan, por apoyarme siempre que lo he requerido.

A Juan Núñez y Daniel Morales por ser los mejores amigos, por todo su apoyo dentro y fuera de la universidad, por estar para mí cuando más los necesito, por aguantar mi estrés y enojo escolar y disfrutar conmigo mis triunfos y alegrías.

A Daniela Zamora, Jesús Ramírez y Selene Díaz por ser un gran equipo de trabajo, por sacarme de quicio y brindarme la oportunidad de crecer profesionalmente a su lado, por ser los mejores amigos que pude encontrar en la universidad y acompañarme en toda mi vida como universitaria.

A Erick Rodríguez Villareal por ayudarme a descubrir una parte de la psicología que verdaderamente me apasiona, por siempre animarme y brindarme mucha luz en mi desarrollo personal y profesional.

A Pablo Uriel Pérez por animarme a formar parte del gran proyecto del que se deriva este trabajo, por ser un gran equipo, cómplice, amigo y soporte para mí, por estar cuando más lo he necesitado y escucharme cuando siento que todo va mal, por ayudarme a crecer personal y profesionalmente y acompañarme durante los mejores y peores momentos de mi vida universitaria.

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
1. LA SALUD SEXUAL EN MÉXICO.....	4
1.1 Adolescencia e inicio de la vida sexual.....	6
1.2 Embarazos no planeados y aborto.....	8
1.3 Infecciones de Transmisión Sexual.....	11
2. EL VIH-SIDA. UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.	14
2.1 Antecedentes del VIH-SIDA.	15
2.2 El VIH-SIDA en el mundo.....	17
2.3 El VIH-SIDA en México.	20
2. 4 Contextos de riesgo asociados al VIH/SIDA	24
2.4.1 Personas Privadas de la Libertad.....	26
3. PREVENCIÓN DEL PROBLEMA DE VIH-SIDA.	29
3.1 Modelos de salud en la promoción de conductas sexuales seguras. ..	31
3.2 El entorno social como promotor de conductas sexuales seguras.....	35
3.3 El papel de los padres de familia.	38
3.4 Factores individuales	41
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	43
4.1 Justificación.....	43
4.2 Pregunta de investigación	45
4.3 Objetivos	46
4.3.1 Objetivo general	46
4.3.2 Objetivos específicos	46
4.4 Hipótesis.....	46
5. MÉTODO.....	48
5.1 Población.....	48
5.2 Variables.....	49
5.3 Instrumentos	51
5.4 Procedimiento.....	54

5.5 Análisis de resultados.....	54
6. RESULTADOS.....	55
7. DISCUSIÓN	61
REFERENCIAS.....	66
APÉNDICE A: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.	
APÉNDICE B: ESCALA DE APOYO PATERNO Y MATERNO.	
APÉNDICE C: ESCALA DE SUPERVISIÓN PATERNA Y MATERNA.	
APÉNDICE D: ESCALA DE COMUNICACIÓN SEXUAL ENTRE PADRES E HIJOS.	
APÉNDICE E: PATRÓN DE COMPORTAMIENTO SEXUAL.	
APÉNDICE F: CONSISTENCIA DEL USO DEL CONDÓN.	
APÉNDICE G: COMUNICACIÓN SOBRE TEMAS SEXUALES CON LA PAREJA.	
APÉNDICE H: ESCALA DE ESTILOS DE NEGOCIACIÓN SOBRE EL USO DEL CONDÓN.	

RESUMEN

Los embarazos a edad temprana, los abortos, las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y sobre todo el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) son problemáticas que a nivel mundial afectan a millones de personas diariamente, para prevenirlas es necesario contar con estrategias de intervención que involucren el contexto en el que se encuentran los individuos, así como el apoyo de los seres cercanos a ellos, como los padres de familia ya que son el primer contacto social que el individuo tiene, llegando a influir en su comportamiento en todos los aspectos de su vida. Con base en lo anterior el objetivo de la presente investigación fue analizar la percepción de apoyo, supervisión y comunicación familiar en las conductas sexuales, comunicación con la pareja y negociación del condón en adolescentes privados y no de la libertad que permita obtener indicadores para el diseño de programas de intervención en salud sexual que incluya a los padres de familia. Para ello se evaluó a 225 adolescentes privados y no de la libertad obteniendo como resultados diferencias en la percepción del apoyo, la supervisión y la comunicación por parte de la madre en relación a diversas conductas sexuales de los adolescentes. Los resultados se discuten en términos de diferencias entre las conductas sexuales de los adolescentes privados y no de la libertad y diferencias entre las variables familiares relacionadas con las conductas sexuales de los adolescentes que ya iniciaron su vida sexual.

Palabras clave: adolescentes, personas privadas de a libertad, padres de familia, sexualidad, VIH/SIDA.

INTRODUCCIÓN

En la presente investigación se realiza el abordaje de algunas variables familiares en relación con las conductas sexuales, la comunicación sexual y los estilos de negociación que practican los adolescentes privados o no de la libertad, ya que la sexualidad es una conducta multifactorial para realizar este análisis se deben tener en cuenta factores biológicos y sociales como la edad en que se inician las relaciones sexuales, los embarazos, las Infecciones de Transmisión Sexual, incluyendo al VIH, así como las condiciones en general en que se encuentra la salud sexual en el país, también el entorno social en el que se desenvuelven las personas, la presencia o ausencia de los padres de familia y las fuentes de información a las que están expuestos los adolescentes (Juárez & Gayet, 2005; Secretaría de Salud, 2002).

La investigación de esta temática social se realizó por el interés de conocer los aspectos relacionados al comportamiento sexual de la población adolescente privada y no de la libertad, los cuales son grupos vulnerables al contagio del VIH debido a los cambios presentados debido a la etapa en la que están viviendo y por las condiciones de riesgo en que se encuentra la población recluida (Mariño, 2012; Rivas & Ortiz, 2013); además, la exploración pretende aportar resultados que brinden la oportunidad de mejorar los programas de intervención en salud sexual, dentro y fuera del ámbito penitenciario, incluyendo a los padres de familia en el tema de la prevención.

Para la realización de la investigación se visitaron una comunidad de tratamiento de adolescentes en conflicto con la ley y una secundaria pública del estado de México, lugares en donde se solicitó el consentimiento informado de los padres o tutores de los adolescentes para que pudieran participar en el estudio, posteriormente se aplicaron los instrumentos de evaluación a aquellos que decidieron colaborar; los participantes tardaron aproximadamente una hora en

contestar los instrumentos. El procedimiento de selección de participantes fue intencionado, 108 de ellos se encontraban privados de la libertad y 117 estaban libres, los grupos resultaron ser heterogéneos. Para el análisis de los datos recabados se utilizaron la prueba t para muestras independientes y la prueba chi-cuadrado.

Esto se realizó teniendo en cuenta que el objetivo general de la investigación fue analizar la percepción de apoyo, supervisión y comunicación familiar en las conductas sexuales, comunicación con la pareja y negociación del condón en adolescentes privados y no de la libertad, para proponer un programa de intervención en salud sexual que incluya a los padres de familia.

Teniendo en cuenta lo anterior, en el capítulo uno se aborda el panorama general de la salud sexual en México, cómo se le considera en la cultura mexicana, los servicios que se brindan en el país, así como la adolescencia y el inicio de la vida sexual y lo que esto conlleva: embarazos no planeados y abortos e Infecciones de Transmisión Sexual, qué son, tipos de infecciones, formas de contagio, datos estadísticos, su estado y su prevalencia en México.

El capítulo dos se centra en el Virus de Inmunodeficiencia Humana y en el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, esto debido al impacto que tuvo en la sociedad, ya que su prevalencia y mortalidad es mayor a la de otras infecciones generando la planeación de más estrategias de prevención en materia de salud sexual. Este capítulo aborda los antecedentes biológicos del VIH, datos de su prevalencia a nivel mundial y nacional, así como los estudios realizados sobre su contagio y tratamiento, además se abordan los contextos de riesgo asociados a su contagio, haciendo énfasis en las personas privadas de la libertad.

Finalmente, en el capítulo tres se presentan las estrategias de prevención del Virus de Inmunodeficiencia Humana en contextos considerados de riesgo y de protección, debido a que la salud sexual es una práctica multidimensional se muestran modelos de salud que promueven conductas sexuales seguras y se abordan factores sociales, familiares e individuales que pueden influir en las decisiones que toman los individuos en cuanto a su vida sexual.

1. LA SALUD SEXUAL EN MÉXICO.

El propósito de este apartado es proporcionar el panorama de la salud sexual en México, considerando que, Juárez y Gayet (2005) mencionan que la sexualidad es un tema a tratar desde diversos ámbitos y va desde lo político hasta lo educativo, ya que se deben tomar en cuenta factores biológicos, personales, institucionales y sociales para así generar políticas y acciones que lleven a preservar y promover la salud sexual de los individuos, evitando Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y embarazos en adolescentes.

Así pues, hablar de salud sexual, no es sólo hablar de relaciones sexuales, si no también considerar las características anatómicas y fisiológicas de hombres y mujeres (sexo), la expresión psicológica y social de estas características (sexualidad) y las construcciones culturales impuestas por la sociedad, es decir, ideas, valores y modos de actuar en referencia a este tema (género). Este último factor es fundamental, ya que cada individuo se expresa según la cultura y sociedad en la que está inmerso (Secretaría de Salud, 2002).

En conformidad con lo anterior, Campero, Atienzo, Suárez, Hernández y Villalobos (2013) mencionan que México es un país con el potencial para que sus habitantes puedan expresar su sexualidad como lo deseen, sin embargo, la gran variedad de valores culturales y sociales influyen en sobremanera en la valoración (la mayoría de veces negativa) que se tiene de la sexualidad y todo lo que conlleva: la prevención de infecciones, los derechos sexuales y la equidad de género; en este sentido, lo único que se valora de la sexualidad es su fin reproductivo y se llama a la abstinencia cuando se considera que la persona aún no está preparada para reproducirse.

Como consecuencia de la idea de que la sexualidad debe ser únicamente con fines reproductivos, se ha generado desinformación en la población sobre la salud sexual, ante esto, Juárez y Gayet (2005) mencionan la existencia de diversas asociaciones no gubernamentales, como Mexfam, AMES, Cora, e Imifap,

las cuales buscan mejorar la orientación y los servicios médicos para la población. De igual forma, instituciones públicas, como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Consejo Nacional de Población (CONAPO), la Secretaría de Salud, la Secretaría de Educación, el Instituto Mexicano de la Juventud, el Instituto Nacional de la Mujer y el DIF hacen lo propio para mejorar el panorama y proporcionar información y atención adecuada para que toda la población pueda expresar su sexualidad libremente y en todas las formas posibles (Juárez, Palma, Singh & Bankole, 2010).

De acuerdo con la Secretaría de Salud (2002, 2016) los derechos sexuales y reproductivos forman parte de las garantías individuales, siendo así que deba ser una preocupación del estado entender y atender aquellos factores que pueden beneficiar o perjudicar la salud sexual y reproductiva de la población. Como consecuencia, el estado mexicano propuso un modelo de atención integral en salud sexual y reproductiva para adolescentes, con el propósito de estandarizar conceptual y operativamente los esfuerzos de parte del gobierno y de las organizaciones de la sociedad civil para mejorar la salud sexual y reproductiva, mediante servicios de calidad dentro de un ambiente equitativo y con un enfoque en los derechos humanos.

A pesar de que diversos organismos, como la Secretaría de Salud, promueven acciones para que la población cuente con orientación e información sobre salud sexual, esto no se ve reflejado en el actuar del mexicano, debido a factores como la mala implementación de las leyes, la influencia de la religión, la atención únicamente a mujeres casadas o unidas, las diferencias demográficas y económicas y el bajo nivel escolar con el que cuentan personas que viven en zonas rurales o mujeres indígenas, por ejemplo (Campero, et. al, 2013).

Es necesario recalcar que en México se cuenta con un gran número de servicios médicos y educativos dirigidos a la promoción de la salud sexual (Juárez, et. al, 2010), pero, al no considerarse las diferencias económicas, demográficas, culturales y sociales que existen dentro del país, se generan muchas insatisfacciones en cuanto a las necesidades sexuales y reproductivas (Echarri,

2008). Lo anterior, impediría el objetivo del modelo enfocado a la salud sexual, el cual es, según la Secretaría de Salud (2014b), promover el respeto a los derechos sexuales y reproductivos, así como las conductas responsables, saludables e informadas en materia de sexualidad y reproducción.

A continuación, se abordará el inicio de la vida sexual en México, haciendo énfasis en el inicio temprano de las relaciones sexuales, punto que es fundamental poner en consideración ante el abordaje de las cuestiones de salud sexual planteadas.

1.1 Adolescencia e inicio de la vida sexual.

Para iniciar, cabe mencionar que, de acuerdo con Papalia, Wendkos y Duskin (2010) la adolescencia es un periodo de transición de la niñez a la adultez, la cual se ve permeada por el medio social; esta etapa de la vida ofrece la oportunidad de crecer física, emocional, cognoscitiva, social y sexualmente; siendo en muchos casos una etapa relativamente tranquila teniendo el apoyo necesario por parte de los padres, la escuela y la comunidad en general, cuando esto no ocurre los cambios que se presentan pueden generar dificultades para algunos y propiciar conductas de riesgo. Por esta razón, los autores mencionan que es importante el trabajo con los adolescentes y jóvenes pues, al estar en un periodo de cambios y no contar con las condiciones adecuadas para su desarrollo, son más propensos a tener conductas de riesgo como el inicio precoz de las relaciones sexuales, lo cual puede tener resultados negativos en la vida de los jóvenes, ya que no están preparados física, emocional y cognoscitivamente.

El siguiente apartado pretende poner en consideración las condiciones en las que se da el inicio de la sexualidad en México y las consecuencias que pueden tener las relaciones sexuales a temprana edad, así como los factores que influyen en realización o no de las mismas. Cabe mencionar que de acuerdo con Gayet y Gutiérrez (2014) la literatura no es clara en cuanto a qué edad se considera temprana para comenzar con la vida sexual y esto más bien se contextualiza de

acuerdo con el lugar y la sociedad por la que la persona este enmarcada.

En el caso de México, se puede notar un incremento en la población de menor edad con vida sexual activa, a pesar de que el inicio es más tardío que en otras naciones (Gayet & Gutiérrez, 2014), esto se puede percibir debido a que la brecha entre adultos y niños se está acortando, ya no se pasa por la adolescencia como un periodo de transición, más bien desde esa etapa se comienzan a realizar actividades consideradas de adultos, como las relaciones sexuales y los matrimonios (Jiménez, Pintado, Monzón & Valdés, 2009).

Además, Hirmas, González, Aranda y González (2008) mencionan que el que los padres y maestros no estén familiarizados con las temáticas en materia de salud sexual y reproductiva y que no se promuevan las mismas en los adolescentes provoca este desarrollo temprano, no sólo en el ámbito sexual; otro factor importante que influye en esta situación es la desinformación que pueden llegar a generar los medios de comunicación masiva, así como la misma población adolescente (Naranjo, Reyes, García, León & Naranjo, 2008). También puede deberse a cuestiones que ponen en riesgo la integridad de los niños y adolescentes, como lo es la coacción, la violación, matrimonios forzados o las necesidades económicas. A pesar de que el debut sexual puede presentarse en dos polos: ser muy satisfactoria u originar culpa e inquietud, es un hecho trascendental en la vida pues marca un cambio a nivel biológico y social en el individuo (Jiménez, et. al, 2009 & Welti, 2005).

Por ejemplo, en el ámbito social, hay una marcada diferencia en cuanto a lo que se espera de la vida sexual de hombres y mujeres, en los primeros lo adecuado sería que experimentaran su sexualidad antes del matrimonio para poder llegar con experiencia a él, pero en las mujeres socialmente se espera que no inicien su vida sexual si aún no están casadas, ya que lo correcto es llegar vírgenes al matrimonio (Jiménez, et. al, 2009). También existe una enorme influencia de la religión, en donde se culpabiliza y reprime la expresión de la sexualidad, generando culpa y negación de los impulsos sexuales (Welti, 2005).

En cuanto a los cambios biológicos que se viven al iniciar la vida sexual se

encuentran cambios físicos en hombres y mujeres y situaciones que pueden representar un mayor riesgo como los embarazos a temprana edad, los abortos, la probabilidad mayor de adquirir una ITS (Hirmas, et. al, 2008). De acuerdo con Naranjo, et al. (2008) esto podría tener menores índices de presencia si los adolescentes hicieran uso de los conocimientos que tienen sobre salud sexual, sin embargo, en la mayoría de los casos estos conocimientos no se ponen en práctica.

Es así que, Welti (2005) menciona que no hay datos que aseguren que el inicio de la vida sexual a edades tempranas es per se una situación que ponga en riesgo la integridad de los individuos, más bien habría que atender a las situaciones que rodean el inicio prematuro de las relaciones sexuales. Además, habría que tener en cuenta que el estudio de la sexualidad es reciente y la sociedad se está volviendo más permisible en este tema, así como la transformación de la visión de las etapas del ciclo vital.

Como se mencionó, el no contextualizar la salud sexual y reproductiva y el inicio temprano de las relaciones sexuales son factores que probabilizan la presentación de situaciones de riesgo como embarazos no deseados, abortos e ITS, situaciones que se revisaran en los siguientes apartados.

1.2 Embarazos no planeados y aborto.

A continuación, se presentan las consideraciones para abordar los embarazos no planeados y el aborto como problemáticas de salud pública, las cuales tienen un origen multifactorial, debido a que son una consecuencia de las malas operaciones realizadas en materia de salud sexual teniendo impacto en todos los ámbitos del individuo (Flores, Nava & Arenas, 2017).

Para iniciar habría que hablar de la consideración que se tiene de maternidad, concepto que, a pesar de ser un fenómeno multicausal, se aborda como algo natural en las mujeres y no como un constructo social, de ahí que sea importante en la sociedad que las mujeres quieran ser madres, siendo este un

factor que influye en el embarazo no planeado (Álvarez, Ortega & Castillo, 2016).

Además de lo anterior, Flores, et. al, (2017) resaltan que el abuso sexual, la carencia de una educación sexual adecuada, la familiarización con el embarazo a temprana edad, la deserción escolar, la falta de redes de apoyo y el consumo de drogas legales e ilegales, son otros factores que influyen en los embarazos no planeados; teniendo como consecuencia que las mujeres no estén preparadas afectiva, cognitiva, económica y psicológicamente, ocasionando problemas médicos y sociales, ya que en ocasiones el embarazo se descubre tardíamente, no hay un adecuado seguimiento y puede ocurrir un parto pretermino; aunado a esto, otros autores presentan la deserción escolar, las pocas posibilidades de conseguir un trabajo bien remunerado, el matrimonio forzado y los enormes gastos obstétricos, así como el rechazo familiar y el abandono del recién nacido, así como afectaciones para el neonato, las cuales pueden ser: bajo peso al nacer, retardo en el desarrollo e incluso la muerte fetal (Panduro, et. al, 2012).

No obstante, los planteamientos anteriores pudieran ser evitados si se tuviera un libre ejercicio de la educación sexual y la sexualidad, en donde todas las personas pudieran controlar su fertilidad mediante el acceso a métodos anticonceptivos eficientes, sumado a esto, el llegar a acuerdos con la pareja, el uso adecuado de los anticonceptivos y el acceso a la información verídica sobre los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos también son buenas pautas para tener conductas sexuales seguras que no influyan en el ejercicio libre de la sexualidad brindado por el estado (Langer, 2003; Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura UNESCO, 2017).

Conviene subrayar que desde 1974 se crearon leyes en México para que los pobladores pudieran decidir en materia de su salud sexual y reproductiva; así pues, se inició con servicios de atención gratuitos enfocados en la planificación familiar y prevención de infecciones, el gobierno se encargó de que todos estos servicios llegaran a todas las personas, sobre todo en zonas rurales (Juárez, Singh, Maddow & Wulf, 2013). Sin embargo, en 2017 Flores, et al. expresan que, a pesar de todas estas medidas, los factores sociales siguen siendo

predominantes en la no consideración de la información por parte de los expertos, ya que se prefiere hacer caso a la información brindada por amigos o por medios de comunicación masiva; además de que pareciera que se trata de un esquema generacional, ya que muchas de las chicas que son madres adolescentes, vienen de familias donde sus propias madres lo fueron (Panduro, et. al, 2012), hay que mencionar, que el embarazo no deseado puede ocurrir por situaciones como una violación, presión social o abuso por parte de la pareja estable, en estos casos se puede recurrir a la opción de abortar o dar en adopción al recién nacido; esta última alternativa brinda la posibilidad de, durante el proceso de embarazo, acercarse a una asociación encargada de brindar orientación para la búsqueda de una familia que desee adoptar al menor (Álvarez, et. al, 2016).

Aunando más en el tema del aborto, Langer (2003) refiere que es una alternativa que ha dado pie a un sinnúmero de discusiones, no sólo en México, sino en el mundo, debido a que aún existe un gran estigma y un gran número de detractores en torno al tema. Pero, el ser bien o mal visto no evita que ocurra, incluso en condiciones de clandestinidad que ponen en riesgo la vida de la madre, ya que puede generar enfermedades y problemas psicológicos e incluso la muerte en las mujeres que se lo practican; además de impactar de forma significativa en los recursos del sector salud.

Se debe agregar que, en México esta problemática ha sido calificada de diferente manera a lo largo del tiempo: en 1871 era considerado un delito contra las personas, en 1929 era un delito contra la vida, para 1931 era un delito contra la vida y la integridad corporal y solo se permitía si era imprudencial, si había existido una violación o si la madre corría peligro, en el 2000 se agregaron como permisiones la existencia de afectaciones físicas y mentales en el feto y si el producto era causa de una inseminación artificial no consentida, finalmente en 2004 se permitió que los servicios de salud pública y gratuita realizaran un aborto en un plazo no mayor a 5 días, a petición de la madre, bajo alguna de las situaciones anteriores y para el 2007 el aborto deja de ser penalizado en la Ciudad de México, siempre que se realice antes de las 12 semanas de gestación, este

hecho se convirtió en un referente importante en todo el país, generando inconformidad en algunos sectores de la población (Álvarez, et. al, 2016).

En contraste con los demás estados de la república mexicana, las interrupciones legales del embarazo realizadas en la Ciudad de México casi no presentan complicaciones, lo cual plantea la existencia de un enorme trabajo a realizar, que va desde mejorar la educación formal e informal en materia de salud sexual y reproductiva, mejorar el acceso a métodos anticonceptivos, hasta aumentar la calidad de los servicios abortivos y posaborto y su facilidad de acceso, esto con el fin de evitar situaciones que pongan en riesgo la vida de la mujer y del producto (Juárez, et. al, 2013).

En resumen, los párrafos anteriores expresan una falta de orientación en todos los ámbitos del individuo, lo cual puede generar situaciones de riesgo relacionadas con la salud sexual, por ello, se deben mejorar las estrategias de intervención para prevenir no sólo embarazos no deseados y abortos clandestinos, sino también impactar en la disminución de la prevalencia de ITS.

1.3 Infecciones de Transmisión Sexual.

Esta última parte tiene como propósito exponer algunos puntos sobre las ITS, las cuales son tan antiguas como los humanos mismos, por ejemplo, se han encontrado vestigios de que la sífilis es una infección que se conoce en América desde antes de la llegada de los españoles, la cual era característica de las mujeres que ofrecían servicios sexuales, siendo además, la única “enfermedad”, que se considera que se llevó de América a Europa; además, se conocen más de veinte microorganismos patógenos que pueden ser transmitidos por vía sexual, estos microorganismos (virus, bacterias, hongos, etc.) tienen como característica común infectar los órganos genitales de hombres y mujeres (Gayet, 2015; Leyva, 2008; Valdespino, et al., 1995).

Otro rasgo a considerar es que los agentes de las ITS tienen como único depósito al humano, contagiándose por contacto directo, a través de las relaciones

sexuales, transmisión perinatal y por vía parenteral; estos agentes suelen presentar periodos asintomáticos, razón por la cual son consideradas infecciones y no enfermedades, durante una infección se puede dar pauta a la aparición de otra infección, como es el caso de la hepatitis C y el VIH (Díez & Díaz, 2011).

A pesar de los esfuerzos en materia de salud sexual a nivel mundial y nacional, la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2016) reporta que cada año hay 357 millones de casos nuevos, en el mundo, de los 4 tipos de ITS más comunes, las cuales son sífilis con 5.6 millones de contagios al año, gonorrea con 78 millones, infección por clamidia con 131 millones y tricomoniasis de la cual se presentan 143 millones de contagios al año en el mundo; estas epidemias tienen un enorme impacto en la vida de niños, adolescentes y adultos, ya que pueden ocasionar muertes fetales y neonatales, cáncer, infertilidad, riesgo de VIH y consecuencias físicas, psicológicas y sociales.

Estos antecedentes ocasionan que, en México, las ITS sean consideradas un problema de salud pública en el cual se había priorizado la detección, el diagnóstico y el tratamiento, dejando de lado la prevención primaria, hasta que aparecieron virus incurables o de difícil tratamiento, situación que generó complicaciones en el diagnóstico y tratamiento de las infecciones y promovió la prevención primaria (Valdespino, et. al, 1995). Así se impulsó el uso de preservativos y la disminución de parejas sexuales como alternativas ante el riesgo de infectarse (Díez & Díaz, 2011).

Dada su prevalencia, la Secretaría de Salud y el IMSS han realizado estudios para conocer aspectos sexuales y conductuales de los individuos y así determinar posibles prácticas de riesgo. Sin embargo, los cambios realizados en aspectos como la educación, no son contundentes y no impactan en la población, debido a que se maneja el aspecto sexual separado de todos los demás (psicológico, económico, político, educativo, etc.) (Leyva, 2008). Aunado a esto, desde el panorama social, pareciera que en el discurso sexual la obligación de cuidarse, prevenir y planificar es de la mujer y hay poca participación por parte de los hombres, a pesar de que uno de los métodos más efectivos de anticoncepción

y prevención de ITS es el condón masculino. Esto genera un desinterés por parte de los hombres para cuidarse, a menos que se trate de una relación en donde se percibe propenso a contraer una ITS (Gayet, 2015).

En definitiva, la salud sexual y reproductiva en México tiene un gran número de factores que influyen en toda la dinámica, estos son sociales, psicológicos, biológicos, culturales, económicos e incluso políticos. La conducta de cada uno de los individuos se ve permeada por el entorno en el que habita, de ahí que en un mismo país existan diferencias en la expresión, en el conocimiento, en las actitudes y en las acciones que se toman relacionadas con los temas de salud sexual. Así pues, es importante que se tomen en cuenta estas diferencias para que los servicios por parte del gobierno y las instituciones no gubernamentales sean adecuados y eficientes y cubran las diferentes necesidades de la población en materia de salud sexual.

Para finalizar, cabe mencionar que el VIH/SIDA, es una de las infecciones que más influye en la planeación de estrategias de prevención en materia de salud sexual, esta infección tuvo tanto impacto en la sociedad que se le considera en un rubro individual, ya que su prevalencia y mortalidad es mayor a la de otras ITS (Valdespino, et. al, 1995).

2. EL VIH-SIDA. UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.

El Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es un problema a nivel mundial que es considerado la epidemia más extendida desde que se detectó por primera vez en 1981, afectando sobre todo a países subdesarrollados de África, donde se presenta el 64% de la carga de toda la enfermedad (Dávila, Gil & Tagliaferro, 2015; Juárez & Pozo, 2010; Massip, Massip & Arnold, 2014; Villaseñor, Caballero, Hidalgo & Santos, 2003).

De acuerdo con Oliva, Saavedra y Viñas (2009) el VIH/SIDA fue identificado en 1981, fecha a partir de la cual siguió un curso irreductible, ya para el 2005 la Organización de las Naciones Unidas (ONU) tenía registrados 3.1 millones de muertes, 4.9 millones de contagios nuevos y 40.3 millones de personas viviendo con VIH/SIDA, resaltando que 2.1 millones de estos casos eran jóvenes menores de 15 años (Domínguez, Verdugo, Gaitán, Sánchez & Valles, 2011). Ramos, Rico, Martínez y Benavides (2011) reportan que en el 2006 se contaba con un total de 2 millones de defunciones en el mundo. En 2008, la ONU reconocía que el VIH/SIDA seguía siendo una problemática a nivel mundial, ya que en 25 años se fue propagando de unas cuantas zonas problema a todo el mundo (Velásquez & Bedoya, 2010). Recientemente, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [ONUSIDA] (2018) menciona que a nivel mundial se cuenta 36.9 millones de personas viviendo con VIH, teniendo también 490000 muertes a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA.

No sólo se considera una epidemia y un problema de salud a nivel mundial por sus altos niveles de incidencia, sino también porque representa problemas a nivel salud, social, histórico, político e ideológico (Araújo & Menicucci, 2008). Estos factores también fungen como determinantes de riesgo de contagio de VIH/SIDA, por ejemplo, en los adolescentes hay factores conductuales, psicológicos, sociales, biológicos e institucionales que pueden influir y ser influidos en esta situación, de ahí que sea necesario que los individuos se apropien de

conocimientos, actitudes y valores que les sean funcionales para la vida en relación (Sagaró del Campo, Gómez, Moraga & García, 2014).

Además de los adolescentes, Oliva, et al. (2009) hablan de que los migrantes, los homosexuales, los consumidores de drogas intravenosas, los grupos étnicos, las mujeres y las niñas pueden verse impactados por la infección, lo cual tiene como consecuencia situaciones de discriminación e irrespeto a los derechos humanos, ya que de un inicio se trata de grupos segregados a quienes se les pretende aislar por tener practicas no aceptadas socialmente, sobre todo en el caso de homosexuales y consumidores de droga (Cuadra, Leyva, Hernández & Bronfman, 2002).

Teniendo en cuenta que se trata de una situación multifactorial, la globalización puede ser un factor positivo o negativo en el VIH/SIDA, dado que la respuesta que cada país da puede reafirmar su poder y autonomía, aunado a esto se puede apreciar el trabajo en conjunto del sector salud con el financiero o el de comercio, en pro de un avance en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas con VIH/SIDA (Torres, 2006).

A pesar de los esfuerzos mundiales en cuanto a prevención de VIH/SIDA, ningún programa educativo es capaz de avalar el cambio de comportamiento luego de proporcionar información sobre los riesgos que este conlleva, de ahí que en cuanto a comportamiento sexual la situación sea doblemente complicada, dado que se trata de una conducta biológica y condicionada socialmente que además implica la modificación de creencias, lo cual genera que sea un actuar muy resistente al cambio sobre todo si únicamente se hace uso de información (Magaña, Batista, Blair & Mata, 1992). Por esto es preciso tener conocimiento del historial de la infección, abarcando las formas de transmisión, la sintomatología, su evolución y tratamiento.

2.1 Antecedentes del VIH-SIDA.

El VIH es una infección que afecta el sistema inmunológico de los humanos y

ataca principalmente las células CD4, un tipo de glóbulo blanco, lo cual genera que el organismo se quede sin defensas suficientes para hacer frente a otras enfermedades. El virus puede transmitirse por contacto sexual (vaginal, oral o anal), por la sangre (transfusión o uso compartido de jeringas) o de la madre al hijo (circulación sanguínea compartida o leche materna). Después de la adquisición del VIH hay 3 fases claramente definidas: periodo inmediato posterior, periodo prolongado de silencio clínico y fase de destrucción del sistema inmune (Gaviria, Quiceno, Vinaccia, Martínez & Otalvaro, 2009; Sagaró del Campo, et. al, 2014; Villaseñor, et. al, 2003).

Autores como Dávila, et al., (2015) y Gaviria, et al., (2009) mencionan que durante el periodo inmediato posterior algunas personas pueden presentar síntomas como fiebre, dolor de cabeza o cansancio, en la segunda fase aparentemente no hay síntomas y en la última fase es donde la infección tiene como consecuencia el SIDA, en esta fase los síntomas iniciales son más duraderos y se caracterizan por fiebre, pérdida de peso, cansancio extremo, diarrea, ganglios inflamados y mareos. Ya que el sistema inmunológico se ve involucrado, el individuo corre el riesgo de contraer cualquier enfermedad inoportuna que le ocasiona la muerte.

A lo largo del tiempo se han desarrollado terapias antirretrovirales de gran actividad ayudando a que la evolución de la infección se retrase y las personas puedan tener una vida normal, el uso de esta terapia ha demostrado la supresión de la carga viral hasta niveles indetectables, un mejor estado clínico y la disminución de la mortalidad (Gaviria, et. al, 2009; Juárez & Pozo, 2010; Sagaró del Campo, et. al, 2014); sin embargo, la terapia antirretroviral representa un alto costo en la atención a esta población (Alarid, Sosa, Fernández & Galárraga, 2013).

Lo anterior hace que el SIDA sea categorizado como una enfermedad crónica multifactorial, lo cual indica que no solo se afecta el funcionamiento fisiológico, sino también el estado emocional y mental, lo social, lo cultural y lo económico (Gaviria, et. al, 2009). Debido a esta naturaleza multifactorial y al alto

costo de la terapia antirretroviral, se ha elaborado acuerdos para mejorar el acceso a programas eficaces en materia de prevención, a pesar de esto las consecuencias sociales y económicas han sido devastadoras (Massip, et. al, 2014). Según Domínguez, et al., (2011) estas consecuencias afectan a la población en general y a poblaciones vulnerables como los menores de 15 años.

Se considera que los jóvenes y los adolescentes son una población vulnerable ya que están rodeados de factores de riesgo como el inicio temprano de las relaciones sexuales, el consumo de sustancias como el alcohol o el tabaco, un menor nivel socioeconómico, las normas sociales, la opinión de compañeros, la percepción del control y sobre todo el escaso conocimiento sobre las ITS y el VIH (Catacora & Villanueva, 2007; Ramos, et. al, 2011).

Lo anterior puede influir en el desarrollo como resultado de la desinformación, quedando claro que la educación es fundamental para tratar el problema del VIH/SIDA, siendo la promoción de la información una manera adecuada para que los adolescentes estructuren un comportamiento sexual saludable, que no implique prácticas machistas y que sea una expresión afectiva, erótica y placentera (Araújo & Menicucci, 2008).

Para que la información sea de verdad efectiva es preciso que se adecue al contexto en el que se encuentran los individuos, por ello se deben tener en cuenta las condiciones de la población a la que se pretende informar, ya que hay diferencias en cuanto a la forma en que se ven y se viven el VIH y el SIDA alrededor del mundo.

2.2 El VIH-SIDA en el mundo.

Como se mencionó, el VIH/SIDA es un problema a nivel mundial, en donde diversos organismos como la OMS y las comunidades europeas han generado esfuerzos a favor de las personas que viven con el virus (Cuadra, et. al, 2002); la mayoría de afectaciones está concentrada en países en vías de desarrollo, siendo Centroamérica la segunda región en el mundo donde más se presentan casos

desde que el virus apareció en 1980 (Villaseñor, et. al, 2003). Durante el 2010 se estimaba que 11.8 millones de jóvenes estaban infectados de VIH en la región de América Latina y el Caribe, se valoraba que sólo una parte de la población infectada tiene conocimiento de ello (Velásquez & Bedoya, 2010). Durante 2011 la OMS registro en América Latina 200000 nuevos casos, principalmente en Argentina, Brasil y Colombia (Domínguez, et. al, 2011). Para 2013, en el reporte de ONUSIDA se registraban 35 millones de personas con VIH y 1.6 millones de muertes por SIDA a nivel mundial, mientras que en Latinoamérica había 1.6 millones de casos con VIH y 47 mil muertes por SIDA; en el reporte realizado en 2014 había 174564 casos de SIDA y 9573 nuevos casos de VIH (Osorio, Álvarez, Hernández, Sánchez & Muñoz, 2017).

Dentro del informe de ONUSIDA del 2018 se estableció que a nivel mundial en 2017 vivían 36.9 millones de personas con VIH, hubo 1.8 millones de personas que contrajeron la infección, de estas 95% fueron en Europa Oriental, Asia Central, Oriente Medio y África Septentrional y un total de 490000 muertes a causa de enfermedades relacionadas con el sida. Del total de la población con VIH, tres de cada cuatro personas conocían su condición y 21.7 millones tenían acceso a la terapia antirretroviral, de estas cuatro de cada cinco habían logrado la supresión viral.

En todo el mundo se han realizado una enorme serie de estudios sobre los diversos factores que se ven involucrados en la dinámica del VIH/SIDA, sobre todo en aquellos países donde el índice de aparición es mayor, ejemplo de ello son países de América Latina y el Caribe como Cuba, Costa Rica, Nicaragua, Panamá, Chile, Bolivia, Argentina, Brasil, Colombia y México, en los últimos cuatro países mencionados se encontraban dos tercios de la población infectada de VIH/SIDA durante el 2010 (Velásquez & Bedoya, 2010).

Un ejemplo de lo realizado en algunos de los países ya mencionados es el trabajo que se lleva a cabo en Cuba por Massip, et al. (2014), en donde los resultados permiten vislumbrar que la prevalencia del VIH es mayor en el grupo de 30 a 39 años de edad, personas con nivel preuniversitario y con orientación

homosexual/bisexual, observándose también una tendencia masculino/femenino de 5:1; a pesar de esta tendencia algunos autores mencionan que el riesgo de infectarse de VIH/SIDA es mayor en las mujeres debido a factores biológicos, sociales y económicos (Oliva, et. al, 2009), otro aspecto lo explican Alegret, Grau y Rodríguez (2008), y se trata de que el impacto del virus es mayor en zonas más urbanizadas, con más aflujo de gente, industrializadas y más cerca de la capital del país; en cuanto a la información que tiene la población sobre el VIH/SIDA, los datos indicaron que los que poseen mayor información son los médicos, sin embargo, en cuanto a las creencias y las definiciones los puntajes son igualmente bajos en población lejana o no al sector médico, esto implica que no existe una diferencia en cuanto al nivel escolar o la ocupación ya que la información se obtiene más bien de medios de difusión como la televisión o el internet (Sagaró del Campo, et. al, 2014).

Igualmente, Perú es un país en donde se han realizado estudios sobre el VIH/SIDA, por ejemplo, se han explorado las opiniones y creencias sobre el comportamiento sexual de riesgo y transmisión en pacientes con VIH/SIDA, en donde los participantes afirman un cambio en su estilo de vida luego de comenzar la terapia antirretroviral, regresando a su estilo de vida anterior a contraer la infección, lo cual implica tener relaciones sexuales sin protección, aumentar el número de relaciones sexuales y tener relaciones sexuales de tipo oral y anal; estos datos apuntan a la necesidad de prevención secundaria con población seropositiva, ya que no se tiene la suficiente información luego del diagnóstico y esto genera creencias que perpetúan la infección (Juárez & Pozo, 2010).

Además de aspectos relativos a los ámbitos social, psicológico y de la salud, existen declaraciones de derechos humanos, pero los países las ponen en práctica (o no) de diferentes maneras: en Honduras y Panamá las leyes tienen aún una obligatoriedad moral más que peso jurídico; en países como Nicaragua, Guatemala y Costa Rica la ley aborda el concepto de personas viviendo con VIH/SIDA, así como la otorgación de terapia antirretroviral como un derecho. En este sentido, el análisis de las leyes hace que se vuelva urgente la discusión social

en torno a derecho de tratamientos médicos, ya que, aunque algunas abordan temas que evitan la discriminación y el estigma, aún hay mucho camino que recorrer en cuanto a la correcta aplicación de las normas y leyes en cada país y el trato moralista que aún se está dando al intentar aplicar estas leyes (Cuadra, et. al, 2002).

No sólo se han realizado estudios a nivel país, sino que también se han elaborado comparaciones entre los países de Latinoamérica, baste como muestra los realizados por Torres, Reynaldos, Lozano y Munguía (2010) y por Alarid et al., (2013), los cuales tenían por objetivo comprender las dimensiones culturales del VIH/SIDA en adolescentes pertenecientes a Bolivia, Chile y México; y comprobar los beneficios de la prevención en migrantes en regiones de alta vulnerabilidad de Nicaragua, Guatemala, Honduras, El Salvador y Panamá, respectivamente. En ambos estudios resaltan las variaciones en cuanto a la conceptualización que cada país le da al VIH/SIDA, los cuales van desde la relación del VIH/SIDA con dolores físicos y abandono psicológico, hasta el uso de la muerte como prevención contra la infección; resulta importante en todos los ámbitos la prevención de conductas de riesgo para evitar el contagio de VIH/SIDA, ya que, a largo plazo, estos gastos son menores que los del tratamiento de la infección.

Como se afirmó, se tiene una consideración diferente sobre el VIH/SIDA en cada país; estos han lidiado con la epidemia de la manera más acorde a la evolución de la misma y a las necesidades presentadas por su población, siendo México uno de los países de Latinoamérica que más acciones tomó ante la infección.

2.3 El VIH-SIDA en México.

Se estima que el VIH/SIDA llegó a México en 1983, aunque, debido a la evolución de la infección, pudo haber sido introducido desde 1970 (Villaseñor, et. al, 2003), a partir de esto, en 1986 se conformó el CONASIDA, organismo encargado de atender los criterios para el diagnóstico, la atención y la prevención del VIH/SIDA,

este consejo dependió de otros organismos hasta 1991 donde se le asignaron recursos federales como miembro de la Secretaría de Salud (Magis, Rivera, Gasca & Gutiérrez, 2005), así, los primeros gastos fueron dirigidos a la vigilancia epidemiología y a atender a las personas que viven con VIH/SIDA y en 1996 se controló la evolución del virus gracias a la aparición de los antirretrovirales (Rivera & Magis, 2007).

A pesar de los esfuerzos realizados, para 2006, México ocupaba el tercer lugar de incidencia en Latinoamérica y el Caribe, con un porcentaje de 99.7% (Ramos, et. al, 2011), en ese mismo año había en el país cerca de 160 mil casos de personas viviendo con VIH y 90 mil viviendo con SIDA, la mayoría eran parte de grupos como homosexuales, bisexuales, mujeres y niños (Torres, 2006). Para 2007, se creó el programa JUVENIMSS, el cual estaba dirigido a la prevención de conductas de riesgo en jóvenes y adolescentes (Olvera, Moreno & de la Garza, 2015), sin embargo, a partir del 2009, el país se posicionó en el segundo lugar de incidencia de VIH/SIDA en Latinoamérica (Zapata, González & Rangel, 2014).

Actualmente, el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (2018) notificó en su segundo informe trimestral, un total de 79,223 casos de SIDA de los cuales, 81.2% de casos han sido notificados en hombres y 17.9% en mujeres; de 76,053 casos de VIH registrados en este informe, 77.1% pertenecen a hombres, mientras que 22.9% corresponden a mujeres. Además, se registraron un total de 433 casos de SIDA en jóvenes de 15 a 24 años de edad, durante el 2018; la mayoría de casos de SIDA presentados en 2018 fueron transmitidos por vía sexual, esto es 2502 casos. También se tienen un total de 4183 casos registrados como Seropositivos a VIH; aunado a esto se presentaron, en el 2017 un total de 4265 defunciones por SIDA.

En cuanto a la mortalidad por SIDA, Vázquez, Mercadillo y Celis (2011) describen que el comportamiento muestra dos etapas de 1991 a 1995 y de 1995 a 2009, la primera se caracteriza por un crecimiento de casi el doble de casos mientras que la segunda hay una reducción a la mitad de muertes, esto pudo deberse a la introducción de la terapia antirretroviral; durante estos periodos la

afectación es mayor en el sexo masculino habiendo nueve muertes de varones por cada mujer; en cuanto a los grupos de edad las afectaciones fueron en la población de 25 a 64 años.

Hay diversos factores que inciden en que México sea un país con alta presencia de VIH/SIDA, uno de ellos es la migración, esto se aprecia gracias a estudios que afirman que países cercanos a las fronteras, tanto sur como norte, son los que tienen mayor presencia de nuevos casos de VIH/SIDA, estados como Yucatán, Quintana Roo, Campeche, Tabasco, Oaxaca, Chiapas, Baja California, Chihuahua, Nuevo León, Sonora, Tamaulipas y Coahuila (Osorio, et al., 2017; Zapata, et. al, 2014).

Otro aspecto importante es el que compete al entorno social, este influye en gran medida la vida de los individuos, antes y durante la infección, en el caso de México existe una red de apoyo familiar que no es muy clara, debido a que se estima que este apoyo esta permeado por sesgos y creencias subjetivas sobre la enfermedad y principalmente por su transmisión; las familias de las personas infectadas se ven obligadas a apoyar debido al vínculo sanguíneo que se comparte, sin embargo también se hacen presentes actos de interés donde la ayuda es más bien esperando un beneficio propio; el apoyo recibido puede ser en pro o en contra de la infección y tener un gran impacto en las condiciones de vida de la persona infectada, ya que en muchas ocasiones la familia ve la enfermedad como un castigo divino del cual no queda más que resignarse (Castro & Orozco, 1997).

Además del entorno social, el de la salud también impacta de forma considerable a las personas con VIH/SIDA, así pues, Infante, et al. (2006) mencionan que en algunos casos los proveedores de salud conjuntan creencias, mitos, emociones y pautas culturales con sus conocimientos científicos, promoviendo e institucionalizando la existencia de estigmas y discriminación a partir de conductas como la negación de servicios médicos, el aplazamiento de citas médicas, el señalamiento a partir de los expedientes y la realización de pruebas de VIH sin consentimiento y a partir de la percepción de que se trata de

una persona en riesgo de tener la infección; todo esto es resultado del sistema social en el que se vive, donde aquella persona infectada es culpable de su situación debido a sus prácticas moralmente rechazadas.

Se debe agregar que todas las campañas realizadas por el sector salud se han concentrado en mejorar el conocimiento objetivo de los adolescentes y jóvenes en relación con la definición de VIH/SIDA y su transmisión, sin embargo, esto no impacta del todo en las actitudes, creencias y conductas de los jóvenes, quienes continúan perpetuando prácticas de riesgo como las relaciones precoces, no usar condón y el uso de drogas, además de que la educación sexual es dirigida en mayor medida a los varones (Villaseñor, et. al, 2003).

Todavía cabe señalar, que no sólo la población de adultos y jóvenes se ven afectados por la infección, también hay casos de niños y bebés quienes fueron contagiados por vía perinatal, un ejemplo de esto fue que en el periodo 1983 a 2005 se dieron 97 casos, el tener VIH/SIDA implica toda una serie de padecimientos si no es tratado como se debe, para ilustrar esto se tiene el trabajo de Domínguez, et al., (2011), quienes realizaron una evaluación de la salud bucal de niños que habían sido contagiados perinatalmente de VIH/SIDA, los pacientes con VIH presentaron una menor cantidad de caries que aquellos que tenían SIDA a pesar de que ambos grupos contaban con una buena higiene bucal; de ahí que también sea primordial generar programas de intervención para que los odontólogos sean capaces de brindar la atención debida a este tipo de lesiones.

Otros aspectos que se ven inmersos en la temática son el económico y el político, a través del primero se han realizado diagnósticos epidemiológicos de cosas de SIDA, de la prevalencia de VIH y personas que viven con VIH/SIDA, se describieron acciones de prevención, las cuales se enfocaron en estrategias dirigidas a hombres que tienen sexo con hombres, personas privadas de la libertad, actividades relacionadas a mejorar el manejo de la sangre, el suministro de condones y la transmisión vertical, a partir de esto se calculó que el gasto de 1997 al 2005 ascendió de 89.7 a 271.9 millones de dólares (Rivera & Magis, 2007).

2. 4 Contextos de riesgo asociados al VIH/SIDA

Para que el desarrollo de los adolescentes sea saludable y positivo se debe contar con relaciones de apoyo con los padres, la escuela y la comunidad en donde se desenvuelven. Sin embargo, cuando no se tienen estas relaciones, y más bien hay una crianza ineficaz, influencia negativa de los pares y del lugar en donde viven, y baja posición económica, es decir, cuando los adolescentes se encuentran inmersos en contextos de riesgo, son más propensos a tener patrones de conducta como beber alcohol, consumir drogas, pertenecer a pandillas, usar armas de fuego y tener actividades sexuales a temprana edad y sin protección, estas conductas son consideradas de riesgo (Papalia, et al., 2010) y también están permeadas por diferentes situaciones sociales como las crisis económicas, el deterioro de las condiciones de vida y de trabajo, las desigualdades sociales y la inequidad económica (Cardozo & Alderete, 2009).

Un ejemplo de las situaciones de riesgo que están influidas por escenarios como la inequidad económica y la crisis, es el presentado por Alarid, et al. (2013) quienes hablan de la realidad que viven grupos poblacionales como los migrantes, ya que, al estar buscando mejores condiciones de vida pasan por situaciones como la falta de atención y acción ante sus necesidades básicas como la alimentación, la vivienda digna y por supuesto, el cuidado de su salud física, emocional y sobre todo sexual, llegando a ser víctimas del comercio sexual; debido a esto se considera que los migrantes son una población de alto riesgo ante los contagios de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA. A pesar de las acciones realizadas para hacer frente a esta problemática, no se ha logrado mejorar la situación, ya que las acciones son poco coordinadas e insuficientes.

Aunado a esto, el VIH/SIDA es un problema considerado de otros, enmarcado por la desigualdad social y sexual y un déficit de educación, en donde, las mujeres de países en vías de desarrollo son más proclives a contraer la infección y es más alta la probabilidad de que contagien a sus descendientes,

mientras que los jóvenes se ven afectados debido a que no son libres de ejercer su sexualidad de manera responsable y placentera, ya que no tienen información sobre sus derechos sexuales y reproductivos (Velásquez & Bedoya, 2010), llevándolos a realizar conductas sexuales de riesgo como el sexo casual, la actividad sexual sin protección o bajo el influjo de alguna sustancia nociva, tener múltiples parejas sexuales y el inicio temprano de las relaciones sexuales, también bajos niveles de asertividad sexual y autoeficacia son indicadores de riesgo (Osorio, et al., 2017).

Además de los migrantes, las mujeres y los jóvenes, otro contexto de vulnerabilidad es aquel en donde se encuentran las personas indígenas, debido a que son personas consideradas como marginadas y que viven en situación de desigualdad, lo cual, tiene como resultado el poco acceso a servicios médicos y educativos, asimismo, su organización y sus interacciones influyen en su comportamiento, ya que son diferentes al del resto de la población perteneciente a la cultura ibérica (Betancourt & Pinilla, 2011). Otros ámbitos que se consideran de vulnerabilidad son aquellos en donde se desarrollan los hombres que tienen sexo con hombres y las personas que ofrecen servicios sexuales, esto debido a que en ocasiones se tienen conductas sexuales de riesgo las cuales pueden implicar sexo anal u oral, sexo sin protección y el tener múltiples parejas, además de que están expuestos a situaciones de violencia por motivo de discriminación (Suárez, Niño, Sepúlveda & Vesga, 2008).

De igual modo el contexto carcelario es denominado de riesgo, ya que, las personas privadas de la libertad deben vivir en condiciones impuestas que, en muchas ocasiones, pasan por alto el estado de salud de los internos, permitiendo que, además, se realicen actividades como el sexo sin protección, uso de jeringas sin esterilizar y realización de tatuajes sin el equipo adecuado, situaciones que comprometen a las personas dentro y fuera de la institución penitenciaria y generando un mayor interés hacia esta población.

2.4.1 Personas Privadas de la Libertad.

Como ya se mencionó, los contextos de riesgo también están asociados a conductas como el consumo de drogas, el uso de armas de fuego y la pertenencia a pandillas, situaciones que pueden llevar a que las personas comenten delitos e ingresen a ambientes como el carcelario (Schifter, 2001), estas manifestaciones de violencia son un problema de salud pública, ya que son producto de factores sociales (ambiente escolar y amistades), familiares (situaciones de violencia en la familia) e individuales (personalidad antisocial y síntomas psicósomáticos) (Herrera, Ampudia & Reidl, 2013).

La población conformada por adolescentes y jóvenes es la más vulnerable a cometer actos delictivos, sobre todo aquellos que vienen de familias con escasos recursos económicos, reportan maltrato familiar, tienen al menos a un miembro de su familia con antecedentes delictivos, reportan trabajos informales anteriores a delinquir y estar afiliados a alguna pandilla y consumen drogas. Esto representa un gasto social y económico, que afecta a la sociedad en general dada su naturaleza multifactorial (Salazar, Torres, Reynaldos, Figueroa & Araiza, 2011).

Con respecto a las acciones que se han tomado para atender los casos de delincuencia juvenil en México, Vázquez (2012) menciona que fue hasta 1965 que se decidió establecer lugares para menores infractores, llamados tutelares, pasando a manos del estado la tarea de corregir y atender a los jóvenes, quienes en su mayoría tenían entre 15 y 17 años, con un bajo nivel de escolaridad, comparado con su edad, y que cometían delitos como allanamiento de morada, daños a la propiedad ajena, homicidio calificado, delitos contra la salud, robo, privación ilegal de la libertad y lesiones; esto denota una población con signos de exclusión social.

A pesar de las acciones que se han tomado en México en cuanto al manejo de los tutelares para menores, este sigue siendo un ambiente con factores que propician comportamientos de riesgo, tales como la aglomeración, el ambiente violento, de tensión, miedo, desinformación, ausencia de sanidad adecuada, uso

compartido de jeringas no esterilizadas, relaciones sexuales no protegidas, ni consensuadas y tatuajes con equipo no estéril. Esto provoca que la población privada de la libertad (PPL) presente tasas más altas de ITS, como el VIH y otras enfermedades (Cárcamo, et. al, 2003).

Aunado a esto la PPL se presenta como minoritaria, marginada y estigmatizada, de la cual se desconocen las condiciones de salubridad y la atención médica que se brinda, ignorando que el hecho de estar en un ambiente carcelario no les niega el derecho a demandar servicios de salud dignos, que protejan su integridad. Así pues, el contexto se vuelve altamente vulnerable a ITS y VIH, debido a que no se les brinda información de salud sexual, ni métodos de planificación familiar (Rivas & Ortiz, 2013) y la población inmersa cuenta con niveles educativos bajos y con muchos mitos asociados al VIH (Mariño, 2012).

Teniendo en cuenta lo anterior y que, la PPL es una población que desde antes de ser recluida sufre de marginación y estigmatización Schifter (2001) menciona la importancia de hablar de la prevención de enfermedades e infecciones en general y de la prevención de VIH en particular, ya que, es una población que en algunos casos llega a abandonar la reclusión y reintegrarse a la sociedad.

De modo que, el brindar información a la PPL es el primer paso para la prevención, permitiendo que la población identifique los riesgos de contraer VIH, incluyendo, además, la influencia del ambiente en las conductas y conocimientos de salud sexual que cada individuo posee, esto refiere al trabajo en conjunto de instituciones, como el mismo centro penitenciario, los padres, los amigos y la comunidad en general (Sánchez, Enríquez & Robles, 2016).

Un ejemplo de esta integración a favor de la prevención es el trabajo elaborado por Paredes y Colomer (2000), quienes realizaron una evaluación en un centro penitenciario con el fin de que cada participante aportara formas de prevención del VIH/SIDA en ese ambiente, la información se obtuvo mediante un foro comunitario e iba dirigida de los internos al personal administrativo, de salud y a otros internos y constaba de propuestas sobre lo que se debería de abordar al

hablar de información, educación, consumo de sustancias, uso de jeringas, uso del preservativo y atención profesional y tratamiento. Estos datos fueron utilizados para elaborar un programa de prevención, el cual promueve la empatía y comprensión del problema en un sector específico.

Otro programa enfocado en la prevención del VIH es el desarrollado por Martínez y Aledo (2003), quienes tenían como objetivo la formación global sobre la prevención del VIH por medio del entrenamiento en habilidades de comunicación, la disminución del riesgo de evolución a la fase sintomática del SIDA, la evitación de la transmisión del virus, el favorecimiento de las relaciones familiares y sociales y el uso de las actividades físico-deportivas para favorecer el desarrollo integral. Este programa no sólo se enfoca en la prevención primaria, sino que también hace hincapié en la prevención cuando la persona ya tiene el virus, haciendo que disminuya la transmisión de la enfermedad y se mejore el estilo de vida de las personas infectadas.

En síntesis, el VIH/SIDA es multifactorial, es decir, factores como el económico, el social, el político, el cultural, el educativo, el psicológico y el biológico influyen en la aparición de la infección; y a su vez estos factores se ven afectados por la aparición de esta infección. Ante su aparición se han tomado medidas a nivel mundial y nacional logrando disminuir su prevalencia en los últimos años, estas medidas abarcan desde la introducción de la terapia antirretroviral hasta la integración de la información sobre salud sexual en los libros de texto; sin embargo, estas acciones no toman en cuenta las diferencias entre la población mundial y nacional en cuanto al nivel socioeconómico, el nivel educativo o el contexto en el que habitan, siendo este último de gran importancia, dada la prevalencia de contextos de riesgo, como el penitenciario, que propician la aparición del VIH, así como sus complicaciones y su evolución a SIDA.

3. PREVENCIÓN DEL PROBLEMA DE VIH-SIDA.

Los procesos de prevención constituyen prácticas complejas, sobre todo tratándose de temas como la salud sexual, esto debido a que se trata de prácticas multidimensionales y que tienen sentidos ambivalentes y contradictorios que involucran las variables históricas, sociales y culturales en las que está inmerso el individuo y además la organización de identidades y los roles de género, las relaciones de poder y las asimetrías sociales. Debido a esto, la prevención del VIH/SIDA no puede considerarse de manera aislada y debe abarcar más allá de la información en materia de salud sexual que pueda obtener el individuo, teniendo en cuenta temas como las relaciones sociales y los estereotipos atendiendo al modo de vida de cada individuo (Grimberg, 2002).

De acuerdo con lo anterior, la Secretaría de Salud (2008; 2014b) menciona que la prevención sigue siendo la principal herramienta para la reducción del impacto del VIH a nivel internacional y nacional, esto gracias a la intervención de organismos gubernamentales y no gubernamentales, quienes hacen uso de las nuevas tecnologías y de recursos para proponer acciones, proyectos y programas dirigidos a la adquisición de conocimientos, el desarrollo de habilidades, la reorientación de la salud, el reforzamiento de la acción comunitaria, la creación de ambientes favorables y la implementación de políticas públicas; esto bajo un marco de derechos humanos, perspectiva de género, reducción del estigma y la discriminación, la pertinencia cultural y la corresponsabilidad.

Además, la prevención es la clave para reducir las tasas de infección, poner fin a los estigmas, informar e informarse, poner en práctica habilidades para la vida en general, facilitar los servicios de salud, promover el asesoramiento y las pruebas de VIH, así como para la creación de entornos seguros y positivos, incluyendo la comunicación con los padres, las creencias espirituales y las esperanzas y proyecciones a futuro; como ejemplo de esto existen programas como “Tú decides” y la propuesta de prevención integral de las ITS/VIH/SIDA en

jóvenes y adolescentes de Quibdó, los cuales evidencian que, involucrar a las personas en las estrategias de prevención reduce mitos, estigmas, discriminación y aumenta su impacto (Velásquez & Bedoya, 2010).

Para que la prevención sea efectiva se deben abarcar tres factores: el biomédico (distribución de insumos, tratamiento preventivo, detección temprana), el comportamental (cambio individual y social) y el estructural (leyes y políticas); además, deben estar dirigidas a la población en general y a sectores vulnerables como hombres gay y hombres que tienen sexo con hombres, personas transgénero, personas con VIH, personas usuarias de drogas inyectadas, personas trabajadoras sexuales, adolescentes y jóvenes, mujeres y personas privadas de la libertad (Secretaría de Salud, 2008; 2014a).

Debido a que la prevención es primordial, la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2012) menciona que se debe capacitar a los encargados de los servicios de salud para que brinden la atención adecuada antes, durante y después de la presentación de conductas de riesgo en los sectores de la población más propensos a presentarlas, como los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero, esto debido a que son un grupo propenso a sufrir discriminación incluso por parte del personal médico y de servicios de salud en general. Ante esto la misma organización brinda un manual que considera aspectos como la atención médica y el trato digno a la población propensa a padecer VIH/SIDA, atendiendo a los marcos legales y políticos dirigidos a esta labor.

En cuanto a la prevención en ambientes como el carcelario y con PPL, la ONU (2013) por medio de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y de ONUSIDA menciona que la PPL es una población de transición y que la mayoría se encuentra ahí de manera preventiva, siendo así que en gran parte de los casos los individuos regresen a sus comunidades de origen en pocos años o incluso meses; además, dentro de este ámbito la prevalencia del VIH es de 2 a 10 veces mayor que en la población en general, siendo aún más riesgoso porque se afecta a los reclusos, sus familias, las personas que trabajan

en prisiones y la comunidad en general cuando salen de reclusión. Por esto, es necesario generar programas de prevención, tratamiento y atención del VIH en los centros penitenciarios, teniendo siempre en cuenta los derechos humanos de las personas que habitan y laboran en estos lugares.

Un ejemplo de programa en donde se trabaja el tema del VIH con PPL, es el brindado por Diaco y Sadi (2010), quienes presentan las respuestas al VIH en los servicios penitenciarios de Buenos Aires, Argentina; este programa fue desarrollado desde el trabajo de diversas organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, llegándose a acuerdos en donde se promovía la participación de personal del ministerio de justicia, de salud y de la sociedad civil y se proponía, en contextos de encierro, el trabajo educativo, la distribución de lubricantes y condones, el trabajo en diversidad sexual, la sensibilización del personal penitenciario, garantizar las visitas íntimas, la realización de pruebas de VIH al entrar y salir de prisión, trabajar en los problemas de sobrepoblación y mejorar la calidad de vida de las personas con VIH reclusas.

En síntesis, la prevención es una de las principales vías para reducir la prevalencia del VIH/ SIDA en la población en general y en aquellos grupos considerados vulnerables, como la PPL; para que sea efectiva tiene que impartirse a partir de modelos y programas que consideren las particularidades del espacio en el que está inmerso cada individuo, teniendo en cuenta esto, existen diversos modelos de salud que promueven las conductas sexuales seguras.

3.1 Modelos de salud en la promoción de conductas sexuales seguras.

Como se mencionó, la prevención es fundamental en la promoción de conductas sexuales seguras, para que sea efectiva es necesario que existan modelos educativos que orienten a los jóvenes y no tan jóvenes en temas como la salud sexual y las conductas de prevención y riesgo y que, además, estos modelos sean impartidos por educadores o profesionales preparados para esta labor (Sagaró del Campo, et. al, 2014).

Es por esto que, desde la psicología se han propuesto modelos que buscan analizar los factores asociados a la conducta sexual protegida, teniendo como variable la conducta del uso del condón, algunos de estos modelos son: el modelo de creencias de salud, la teoría de la acción razonada, la teoría de la conducta planeada y el modelo de información, motivación y habilidades conductuales; sin embargo, no se asegura la consistencia, ni el uso correcto del mismo, por ello, Robles, Rodríguez, Frías y Moreno, (2014) aplicaron una evaluación a 1666 universitarios para conocer el nivel de información que tienen los adolescentes sobre cómo usar un preservativo, la habilidad demostrada para colocarlo y retirarlo y la frecuencia de fallas durante el acto sexual, demostrando un vínculo entre estas variables y considerando los indicadores conductuales como una medida de éxito en futuras intervenciones y programas de prevención.

Así mismo, Albarracín, et. al, (2001, como se citó en Jiménez, 2010) demuestran por medio de su modelo que la intención es el mejor predictor del uso consistente del condón, además, consideran que la comunicación con los padres y la pareja es importante ya que el hablar de temas sexuales influye en las conductas preventivas. A partir de esto, Jiménez aplicó a 141 adolescentes un cuestionario evaluando el patrón de conducta sexual, los conocimientos sobre salud sexual, estilos de negociación, comunicación sexual con la pareja y la intención de usar el condón, los resultados indican que los adolescentes tienen la intención de usar el condón y suelen hablar de temas sexuales con su pareja, sin embargo, no tienen los conocimientos ni las habilidades suficientes para no estar en riesgo de contraer VIH o ITS.

Otro modelo que integra la intención es el propuesto por Fishbein en el 2000, el cual menciona que para que esta intención se presente es necesario que el individuo tenga actitudes favorables ante el uso del condón, que las personas importantes para ellos estén de acuerdo con su uso y que se sientan capaces de usarlo, teniendo en cuenta además la situación en que ocurre la conducta (límites contextuales) y las habilidades conductuales; es a partir de este modelo que Bárcena, Robles y Díaz-Loving (2013) realizaron una prueba corta de

conocimiento sobre ITS, VIH/SIDA y embarazos, donde se midió el nivel de conocimientos sobre el uso del condón y se usó una escala tipo Likert de creencias, actitudes y normas subjetivas y otra sobre los estereotipos hacia la conducta sexual segura, también se aplicaron escalas de comunicación con la pareja actual, con papá y con mamá, para identificar las variables que predicen la intención de usar condón, teniendo como resultado un bajo nivel de conocimientos y comunicación, creencias positivas sobre el uso del condón, altos niveles en normas subjetivas, autoeficacia y la intención de usar condón en la siguiente relación sexual.

A su vez, el modelo de salud propuesto por el interconductismo desarrolla la relación entre un modelo psicológico y la salud biológica, permitiendo el análisis integral de los factores relacionados con las conductas preventivas y de riesgo, de acuerdo con esto, para integrar el uso del condón como una conducta de prevención se deben considerar factores disposicionales como el tipo de pareja, el lugar, la expectativa de la pareja y de los amigos, el momento, el grado de excitación, la privación sexual y las alteraciones biológicas y emocionales, así como las prácticas culturales como la bebida, las drogas, los amigos y el sexo casual; de modo que, Rodríguez y Díaz-González (2011) diseñaron un estudio descriptivo con 138 jóvenes, en el que utilizaron la encuesta estudiantil sobre salud sexual desarrollada por Robles y colaboradores en 2007, reportando únicamente los constructos de datos demográficos, consistencia en el uso del condón y el apartado de competencias (factores disposicionales); los resultados indicaron que los factores disposicionales son relevantes para los participantes y pueden influir en el uso o no del condón, siendo la pareja estable el factor que más influye en su uso.

En cuanto a los modelos educativos, Magaña, et al. (1992) modificaron el trabajo realizado por Freire en 1970, para poder hacer uso de él en el ámbito de la salud; así, en este método se propone un problema cercano a la comunidad (a partir de películas, historias o fotonovelas) el cual tiene que ser resuelto por el grupo, esto permite que cada integrante se analice a sí mismo y a su forma de ser

y pueda ser objetivo con hacia la realidad que vive; debido a que es necesario el conocimiento sobre la comunidad, se propone que el educador sea un miembro activo de la sociedad y que el programa surja de la comunidad misma, teniendo la posibilidad de presentar información concreta y temporal, donde exista un balance entre el lenguaje científico y cotidiano. Así pues, si se habla del SIDA se tendría que adecuar los conceptos, el vocabulario y los valores en referencia a la comunidad en la que se está trabajando, teniendo como resultado la creación de afiches, folletos o carteles que difundan información, teniendo como principal sentido que los miembros del grupo y la comunidad en general puedan usar recursos cotidianos y aprendan a exigir la creación de programas de salud sexual.

Continuando con los modelos educativos, Gutiérrez, et al. (2004) elaboraron una guía didáctica dirigida a adolescentes y jóvenes en el ámbito escolar, cuyo objetivo es dar a conocer a los profesores un instrumento que permita realizar actividades de prevención en el campo de la salud sexual. La guía está planteada en siete bloques, cada uno de ellos se compone de un apartado de exposición de objetivos, uno de contenidos teóricos y uno de actividades prácticas. Un bloque al final, el número ocho, propone la realización de un programa, el cual podrá ser adecuado a las necesidades de cada profesor (contexto, alumnos, etc.), también se incluyen materiales de apoyo y una lista de recursos de interés. Los temas que se abordan son los siguientes: sexualidad, fecundación y métodos anticonceptivos, Infecciones de Transmisión Sexual, Infección por VIH/SIDA, apoyo social en la prevención de ITS, comportamientos sexuales de riesgo, cómo fomentar comportamientos sexuales más seguros e internet como fuente de información en las ITS y SIDA y criterios de calidad de las actividades.

De igual forma, Barros, et al. (2001) desarrollaron un modelo educativo de prevención primaria basado en mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de los adolescentes, de 12 a 15 años. En este trabajo se incluyó la participación de los profesores a quienes se les capacitó para que, con ayuda de los investigadores, fueran ellos quienes brindaran, luego del diagnóstico, la información y actividades a los alumnos. Los aprendizajes evaluados fueron:

conocimientos sobre sexualidad, ITS, VIH, SIDA, actitudes, valores y creencias, necesidades e intereses sobre la sexualidad, conductas preventivas, percepción de la gravedad de las ITS, VIH, SIDA, vulnerabilidad y riesgo, percepción de la temporalidad del riesgo y las posibles consecuencias, niveles y fuentes de acceso a la información y medio ambiente en que se desarrolla el adolescente. La propuesta educativa se fundó en las teorías histórico-cultural de Vygotsky y el aprendizaje significativo de Ausbel.

Con respecto a la aplicación de modelos de salud a favor de la prevención de conductas sexuales de riesgo en PPL se realizó un diseño pre-postest, con el objetivo de evaluar un programa que promueva la salud sexual en adolescentes privados de la libertad; la intervención estuvo conformada por los aspectos del modelo ecológico en sus tres niveles: microsistema (conocimientos, actitudes, creencias, etc.), mesosistema (apoyo, supervisión y comunicación con los padres) y macrosistema (estereotipos). Los resultados indicaron que es necesaria la elaboración de intervenciones que brinden la información y las habilidades necesarias para evitar el contagio de VIH, además de que tomen en cuenta el impacto que tienen factores como la familia, los amigos y la comunidad en general (Sánchez, et al., 2016)

Los modelos de salud sexual propuestos ayudan a comprender los factores que influyen en el comportamiento sexual seguro y de riesgo, así como en la manera en que se debe incidir en la población para poder generar cambios en conductas que sean consideradas de riesgo, para que esto tenga un verdadero impacto se debe tener en cuenta el entorno social en el que está inmersa la población para que cada modelo se adecue a esas condiciones.

3.2 El entorno social como promotor de conductas sexuales seguras.

Uno de los factores que vale la pena precisar es el entorno sociocultural en el que se encuentra el individuo, ya que, le permite el descubrimiento personal por medio de las relaciones sociales y logra incidir en el bienestar general del individuo; lo

que ocurre en el entorno afecta en mayor o menor medida el desarrollo general de las personas, y en particular en su vida sexual, por ejemplo, los cambios sociales en referencia a los roles de género y el hecho de que las mujeres salieran de sus hogares para trabajar impactó significativamente en la libertad de decisión en su vida sexual y reproductiva. Situaciones como la anterior van modificándose según el lugar y el momento en que se encuentre el individuo, de ahí que la sexualidad sea un producto sociocultural, que está sujeto a cambios y que depende de la consideración que la sociedad tiene del concepto, en este sentido podemos hablar de que para los griegos estaba bien el que los adultos iniciaran a los jóvenes en los secretos del sexo, para los cristianos y católicos las conductas sexuales son vistas como actos impuros, en algún momento la homosexualidad fue vista como una enfermedad y el no procrear era visto como antecedente de la histeria en las mujeres. Estos son planteamientos ideológicos heredados que sesgan la vivencia de la sexualidad en los individuos (Barriga, 2013).

En consonancia con lo anterior, la sociedad es la encargada de la educación sexual de los individuos, este trabajo inicia en el núcleo familiar desde que la persona nace y continúa toda la vida con los diferentes vínculos que el individuo forma; la información y capacitación brindada por la sociedad tendría que integrar la comunicación, las relaciones interpersonales, la elección de pareja, las respuestas sexuales, las infecciones de transmisión sexual, el VIH/SIDA, el embarazo, los sentimientos, las creencias y otros factores psicológicos que influyen en la conducta sexual (Rodríguez, Sanabria, Contreras & Perdomo, 2013). De acuerdo con Torres (2006) esto se logra con campañas de prevención y promoción de la salud, las cuales son resultado de políticas públicas que trabajan con los temas mencionados por medio de organismos gubernamentales y no gubernamentales.

Otro aspecto presente son los medios masivos de comunicación, los cuales influyen en el comportamiento de los jóvenes, propiciando en ellos representaciones aceptadas socialmente que los ayudan a controlar, comprender, comunicar y afrontar el medio social, dando pie a visiones como que el hombre es

proveedor y la mujer tiene un rol reproductivo (Chávez & Álvarez, 2012). Esto más que promover un ambiente sexual saludable llega a generar trabas en el desarrollo de las personas, ya que en algunas ocasiones las pautas definidas por la sociedad pueden generar vulnerabilidad en los individuos propiciando, por ejemplo, el tener prácticas sexuales de riesgo como consecuencia del papel pasivo dado en la sociedad a las mujeres, o que los hombres sean los que pueden tener relaciones sexuales antes del matrimonio y proponer el uso del condón (Jiménez, 2010).

A pesar de que el entorno social debería ser un promotor de conductas sexuales seguras, en algunos casos más bien es un lugar propicio para la proliferación de comportamientos sexuales de riesgo, esto debido a todos los factores inmersos en el ambiente, para ilustrar esto cabe mencionar el papel de los amigos, ya que estos presionan al individuo y lo invita a comportarse de cierta manera para poder pertenecer al círculo de amistades (Suárez, et al., 2008; Uribe, Andrade, Zacarías & Betancourt, 2013). Una de las consecuencias de esto son las respuestas relacionadas con la discriminación, el estigma y los prejuicios, así como el puritanismo e individualismo hacia las personas con VIH/SIDA, sobre todo por la creencia de que se trata de una infección de homosexuales y usuarios de drogas, cabe resaltar que no solo la sociedad, a través de los medios de comunicación, fomenta estas situaciones, sino también algunos encargados del sector salud quienes fomentan el miedo y el prejuicio, generando así una construcción socio-cultural del VIH/SIDA. Otro aspecto presente es la culpa, ante la responsabilidad individual de contraer o no la infección, lo cual implica adecuarse o no a las normas sociales establecidas para la vida sexual (Araújo & Menicucci, 2008).

Para Ramos, et al., (2011) también son relevantes las normas subjetivas que se tienen para el VIH/SIDA y su relación con las actitudes sexuales, existiendo una relación donde a mayor actitud conservadora son menores las normas subjetivas, según estas normas subjetivas, las mujeres tienen actitudes más conservadoras, mientras que los jóvenes tienen actitudes más liberales. De igual manera, están presentes factores de vulnerabilidad como los ambientes

carcelarios en donde se presentan conductas sexuales de riesgo, abuso sexual, relaciones anales sin protección, sexo bajo el efecto de las drogas, inicio temprano de la vida sexual y en general, son más propensos a volver a ser detenidos y generando un mayor gasto social y económico (Salazar, et al., 2011; Sánchez & Robles, 2014).

Aunque el entorno social ha pasado por una gran cantidad de cambios que promueven las conductas sexuales seguras, aún hay situaciones, como la influencia de la iglesia o los entornos sociales de riesgo, como el carcelario, que impiden el aprendizaje y el desarrollo de conductas sexuales saludables en los individuos; estos ambientes de riesgo pueden sortearse si se tiene una buena relación con el núcleo familiar y si éste es un contexto donde se brinde apoyo y comunicación.

3.3 El papel de los padres de familia.

Como se comentó, la familia es el núcleo de la sociedad, siendo el primer contacto del individuo con la misma, debido a ello es un factor que influye en el comportamiento del individuo en todos los aspectos. La familia es la encargada de enseñar las pautas de comportamiento aceptadas por el ambiente sociocultural al que pertenecen, esto conlleva prácticas estereotipadas de lo que deben hacer o no hacer el hombre y la mujer e incluso estereotipos relacionados con el lugar en el que habitan, por ejemplo, los hombres en la costa llegan a decir que son infieles debido al ambiente cálido en el que viven (Suárez, et al., 2008).

Además, la familia puede ser promotora de factores de protección o de riesgo, esto mediante la falta de apoyo, el trato violento, la deserción escolar y la poca estancia en el hogar o brindando apoyo incondicional, promoviendo la unidad y buscando significados en situaciones difíciles; así, la calidad de la relación niño-familia configura sus modelos cognitivos y sus relaciones con los demás, la relación que más influye es la que se tiene con la mamá; un ejemplo es el presenta Gómez (2008) en donde los resultados reflejan que la poca relación

familiar, las contradicciones de los padres y sus miedos y estereotipos acercan a los adolescentes a conductas de riesgo relacionadas con la sexualidad y el consumo de sustancias.

Más aún, el comportamiento, el pensar y el sentir de los padres ante sus hijos tiene gran influencia en las conductas que puedan presentar los menores, pongamos por caso la exposición constante a la violencia, la cual puede impactar de manera negativa en la visión de los individuos y generar comportamientos del mismo tipo en sus relaciones con otros, como con la pareja (Herrera, et al., 2013). Este tipo de conducta puede llevar a que las personas se involucren en conductas de riesgo, en donde el apoyo, la comunicación y la supervisión de los padres es importante pues genera en los jóvenes sentimientos de aceptación, aprobación, cariño y apoyo; el que los padres supervisen, apoyen y se comuniquen con sus hijos influye no sólo en la evitación de ambientes de riesgo, como el carcelario, sino también en conductas sexuales como el debut sexual de los jóvenes y en la conducta sexual protegida, la prevención de embarazos y el uso correcto y constante del condón (Jiménez, 2010; Sánchez & Robles, 2014).

Como se afirmó, la comunicación, supervisión y apoyo por parte de los padres influyen en la conducta sexual de los hijos, esto se demuestra en el trabajo realizado por Bárcena, et al., (2013), en donde participaron 290 adolescentes sin experiencia sexual, con sus respectivos padres; 84.4% vivían con ambos padres, 13.5% con su mamá y 2.1% con su padre y la mayoría de padres eran casados y con estudios básicos. Los resultados muestran un bajo grado de conocimientos y de estereotipos; los padres afirmaron comunicarse de manera frecuente con sus hijos, sin embargo, hay discrepancias con la opinión de los menores, pues afirman que la frecuencia es menor a la reportada por los padres. Además, se encontró que cuando los padres conversan con mayor frecuencia con los hijos sobre temas de sexualidad, aumenta la norma subjetiva en ellos; y las expectativas positivas de los padres hacia la comunicación de temas sexuales favorecieron la disminución de creencias negativas hacia el uso del condón.

A pesar de que se ha demostrado que las conductas de riesgo disminuyen

cuando los padres se comunican con sus hijos sobre temas como la sexualidad y los supervisan y apoyan, Chávez y Álvarez (2012) mencionan que muchas veces pueden tener comportamientos conservadores, en donde creen que son los únicos que deben estar a cargo de la educación sexual de sus hijos, pero no actúan; por otro lado, pueden tener una actitud liberal y dejar un amplio margen de libertad a sus hijos, dejando que en ocasiones ni siquiera tengan límites. Ambos tipos dejan a los jóvenes caer en conductas de riesgo.

También puede suceder que, los padres no tienen el suficiente conocimiento sobre los temas sexuales, evadan y transfieran la responsabilidad de educación de sus hijos, tengan estereotipos de género machistas y una comunicación deficiente con sus hijos; este último aspecto es muy importante, ya que en ocasiones, los padres pueden tener un nivel de conocimientos adecuado y al no saber transmitirlos de manera efectiva, sus hijos no reciben la información o la toman de manera equivocada; por ello, es fundamental la generación de escuelas para padres, en donde no solo se les brinde información sobre temas de salud sexual, sino que se les oriente en la forma de comunicarse con los menores (Caricote, 2008; Domínguez, 2011).

Otro aspecto a considerar es la edad de los hijos, ya que conforme se va entrando a la adolescencia, los padres van perdiendo el control de los menores y su opinión comienza a perder peso frente a la opinión y actitudes de los iguales; de acuerdo con Sánchez y Muñoz (2005) a pesar de que esto ocurre en ambos géneros continúa tomándose en cuenta la opinión de la familia al momento de formar una actitud hacia el condón o tener la intención de usarlo, siendo esta consideración mayor en las mujeres que en los hombres. Esto es un buen antecedente para que se integre a los programas de prevención la participación del grupo que conforma la red social del individuo, de modo que el fomento de conductas y actitudes sexuales positivas sea integral.

Los padres de familia son responsables de compartir la información que proviene del ambiente sociocultural, para que de esta forma los menores generen relaciones sociales saludables, ayudando así a que tengan comportamientos en

favor de su salud en general y particularmente en el ámbito sexual. Sin embargo, esto no siempre ocurre ya que la información brindada por los padres es recibida y tratada por los adolescentes teniendo en cuenta más opiniones, como las de los amigos, los maestros y los medios de comunicación; formándose así una opinión en el individuo no solo por el núcleo familiar, sino a partir de todo el contexto social que lo rodea.

3.4 Factores individuales

Como resultado de la influencia de las distintas variables socioculturales, se espera que el individuo adquiera la responsabilidad y la capacidad de autocontrol de su comportamiento, teniendo plena capacidad para decidir sobre la información que el medio le presenta y usarla de la manera en que considere más conveniente según su estilo de vida (Suárez, et al., 2008). Así pues, las personas pueden tener actitudes antisociales y expresar frustración ante el medio que los rodea y esto los lleva a situaciones de riesgo como la violencia, el consumo de drogas, los ambientes carcelarios y las conductas sexuales de riesgo (Herrera, et al., 2013).

Además de las condiciones en las que se da el comportamiento, Bárcena, et al. (2013) expresan que hay factores personales que propician las conductas saludables, como por ejemplo la intención de usar condón hace que los jóvenes tengan relaciones sexuales seguras a pesar de encontrarse en ambientes de riesgo. También la asertividad y la autoeficacia funcionan como factores de protección ante las conductas sexuales de riesgo, teniendo un impacto en el inicio y rechazo de las relaciones sexuales, el embarazo y las infecciones de transmisión sexual, la capacidad de decir que no, de hablar de conductas de riesgo con la pareja de y usar un condón y de tener relaciones sexuales seguras (Osorio, et. al, 2017).

Por otro lado, el nivel de conocimiento también está relacionado con las prácticas de sexualidad en adolescentes, así como las creencias relacionadas con la satisfacción sexual al usar condón (Catacora & Villanueva, 2007; Dávila, et al.,

2015) y los estilos de negociación, los cuales pueden ser de colaboración, acuerdo, acomodación, evitación y contienda, la comunicación que se tenga con la pareja (Jiménez, 2010), el nivel de percepción del riesgo, la escolaridad, la motivación, el enamoramiento y otros factores psicosociales influyen en que el individuo tenga conductas sexuales seguras (Uribe, Andrade, Zacarías & Betancourt, 2013). Habría que decir también que algunos de esos factores funcionan como promotores de conductas sexuales riesgosas, en tanto que se ven influidas por aspectos como la desinformación, el temor, la inexperiencia y las creencias erróneas (Castro, 2010).

Así como los factores internos sirven para que el individuo tenga un comportamiento preventivo, Gaviria, et al. (2009) mencionan que también brindan estrategias que permiten afrontar situaciones que son resultado de las conductas sexuales de riesgo, como el contagio de VIH/SIDA, estas estrategias son tomadas de instituciones sociales, como la religión, y el individuo las interioriza para poder dar una reevaluación positiva a la situación y bajar el nivel de estrés y depresión que se pueden presentar.

En definitiva, la prevención es una herramienta que ayuda a que el impacto del VIH/SIDA disminuya, esto se realiza a través de modelos de salud, propuestas educativas y su puesta en marcha y políticas públicas y la aplicación de las mismas; todo esto se ve permeado por factores socioculturales que dependen del lugar de origen y el momento histórico. Además, la familia también influye en el comportamiento de los individuos ya que es el primer contacto social que se tiene. A partir de la información y las interacciones que se reciben del entorno sociocultural y la familia, el individuo forma sus creencias y actitudes hacia cierto tipo de comportamientos que pueden ser considerados seguros o de alto riesgo, de ahí que sea importante realizar un programa preventivo que implique el trabajo multifactorial teniendo en cuenta la sociedad en general, y la familia y el individuo en particular.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

4.1 Justificación

Debido a las condiciones sociales, actualmente se perciben muchos cambios en cuando a la sexualidad se refiere, un ejemplo de esto es que la vida sexual inicia cada vez a menor edad, ya sea porque la brecha entre adultos y niños se desvanece, ya que las condiciones obligan a los menores comiencen a realizar actividades de adulto (trabajo) o por situaciones de riesgo en los menores (abusos y violaciones) (Gayet & Gutiérrez, 2014, Jiménez, et al., 2009). Aunado a esto, los padres y maestros no están familiarizados con temas en materia de salud sexual y reproductiva, lo cual genera desinformación, pues la población adolescente se informa entre ella misma o usando medios imprecisos, como los medios de comunicación masiva (Hirmas, et al., 2008, Naranjo, et al., 2008).

Como consecuencia de lo anterior, las ITS tienen mayor prevalencia, llegando a ser consideradas un problema de salud pública a nivel mundial, siendo el VIH/SIDA la que mayor impacto ha tenido en la población a lo largo del planeta; desde su aparición, en México se han tomado medidas que promuevan la orientación e información sobre salud sexual (Campero, et. al, 2013), sin embargo, debido a su naturaleza multifactorial los cambios realizados en aspectos como la educación, no son contundentes y no impactan en la población, debido a que se maneja el aspecto sexual separado de todos los demás (psicológico, económico, político, educativo, etc.) (Gaviria, et. al, 2009, Leyva, 2008).

El año pasado, en México, el CENSIDA (2018) notificó un total de 79, 223 casos de SIDA, registrándose un total de 433 casos en jóvenes de 15 a 24 años de edad; este grueso de la población se considera de vulnerabilidad debido a factores como el inicio temprano de las relaciones sexuales, el consumo de sustancias nocivas, el bajo nivel socioeconómico, las normas sociales, la opinión de los compañeros, la percepción del control y el escaso conocimiento sobre ITS y

VIH (Catacora & Villanueva, 2007; Ramos, et. al, 2011).

Además de los adolescentes y jóvenes, hay otros grupos poblacionales considerados vulnerables a contraer VIH, como los migrantes, las mujeres, las personas indígenas, los homosexuales, los hombres que tienen sexo con hombres, las personas que consumen drogas o alcohol, las personas que ofrecen servicios sexuales y las personas privadas de la libertad (PPL). Este último grupo se encuentra en un ambiente con factores que propician comportamientos de riesgo tales como la aglomeración, el ambiente violento, de tensión, miedo, desinformación, ausencia de sanidad adecuada, uso compartido de jeringas, relaciones sexuales no protegidas ni consensuadas y tatuajes con equipo no estéril, lo que provoca que las PPL presenten tasas más altas de ITS y VIH (Cárcamo, et. al, 2003).

En este ámbito es donde menos se atienden los derechos sexuales y reproductivos que forman parte de las garantías individuales (Secretaría de Salud, 2002; 2016), esto debido a que cuentan con niveles educativos bajos y con muchos mitos en materia de VIH, como consecuencia se ignora que, a pesar de su condición delictiva, no les pueden negar el derecho a demandar servicios de salud dignos, ni la información sobre salud sexual, o el acceso a métodos de planificación familiar (Rivas & Ortiz, 2013, Mariño, 2012).

Debido a que, la sociedad es la encargada de la educación sexual de los individuos, la información y capacitación que brinde tendría que integrar la comunicación, las relaciones interpersonales, la elección de pareja, las respuestas sexuales, las infecciones de transmisión sexual, el VIH/SIDA, el embarazo, los sentimientos, las creencias y otros factores psicológicos que influyen en la conducta sexual (Rodríguez, et al., 2013). Además, debe abarcar tres factores: el biomédico (distribución de insumos, tratamiento preventivo, detección temprana), el comportamental (cambio individual y social) y el estructural (leyes y políticas) y estar dirigida a la población en general y a sectores vulnerables (Secretaría de Salud, 2008; 2014a).

Este trabajo de prevención, debe iniciarse en el núcleo familiar, esto debido

a que el comportamiento, el pensar y el sentir de los padres ante sus hijos tiene gran influencia en las conductas que puedan presentar los menores (Herrera, et al., 2013). Además, el apoyo, la comunicación y la supervisión de los padres es importante pues genera en los jóvenes sentimientos de aceptación, aprobación, cariño y apoyo; el que los padres supervisen, apoyen y se comuniquen con sus hijos influye no sólo en la evitación de ambientes de riesgo, como el carcelario, sino también en conductas sexuales como el debut sexual de los jóvenes y en la conducta sexual protegida, la prevención de embarazos y el uso constante del condón (Jiménez, 2010; Sánchez & Robles, 2014).

Sin embargo, se ha demostrado que muchas veces los padres pueden tener comportamientos conservadores, en donde creen que son los únicos que deben estar a cargo de la educación sexual de sus hijos, pero no actúan, o, pueden tener una actitud liberal y dejar un amplio margen de libertad a sus hijos, dejando que en ocasiones ni siquiera tengan límites. Ambos tipos dejan a los jóvenes caer en conductas de riesgo (Chávez & Álvarez, 2012).

Teniendo en cuenta lo anterior, la presente investigación cobra sentido en dos aspectos el social y el de la investigación. En primer lugar, dentro del sentido social del trabajo se abordan aspectos relacionados con el comportamiento sexual de la población adolescente y de población adolescentes privada de la libertad, quienes son grupos vulnerables ante el contagio de VIH; también se toma en cuenta el papel de los padres en estas conductas y cómo es que influyen en ellas. Finalmente, esto pretende aportar aspectos que sirvan para la mejora de los programas de intervención en salud sexual, dentro y fuera del ámbito penitenciario, incluyendo o enfocando a los padres en el tema de la prevención.

4.2 Pregunta de investigación

¿Cuáles son las diferencias entre la percepción del apoyo, la supervisión y la comunicación familiar en las conductas sexuales, comunicación con la pareja y negociación del condón de adolescentes privados y no de la libertad?

4.3 Objetivos

4.3.1 Objetivo general

Analizar la percepción de apoyo, supervisión y comunicación familiar en las conductas sexuales, comunicación con la pareja y negociación del condón en adolescentes privados y no de la libertad, para obtener indicadores que permitan diseñar programas de intervención en salud sexual.

4.3.2 Objetivos específicos

- Comparar las conductas sexuales entre adolescentes privados y no de la libertad.
- Comparar la comunicación sexual con la pareja y los estilos de negociación entre adolescentes privados y no de la libertad.
- Contrastar la percepción, sobre apoyo, comunicación y supervisión de los padres en adolescentes privados y no de la libertad.
- Identificar las diferencias de la percepción del apoyo, supervisión y comunicación familiar sobre las conductas sexuales en los adolescentes.

4.4 Hipótesis

Las conductas sexuales de adolescentes privados de la libertad son más riesgosas que las de adolescentes no privados de la libertad.

La comunicación sexual con la pareja y el estilo de equidad colaboración son mayormente usados por adolescentes no privados de la libertad comparado con los adolescentes privados de la libertad.

La percepción del apoyo, la supervisión y la comunicación familiar es menor en adolescentes privados de la libertad comparado con adolescentes no privados de la libertad.

La percepción del apoyo, la supervisión y la comunicación familiar es mayor en los adolescentes con conductas sexuales preventivas comparado con aquellos con conductas sexuales de riesgo.

5. MÉTODO

5.1 Población

Se utilizó un procedimiento de selección intencionado de la muestra (Kerlinger & Lee, 2002). Se trabajó con un total de 225 hombres adolescentes, 108 se encontraban privados de su libertad y 117 se encontraban libres. Para que los adolescentes privados de la libertad fueran incluidos en la investigación se consideró que fueran primodelincuentes, con índice criminal bajo y medio, que hubieran cometido cualquier delito de fuero común y portación de arma de fuego, dejando fuera a la población sentenciada y ejecutoriada, así como personas con trastornos mentales y a quienes no brindaron el consentimiento informado de los padres y sus hijos. En cuanto a los adolescentes que se encontraban libres se incluyó a aquellos que brindaron su consentimiento informado, tanto padres como jóvenes, dejando fuera a quienes no entregaron ambos consentimientos.

Con el propósito de conocer si los adolescentes tienen las mismas características sociodemográficas, que haga suponer que los grupos son homogéneos, en la Tabla 1 se presenta el análisis de diferencias entre grupos, donde se observan diferencias en todas las variables, excepto en los ingresos familiares en donde ambos grupos presentan en su mayoría ingresos menores a los 4,000 pesos mensuales, lo que indica que los grupos son heterogéneos.

Tabla 1
Comparación entre los grupos en las variables sociodemográficas.

Características	Privados de la libertad (n=108)		No privados de la libertad (n=117)		Prueba estadística
	n	%	N	%	
Edad	108	15.39	117	14.32	$t=-12.327, p<.001$
Estado civil					$\chi^2= 15.240, p\leq.001$

Soltero	108	100	99	86.8	
Unión libre	0	0	7	6.1	
Otro	0	0	8	7	
Tiene hijos					$\chi^2=171.294, p\leq.001$
Si	4	3.7	2	1.7	
No	12	11.1	113	97.4	
Estudios					$\chi^2= 56.034, p\leq.001$
Ninguno	3	2.9	0	0	
Primaria	22	21	0	0	
Secundaria	64	61	117	100	
Preparatoria	15	14.3	0	0	
Con quien vive					$\chi^2= 12.149, p\leq.033$
Solo	2	1.9	0	0	
Con papá	14	13.5	6	5.3	
Con mamá	29	27.9	26	22.8	
Con ambos	58	55.8	79	69.3	
Con la pareja	1	1	0	0	
Otro	0	0	3	2.6	
Ingresos familiares					$\chi^2=2.780, p\leq.905$
Menos de \$2,000	13	12.5	14	14	
\$2,000 a \$3,999	9	8.7	14	14	
\$4,000 a \$5,999	8	7.7	8	8	
\$6,000 a \$9,999	5	4.8	5	5	
Más de \$10,000	3	2.9	2	2	
No saben	64	61.5	56	56	

5.2 Variables

Variables Sociodemográficas

Características generales de los participantes, tales como edad, estado civil, último nivel de estudios, ingresos familiares mensuales y número de hijos.

Variables de trabajo

En la Tabla 2 se presenta la definición conceptual y operacional de las variables

que serán utilizadas en el estudio.

Tabla 2

Definición conceptual y operacional de las variables.

	Definición conceptual	Definición operacional
Apoyo familiar (AF).	Apoyo recibido por parte de la familia en términos emocionales, financieros y de información recibida (Van Horne, Wiemann & Berenson, 2009).	Promedio obtenido en la escala de apoyo paterno y apoyo materno. Se obtiene una puntuación de 1 a 5; valores cercanos a cinco indica que perciben apoyo por parte de sus padres.
Supervisión parental (SP).	Conjunto de comportamientos que implican atención y no perder de vista las actividades de los hijos (Vélez-Pastrana, González-Rodríguez & Borges-Hernández, 2005).	Promedio obtenido en la escala de supervisión paterna y supervisión materna. Se obtiene una puntuación de 1 a 5; valores cercanos a cinco indica que perciben supervisión por parte de sus padres.
Comunicación sexual entre padres e hijos (C).	Abordaje de diferentes temáticas relacionadas con la sexualidad (Robles, Frías, Moreno, Rodríguez & Barroso, 2011).	Promedio obtenido en la escala de comunicación con padre y comunicación con madre. Se obtiene una puntuación de 1 a 5; valores cercanos a cinco indica mayor frecuencia en la comunicación con sus padres.
Patrón de comportamiento sexual (PS).	Comportamientos específicos durante la relación sexual que implican responder de forma riesgosa o preventiva (Enríquez & Sánchez, 2004).	Reporte de lo que hicieron en: <ul style="list-style-type: none"> • Primera relación sexual (edad del debut sexual, con quién la tuvieron, si la planearon, lugar, métodos anticonceptivos usados) • Relaciones sexuales en general: número de parejas sexuales en toda la vida, frecuencia del tipo de práctica sexual (vaginales, orales, anales), presencia de problemas de salud sexual (VIH, ITS, embarazo o aborto), conducta sexual y consumo de alcohol y drogas.

Consistencia del uso del condón.	Usar el condón en todas y cada una de las relaciones sexuales (Enríquez & Sánchez, 2004).	<ul style="list-style-type: none"> • Uso del condón en relaciones sexuales (oral, anal, vaginal).
		Resultado de dividir el número de veces que usaron condón en un periodo de tres meses entre el número de veces que tuvieron relaciones sexuales en el mismo periodo. Se obtuvo un índice de consistencia con valores entre cero y uno
Comunicación sexual con la pareja.	Abordaje de diferentes temáticas relacionadas con la sexualidad con la pareja (Robles et al., 2011b).	Promedio obtenido en la escala de comunicación sexual con la pareja. Se obtiene una puntuación de 1 a 5; valores cercanos a cinco indica que los adolescentes se comunican sobre diferentes temas sexuales con su pareja.
Estilos de negociación del uso del condón (EN).	Se refiere a la forma particular en la que una persona negocia el uso del condón con su pareja sexual (Robles et al., 2011b).	Promedio obtenido en la escala para cada estilo de negociación: equidad, colaboración, acomodación, contender y evitación. Se obtiene una puntuación de 1 a 5; valores cercanos a cinco indica que los adolescentes tienen ese estilo.

5.3 Instrumentos

Datos Sociodemográficos

Se obtuvo información sobre edad (años cumplidos), estado civil (soltero, casado, unión libre), nivel de estudios (ninguno, primaria, secundaria, preparatoria, universidad, posgrado, carrera técnica, otro), con quién vivían en el momento de su detención (con su padre, con su madre, con ambos padres, otros) e ingresos familiares (menos de \$2, 000, de \$2, 001 a \$3, 999, de \$ 4,000 a \$5,999, de \$6,000 a \$9,999, más de \$10, 000, o no sé) de los adolescentes. Asimismo, se obtuvo información sobre datos jurídicos referentes al delito por el cual fueron acusados (robo, extorsión, lesiones, violación, homicidio, privación ilegal de la libertad, delincuencia organizada u otras causas) (Ver apéndice a).

Escala de apoyo paterno y materno.

Se retomaron ocho reactivos de la escala elaborada por Sánchez, Enríquez y Reyes-Lagunes (2011) que evalúan la percepción de los hijos sobre el apoyo recibido en un periodo de tres meses (*sobre mi educación, económico*). Los reactivos tienen un formato tipo Likert que va de nada (1) a mucho (5). El alfa del instrumento presentada por los autores es de .94 para apoyo materno y .96 para el paterno, mientras que en la población de adolescentes es de .95 en apoyo paterno y .94 en apoyo materno (Ver apéndice b).

Escala de supervisión paterna y materna.

Se retomaron 10 reactivos de la escala elaborada por Sánchez, et al., (2011) que evalúan la percepción de los hijos sobre la supervisión recibida en un periodo de tres meses (*dar consejos, sobre mis amigos*). Los reactivos tienen un formato tipo Likert que va de nada (1) a mucho (5) y cuentan con un alfa obtenida por los autores de .99 en supervisión materna y .98 en supervisión paterna; en la población de adolescentes se obtuvieron alfas de .94 en supervisión paterna y .91 en supervisión materna (Ver apéndice c).

Escala de comunicación sexual entre padres e hijos.

Se utilizó una versión corta de la escala validada por Robles, et al., (2011b), con diez reactivos que miden la frecuencia con la cual los jóvenes se comunican con su padre y madre sobre temas sexuales (*La posibilidad de tener relaciones sexuales*); las opciones de respuesta tuvieron valores de 1 (nunca) a 5 (siempre). Esta escala conto con un alfa de .96 en padres y madres en la población de adolescentes (Ver apéndice d).

Patrón de comportamiento sexual.

De la Encuesta Estudiantil sobre Salud Sexual validada por Robles, Díaz-Loving, Moreno, Frías, Rodríguez, Barroso y Rodríguez (2011a) se retomaron 13 reactivos del apartado correspondiente a comportamiento sexual, que permitieron obtener información sobre: planeación de la primera relación sexual (sí/no), uso de condón en primera y última relación sexual (sí/no), frecuencia de relaciones sexuales y frecuencia del uso de condón al tener sexo vaginal, anal y oral, ambas medidas

con una escala tipo Likert de 5 puntos (nunca, casi nunca, ocasionalmente, frecuentemente, muy frecuentemente); si se han hecho la prueba del VIH (sí, no, no sé), si han tenido alguna ITS en su vida (sí, no, no sé), si han tenido un embarazo o un aborto (sí, no, no sé); frecuencia de relaciones sexuales habiendo consumido alcohol o drogas, así como la frecuencia del uso del condón bajo la influencia de alcohol y drogas en los últimos seis meses previos a su ingreso a la Comunidad, con 5 opciones de respuesta de nunca (1) a siempre (5) (Ver apéndice e).

Consistencia del uso del condón.

Se diseñaron dos reactivos para evaluar el número de veces que se han tenido relaciones sexuales en un periodo de tres meses antes de su ingreso y el número de veces que usaron condón en ese periodo. Se obtuvo un índice de consistencia con valores entre cero y uno, que fue el resultado de dividir la frecuencia del uso del condón entre la frecuencia de las relaciones sexuales (Ver apéndice f).

Escala de comunicación sobre temas sexuales con la pareja.

Se utilizó una versión corta de la escala validada por Robles, et al. (2011b), con diez reactivos que miden la frecuencia con la cual los jóvenes se comunican con su pareja sobre temas sexuales (*La posibilidad de tener relaciones sexuales*); las opciones de respuesta tuvieron valores de 1 (nunca) a 5 (siempre). Esta escala tiene un alfa obtenida por los autores de .97 y un alfa con los participantes adolescentes de .94 (Ver apéndice g).

Escala de estilos de negociación sobre el uso del condón.

De la escala validada por Robles et al. (2011a) se retomaron 9 reactivos que miden los estilos equidad, colaboración, acomodación, contender y evitación; el participante debe indicar el grado de acuerdo que tenga en cada afirmación (*Soy consistente al argumentar mi punto de vista para protegernos sexualmente*), con opciones de respuesta de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). Las alfas obtenidas con los participantes son .88 en colaboración-equidad y .72 para contender (Ver apéndice h).

5.4 Procedimiento

Para la aplicación en ambos grupos se solicitó consentimiento informado a los padres o tutores de los adolescentes y se programó una reunión en las instalaciones de ambas instituciones, la comunidad de tratamiento y la secundaria pública, para aplicar los instrumentos de evaluación a los adolescentes cuyos padres y menores de edad otorgaron el consentimiento informado por escrito para colaborar en el estudio. Durante la aplicación estuvieron presentes dos instructores y un miembro de la institución correspondiente, quienes explicaron a los adolescentes el motivo de su presencia, enfatizaron la importancia de su participación voluntaria y anónima, así como el tratamiento confidencial de sus respuestas, y señalaron que la información que ellos proporcionaran no sería utilizada en ningún sentido por la Institución.

A los adolescentes que desearon participar en el estudio se les entregó de manera individual un lápiz y un cuadernillo con los diversos instrumentos; posteriormente se les invitó a crear una clave de identificación para poder dar seguimiento a los cuestionarios aplicados, se leyeron las instrucciones indicando que debían poner en los espacios: las dos primeras letras del apellido paterno, las primeras dos letras del apellido materno, los dos últimos dígitos del año de nacimiento, el mes y día de nacimiento.

Los participantes tardaron aproximadamente una hora en responder los instrumentos. A cada institución se le entregó un reporte con resultados preliminares del trabajo realizado.

5.5 Análisis de resultados

Se empleó el paquete estadístico SPSS v.20, se realizaron pruebas de confiabilidad de cada instrumento con la población de adolescentes y para el análisis de los datos se realizaron la prueba t para muestras independientes y la prueba de chi-cuadrado.

6. RESULTADOS

Comparación de las conductas sexuales.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos del procesamiento y análisis de los datos recabados en adolescentes privados y no de la libertad, esto se presenta por objetivo. Inicialmente, se elaboraron los análisis para comparar las conductas sexuales de los dos grupos, comparación que se ilustra en la tabla 3, en donde, únicamente hubo diferencias significativas en las conductas de tener relaciones sexuales y realizarse la prueba de VIH, es decir, el grupo de adolescentes privados de la libertad son quienes en su mayoría han iniciado su vida sexual y se han realizado la prueba de detección de VIH en comparación con los adolescentes no privados de su libertad.

Tabla 3
Conductas sexuales en adolescentes privados y no de la libertad.

	Privados de la libertad (n=108)		No privados de la libertad (n=117)		Prueba estadística
	N	%	N	%	
Relaciones sexuales con penetración (vaginal o anal)	94	92.2	10	8.6	$\chi^2= 151.819$, $p\leq.001$
Planeación de la primera relación sexual	42	43.3	3	37.5	$\chi^2= .413$, $p\leq.981$
Uso del condón en la primera relación sexual	38	39.2	4	50	$\chi^2= .479$, $p\leq.787$
Uso del condón en la última relación sexual	33	337	5	71.4	$\chi^2= 4.047$, $p\leq.132$
Realización de prueba de VIH	59	60.8	1	12.5	$\chi^2= 9.427$, $p\leq.024$
Ha tenido alguna ITS	6	6.2	0	0	$\chi^2= 1.238$, $p\leq.744$
Su pareja ha tenido un embarazo no	18	18.4	0	0	$\chi^2= 3.577$,

planeado					$p \leq .466$
Su pareja ha tenido un aborto	12	12.5	0	0	$\chi^2=2.325$, $p \leq .508$

Comparación de la comunicación sexual y los estilos de negociación.

En cuanto a la comunicación sexual con la pareja y el estilo de negociación del uso del condón, hubo diferencias significativas únicamente en la comunicación, siendo los adolescentes privados de la libertad quienes más hablan con su pareja sobre temas sexuales; respecto a los estilos de negociación no hubo diferencias (ver Tabla 4).

Tabla 4
Comunicación sexual y estilos de negociación.

Características	Privados de la libertad (n=108)		No privados de la libertad (n=117)		Prueba estadística
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	
Comunicación sexual con la pareja	3.02	1.23	1.83	1.22	$t=5.16$, $p \leq .001$
Estilo de negociación contender	3.08	1.35	2.75	.50	$t=.489$, $p \leq .626$
Estilo de negociación colaboración-equidad	3.84	1.11	3.20	1.48	$t=1.24$, $p \leq .217$

Comparación de la percepción del apoyo, la supervisión y la comunicación paternos.

Para el tercer objetivo se comparó la percepción, que tienen los adolescentes privados y no de la libertad, del apoyo, la comunicación y la supervisión por parte de los padres. En seguida se presenta la Tabla 5 con los resultados obtenidos,

donde el apoyo y la comunicación materna resultaron con diferencias significativas, indicando que los adolescentes que están privados de la libertad perciben más el apoyo y la comunicación de la madre, en comparación con los adolescentes que no están privados de su libertad.

Tabla 5
Percepción del apoyo, supervisión y comunicación paternos.

	Privados de la libertad (n=108)		No privados de la libertad (n=117)		Prueba estadística
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	
Percepción del apoyo materno	4.45	1.09	3.98	1.14	$t=2.63, p\leq.009$
Percepción del apoyo paterno	3.15	1.69	3.45	1.22	$t=1.23, p\leq.218$
Percepción de la supervisión materna	4.41	1.14	4.20	1.02	$t=1.25, p\leq.211$
Percepción de la supervisión paterna	3.22	1.70	3.56	1.41	$t=1.31, p\leq.190$
Percepción de la comunicación materna	2.79	1.52	2.23	1.38	$t=2.39, p\leq.018$
Percepción de la comunicación paterna	2.30	1.44	2.02	1.24	$t=1.25, p\leq.212$

Diferencias de la percepción del apoyo, supervisión y comunicación familiar sobre las conductas sexuales en los adolescentes.

Finalmente, se realizaron los análisis para cumplir con el último objetivo, el cual era identificar diferencias de la percepción del apoyo, supervisión y comunicación familiar sobre las conductas sexuales en los adolescentes. Los resultados indican diferencias significativas en la percepción de la comunicación materna si se ha

tenido o no relaciones sexuales, siendo mayor la percepción de la comunicación materna en aquellos que ya iniciaron su vida sexual; esta percepción también es diferente en la consistencia del uso del condón, junto con la percepción de la comunicación paterna, en ambos casos la percepción de las conductas es mayor en aquellos participantes que usan el condón constantemente (ver Tabla 6).

Tabla 6

La comunicación en las relaciones sexuales y la consistencia del uso del condón.

	Relaciones con penetración (vaginal o anal)				Prueba estadística
	SI		NO		
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	
Percepción de la comunicación materna.	2.75	1.53	2.28	1.38	$t=2.001, p\leq.047$
	Consistencia del uso del condón				
Percepción de la comunicación materna.	3.16	1.57	2.42	1.43	$t=2.119, p\leq.037$
Percepción de la comunicación paterna.	2.85	1.59	1.95	1.29	$t=2.435, p\leq.018$

En cuanto a la percepción de la supervisión paterna, esta es mayor en aquellas personas que tienen relaciones sexuales vaginales con su pareja regular muy frecuentemente; mientras que la percepción de la comunicación materna es menor en aquellos que hacen poco uso del condón en este tipo de relaciones. Además, la frecuencia del uso del condón en relaciones anales con pareja regular cambia en cuanto a la percepción del apoyo materno, la comunicación materna y la comunicación paterna; en cuanto al uso del condón en relaciones sexuales orales con pareja regular, esta conducta presenta diferencias en cuanto al apoyo y la comunicación maternos. A su vez, el uso del condón en relaciones anales con pareja ocasional se contrasta por la percepción de la supervisión y la comunicación paternas, en todos los casos de frecuencia del uso del condón es mayor la percepción de aquellos que lo usan muy frecuentemente (ver Tabla 7).

Tabla 7

El apoyo, supervisión y comunicación paternos en las relaciones sexuales y el uso del condón.

	Relaciones sexuales vaginales con pareja regular				Prueba estadística
	Muy frecuente		Poco frecuente		
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	
Percepción de la supervisión paterna.	3.38	1.64	2.22	1.71	$t=1.97, p\leq.050$
	Uso del condón en relaciones sexuales vaginales con pareja regular				
Percepción de la comunicación materna.	3.10	1.59	2.41	1.40	$t=1.99, p\leq.050$
	Uso del condón en relaciones anales con pareja regular				
Percepción del apoyo materno	4.81	.588	4.12	1.39	$t=2.25, p\leq.027$
Percepción de la comunicación materna	3.47	1.28	2.40	1.48	$t=2.82, p\leq.006$
Percepción de la comunicación paterna	3.00	1.32	1.89	.313	$t=2.81, p\leq.007$
	Uso del condón en relaciones orales con pareja regular				
Percepción del apoyo materno	4.79	.508	4.17	1.38	$t=2.12, p\leq.037$
Percepción de la comunicación materna	3.38	1.62	2.48	1.44	$t=2.26, p\leq.027$
	Uso del condón en relaciones anales con pareja ocasional				
Percepción de la comunicación paterna	3.00	1.68	1.85	1.13	$t=2.24, p\leq.030$
Percepción de la supervisión paterna.	4.00	1.46	2.83	1.71	$t=2.70, p\leq.010$

Finalmente, en la Tabla 8 se presentan los datos referentes a la comunicación sexual con la pareja, esta conducta cambia por el apoyo y la comunicación maternas y la comunicación paterna, siendo mayor la percepción de estas conductas cuando existe comunicación sexual en la pareja. Mientras que, las percepciones de la comunicación, supervisión y apoyo no son diferentes en ninguno de los estilos de negociación, colaboración-equidad y contender.

Tabla 8
El apoyo y la comunicación paternas en la comunicación sexual.

	Comunicación sexual con la pareja				Prueba estadística
	Se comunica		No se comunica		
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	
Percepción del apoyo materno.	4.43	1.11	3.95	1.24	$t=2.00, p\leq.048$
Percepción de la comunicación materna.	3.09	1.34	1.61	.86	$t=6.89, p\leq.001$
Percepción de la comunicación paterna.	1.66	1.42	1.54	.95	$t=4.68, p\leq.001$

7. DISCUSIÓN

El propósito de la presente investigación fue analizar la percepción del apoyo, la supervisión y la comunicación familiar en las conductas sexuales, comunicación con la pareja y negociación del condón de adolescentes privados y no de la libertad, para que con dichos resultados se cuenten con indicadores que permitan el diseño de una propuesta de intervención en salud sexual que incluya a los padres de familia; esto debido a que como mencionan Sánchez et al. (2013) la familia, principalmente los padres impactan en las conductas de los adolescentes y en la promoción de su salud sexual.

En el caso particular de las familias mexicanas esto es relevante debido a que se considera que cada una es el núcleo de la sociedad, pues enseñan las pautas de comportamiento aceptadas en el ambiente en que se habita (Suárez, et al., 2008); a partir de que se atiende o no la información brindada por la familia, el adolescente integra conductas en su repertorio, estas se relacionan con la vida académica, laboral, afectiva y sexual y pueden ser consideradas de riesgo o de protección.

Como se mostró en los resultados hubo diferencias en todas las conductas sexuales de ambos grupos, sin embargo, solo tener relaciones sexuales y la realización de la prueba de VIH fueron significativas, expresando que el grupo de adolescentes privados de la libertad son quienes en su mayoría han iniciado su vida sexual y se han realizado la prueba de detección de VIH. Esto cobra sentido debido a que, desde antes del ingreso a la comunidad de tratamiento los adolescentes se encuentran en condiciones vulnerables como el maltrato familiar, antecedentes familiares delictivos y vivir con escasos recursos, situaciones que propician conductas de riesgo como el inicio temprano de la vida sexual (Salazar, et al., 2011); además, se trata de una comunidad transitoria que puede llegar a reintegrarse a la sociedad siendo importante para la institución a cargo la realización de pruebas de detección de enfermedades e infecciones como el VIH

(Schifter, 2001).

También se aprecian diferencias en las conductas de comunicación sexual con la pareja y los estilos de negociación siendo significativas únicamente en cuanto a la comunicación sexual, la cual es mayor por parte de los adolescentes privados de la libertad. De acuerdo con Osorio, et. al (2017) puede ser un comportamiento de protección ante conductas sexuales de riesgo como las relaciones sin protección y puede estar relacionada con factores personales como la asertividad y la autoeficacia; sin embargo, se debe tener en cuenta de qué manera se está comunicando el individuo, ya que puede estarlo haciendo desde la desinformación, el temor, la inexperiencia, las creencias erróneas, factores que pueden venir de los medios de comunicación, los amigos e incluso la familia (Castro, 2010).

Como ya se mencionó, la familia, y sobre todo la relación que se tiene con la madre, puede promover factores de protección o de riesgo relacionados con las conductas de los adolescentes, esto mediante la presencia o no del apoyo, de la unidad familiar y de la búsqueda de soluciones, configurando los modelos cognitivos del adolescente e influyendo en sus relaciones con los demás (Gómez, 2008); debido a esto y al ambiente en que se encuentra inmersa parte de la población, fue preciso conocer la opinión de ambos grupos de adolescentes en cuanto a la percepción que tienen respecto al apoyo, supervisión y comunicación brindados por sus padres, estos datos resultaron congruentes con lo dicho por Gómez, ya que expresan que la comunicación y el apoyo por parte de la madre son conductas que presentan diferencias significativas en cuanto a la percepción que tienen los adolescentes privados y no de la libertad, siendo los primeros quienes perciben mayor comunicación y apoyo.

Se debe agregar que, el apoyo, la supervisión y la comunicación de los padres es importante pues genera sentimientos de aceptación, aprobación y cariño, influyendo en conductas sexuales como el debut sexual y la conducta sexual protegida (Jiménez, 2010; Sánchez & Robles, 2014); en este caso, los resultados indican que aquellos que perciben una mayor comunicación materna

son los que ya iniciaron su vida sexual, sin embargo, también es mayor la consistencia del uso de condón en esta población; esta última conducta también cambia en relación a la comunicación paterna, en donde también es mayor el uso del condón cuando la percepción de la comunicación es alta.

Así mismo, se aprecia que hay diferencias en la supervisión de ambos padres, la comunicación con ambos y el apoyo por parte de la madre relacionadas con la frecuencia de las relaciones sexuales vaginales y la frecuencia del uso del condón en relaciones orales y anales, con pareja regular y ocasional, además se muestra que la comunicación con ambos y el apoyo de la madre son distintas en relación a la comunicación sexual con la pareja, mientras que ninguna de las tres variables parentales presentan cambios en cuanto a los estilos de negociación. De acuerdo con Bárcena, et. al (2013), la comunicación, supervisión y apoyo por parte de los padres influye en las conductas sexuales de los adolescentes generando en ellos la disminución de creencias negativas hacia el uso del condón.

También, se debe mencionar que la adolescencia es una etapa en donde los padres comienzan a perder el control de los menores y su opinión comienza a perderse frente a la de otros, como los iguales, aunque se sigue tomando en cuenta la opinión de la familia al momento de formar actitudes o intenciones (Sánchez & Muñoz, 2005). Esto puede verse reflejado en los resultados presentados ya que los adolescentes que más perciben el apoyo, supervisión y comunicación, sobre todo de la madre, son aquellos que tienen conductas sexuales consideradas seguras, como el uso del condón; sin embargo, esta población también tiene conductas de riesgo, como el inicio temprano de las relaciones sexuales, además cabe resaltar que, los adolescentes no privados de la libertad presentan índices más bajos en todas las variables e incluso para el último objetivo están casi ausentes, esto debido a que la mayoría no ha iniciado su vida sexual y por lo tanto no presenta ninguna de las variables relacionadas a esta conducta, lo cual puede indicar mayor presencia por parte de los padres así como un contexto más seguro.

Aunado a esto, es importante considerar el tipo de información que los

padres brindan, es decir, si tienen suficiente conocimiento sobre temas sexuales, si tienen conductas sexuales machistas o si la manera de transmitir los conocimientos es efectiva (Caricote, 2008, Domínguez, 2011); por ello, una propuesta de intervención en salud sexual adecuada sería aquella que se inicie a edad temprana y que incluya a los padres de familia como agentes activos del proceso, para que puedan brindar la información, el apoyo y la supervisión adecuada a sus hijos cuando su opinión aun es valorada totalmente por los menores. Esto ya que, a pesar de que los resultados indican que la población que percibe mayor comunicación, apoyo y supervisión de su madre tiene conductas sexuales de protección, también tiene conductas sexuales de riesgo, como el inicio precoz de la vida sexual. También sería preciso que la intervención incluya a los padres de familia, debido a que los resultados indican que quienes apoyan, supervisan y se comunican más con los adolescentes son las madres, habría que evaluar las razones por las que los padres no lo hacen o, si lo hacen, por qué los adolescentes no lo perciben de esa manera.

La principal limitación del presente trabajo fue la falta de homogeneidad entre los grupos de adolescentes privados y no de la libertad, es decir factores como la edad, el estado civil y el nivel educativo fueron diferentes en ambos grupos. En este sentido se recomienda considerar esto como un elemento que puede influir en los resultados, además de incorporar la valoración de los padres de familia sobre el apoyo, la supervisión y la comunicación que tienen hacia sus hijos, así como tomar en cuenta otras conductas sexuales de riesgo como tener múltiples parejas o tener relaciones sexuales a cambio de drogas o dinero; también sería preciso que los grupos privado y no de la libertad fueran homogéneos en cuanto al inicio de las relaciones sexuales, para así poder identificar si existen diferencias entre grupos con relación a las personas privadas y no de la libertad y no en cuanto a si han tenido o no relaciones sexuales. Para futuras investigaciones surgen interrogantes como ¿Los padres perciben de la misma manera que los menores el apoyo, la comunicación y la supervisión que brindan a sus hijos?, ¿Qué tipo de información, apoyo y supervisión reciben los

adolescentes por parte de sus padres? ¿De qué manera influye el apoyo, supervisión y comunicación de los padres en las conductas sexuales?

REFERENCIAS.

- Alarid, F., Sosa, R., Fernández, B & Galárraga, O. (2013). Análisis de costo-beneficio: prevención del VIH/sida en migrantes en Centroamérica. *Salud pública de México*, 55(1), 23-30.
- Alegret, M., Grau, R. & Rodríguez, M. (2008). El enfoque espacio-temporal-contextual en el estudio del VIH-SIDA. *Revista cubana de salud pública*, 34(3), 1-12.
- Araújo, E. & Menicucci, E. (2008). Grado de entendimiento sobre el VIH y el sida entre jóvenes de sexo masculino basado en la teoría de las representaciones sociales. *Enfermería global*, 7(1), 1-15.
- Álvarez, S., Ortega, J. & Castillo, M. (2016). Adopción, aborto y embarazo no planeado en adultecentes. Experiencias desde una asociación civil. *Revista de ciencias sociales*, 4(154), 31-45.
- Bárcena, S., Robles, S., & Díaz-Loving, R. (2013). El papel de los padres en la salud sexual de sus hijos. *Acta de Investigación Psicológica*, 3(1), 956-968.
- Barriga, S. (2013). La sexualidad como producto cultural. Perspectiva histórica y psicosocial. *Anduli*, 12, 91-111.
- Barros, T., Barreto, D., Pérez, F., Santander, R., Yépez, E., Abad, F. & Aguilar, M. (2001). Un modelo de prevención primaria de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/SIDA en adolescentes. *Revista panamericana de salud pública*, 10(2), 86-94.
- Betancourt, C. & Pinilla, M. (2011). Apreciaciones sobre el contexto sociocultural del VIH-Sida en las comunidades indígenas en Colombia. *Desacatos*, (35), 75-86.
- Campero, L., Atienzo, E., Suárez, L., Hernández, B. & Villalobos, A. (2013). Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas. *Gaceta médica de México*, 149, 299-307. Recuperado de: https://www.anmm.org.mx/GMM/2013/n3/GMM_149_2013_3_299-307.pdf.

- Cárcamo, C., Blychtein, D., Valverde, A., Best, J., Suárez, L., Campos, J., Escurra, M., Galván, R., Leiva, R., Romero, S., Bazán, J. & Marique, H. (2003). Estudio basal de prevalencia de sífilis y VIH y comportamientos asociados en población privada de la libertad, Perú 1999. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 20(1), 9-14.
- Cardozo, G. & Alderete, A. (2009). Adolescentes en riesgo psicosocial y resiliencia. *Psicología desde el Caribe*, 23, 148-182.
- Caricote, E. (2008). Influencia de los padres en la educación sexual de los adolescentes. *Educere*, 12(40), 79-87.
- Castro, I. (2010). Conocimientos y factores de riesgo sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes. *Revista habanera de ciencias médicas*, 9(3), 705-716.
- Castro, R. & Orozco, E. (1997). Estrategias de manejo en torno al VIH/SIDA a nivel familiar. *Salud pública de México*, 39(1), 32-43.
- Catacora, F. & Villanueva, J. (2007). Conocimientos sobre VIH/Sida y prácticas sexuales de escolares de Tacna, Perú 2004. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 24(3), 240-247.
- Chávez, M., & Álvarez, J. (2012). Aspectos psicosociales asociados al comportamiento sexual en jóvenes. *Psicología y Salud*, 22(1), 89-98.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA. (2018). Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro nacional de casos de SIDA. Actualización al 2do. Trimestre del 2018. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/391168/RN_2do_trim_2018.pdf.
- Cuadra, S., Leyva, R., Hernández, D. & Bronfman, M. (2002). Los derechos humanos en las normas sobre el VIH/SIDA en México y Centroamérica. 1993-2000. *Salud pública de México*, 44(6), 508-518.
- Dávila, M., Gil, M. & Tagliaferro, Z. (2015). Conocimiento de las personas que viven con el virus del VIH/SIDA sobre la enfermedad. *Revista de salud pública*, 17(4), 541-551.

- Diacó, A. & Sadi, M. (2010). Prevención del VIH-SIDA en contextos de encierro. Sistematización de acciones desarrolladas y de hallazgos útiles para la acción. Buenos Aires: Ministerio de Salud.
- Díez, M. & Díaz, A. (2011). Infecciones de transmisión sexual: epidemiología y control. *Revista española sanidad penitenciaria*, 13(2), 58-66.
- Domínguez, I. (2011). Influencia de la familia en la sexualidad adolescente. *Revista cubana de obstetricia y ginecología*, 37(3), 387-398.
- Domínguez, A., Verdugo, R., Gaitán, L., Sánchez, R. & Valles, A. (2011). Pacientes pediátricos con VIH/sida en Baja California, México. Alteraciones bucales relacionadas. *Universitas odontológica*, 30(64), 51-56.
- Echarri, J. (2008). Desigualdad socioeconómica y salud reproductiva: una propuesta de estratificación social aplicable a las encuestas. En S. Lerner & I. Szasz (Coord.). *Salud reproductiva y condiciones de vida en México* (pp. 59-113). México: El colegio de México.
- Enríquez, D., & Sánchez, R. (2004). Análisis exploratorio de distintas variables relacionadas con el comportamiento sexual de riesgo en hombres y mujeres universitarios. Tesis de Licenciatura no publicada. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Estado de México, México.
- Flores, M., Nava, G. & Arenas, L. (2017). Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de salud pública. *Revista salud pública*, 19(3), 374-378.
- Gaviria, A., Quiceno, J., Vinaccia, S., Martínez, L. & Ojalvo, M. (2009). Estrategias de afrontamiento y ansiedad-depresión en pacientes diagnosticados con VIH/Sida. *Terapia psicológica*, 27(1), 5-13.
- Gayet, C., (2015). Infecciones de transmisión sexual en México: una mirada desde la historia y el género. México: Secretaría de Salud. Recuperado de: <https://www.gob.mx/censida/documentos/infecciones-de-transmision-sexual-en-mexico-una-mirada-desde-la-historia-y-el-genero>.
- Gayet, C. & Gutiérrez, J. (2014). Calendario de inicio sexual en México. Comparación entre encuestas nacionales y tendencias en el tiempo. *Salud*

- Pública de México*, 56(6). 638-647.
- Gómez, E. (2008). Adolescencia y familia: revisión de la relación y comunicación como factores de riesgo o protección. *Revista intercontinental de psicología y educación*, 10(2), 105-122.
- Grimberg, M. (2002). Inicio sexual, prácticas sexuales y prevención al VIH/SIDA en jóvenes de sectores populares: un análisis antropológico de género. *Horizontes antropológicos*, 17, 44-75.
- Gutiérrez, A., Álvarez, L., de Armas, C., Capote, L., García-Ramos, E., Martín, P., Rodríguez, J. & Núñez, D. (2004). Programa de prevención de ITS y SIDA. Guía educativa para un sexo más seguro. España: Servicio Canario de la salud.
- Herrera, M., Ampudia, A., & Reidl, L. (2013). Factores de riesgo que identifican a adolescentes y jóvenes en conflicto con la ley. *Psicología y Salud*, 23(2), 209-216.
- Hirmas, M., González, J., Aranda, W. & González, E. (2008). Motivo de inicio de actividad sexual en adolescentes desde una perspectiva de género: Cembra 2005-2006. *Revista chilena de salud pública*, 12(1), 5-11.
- Infante, C., Zarco, A., Angel, S., Morrison, K., Caballero, M., Bronfman, M. & Magis, C. (2006). El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México. *Salud pública en México*, 48(2), 141-150.
- Jiménez, M. (2010). Comunicación sexual en adolescentes y su implicación en la consistencia del uso del condón. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 15(1), 107- 129.
- Jiménez, Y., Pintado, Y., Monzón, A. & Valdés, O. (2009). La sexualidad temprana en la adolescencia. Un problema actual. *Revista de psiquiatría y psicología del niño y el adolescente*, 8(2), 1-13. Recuperado de: [http://psiquiatriainfantil.org/2009/2009\(1\).pdf](http://psiquiatriainfantil.org/2009/2009(1).pdf).
- 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), 117-219. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11204508>
- Juárez, F., Palma, J., Singh, S. & Bankole, A. (2010). Las necesidades de salud sexual y reproductiva de las adolescentes en México: retos y oportunidades. Nueva York: Guttmacher Institute. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/242659092_Las_Necesidades_de_Salud_Sexual_y_Reproductiva_de_las_Adolescentes_en_Mexico_Retos_y_Oportunidades.
- Juárez, J. & Pozo, E. (2010). Percepciones sobre comportamientos sexuales de riesgo en personas que viven con VIH/SIDA y reciben tratamiento antirretroviral en Piura, Perú. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 27(1), 31-37.
- Juárez, F., Singh, S., Maddow, I. & Wulf, D. (2013). Embarazo no planeado y aborto inducido en México: causas y consecuencias, Nueva York: Guttmacher Institute. Recuperado de: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fb-aborto-en-mexico_1.pdf.
- Kerlinger, F., & Lee, H. (2002). Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales (4ª ed.). México: McGraw-Hill.
- Langer, A. (2003). Embarazo no deseado y el aborto inseguro: su impacto sobre la salud en México. *Gaceta médica de México*, 139(1), 2-7.
- Leyva, G. (2008). *Diseño de material didáctico como apoyo al aprendizaje y sensibilización de las infecciones de transmisión sexual* (Tesis de maestría no publicada). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Magaña, J., Batista, J., Blair, M. & Mata, J. (1992), Una pedagogía de concientización para la prevención del VIH/SIDA. *Revista latinoamericana de psicología*, 24(1-2), 97-108.
- Magis, C., Rivera, M., Gasca, R. & Gutiérrez, J. (2005). El gasto en la atención y la prevención del VIH/SIDA en México: tendencias y estimaciones 1997-2002. *Salud pública de México*, 47(5), 361-368.

- Mariño, M. (2012). Estudio de relación entre Niveles de Violencia en Población masculina Privada de Libertad (PLL) en El Salvador y conocimientos de VIH, Vulnerabilidad asociada con VIH/SIDA. *Población y salud en Mesoamérica*, 9(2), 1-12.
- Martínez, R. & Aledo, F. (2003). Atención a la diversidad, salud y práctica físico-deportiva: un programa de prevención e intervención en VIH/SIDA en el penitenciario. *Indivisa*, 4, 103-130.
- Massip, T., Massip, J. & Arnold, Y. (2014). Caracterización de variables biosociales en la epidemia de VIH/SIDA en el municipio Plaza de la Revolución, 1986-2010. *Revista cubana de higiene y epidemiología*, 52(1), 44-57.
- Naranjo, R., Reyes, O., García, G., León, M. & Naranjo, M. (2008). Adolescencia e inicio precoz de las relaciones sexuales. Algunos factores desencadenantes. *Gaceta médica espirituana*, 10(2). 1-8.
- Oliva, D., Saavedra, C. & Viñas, A. (2009). Las mujeres y el VIH/SIDA: ¿Por qué un problema? *Revista habanera de ciencias médicas*, 8(5), 113-120.
- Olvera, M., Moreno, M. & de la Garza, L. (2015). Transferencia del conocimiento para la prevención de ITS/VIH/SIDA en adolescentes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53(6), 742-748.
- Organización mundial de la salud. (2012). Prevención y tratamiento de la infección por VIH y otras infecciones de transmisión sexual entre hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero. Recomendaciones para un enfoque de salud pública. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización mundial de la salud. (2016). Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016-2021. Hacia el fin de las ITS. Recuperado de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250253/who-rhr-16.09-spa.pdf;jsessionid=0BEF3BD9D540201ECD0E435254889111?sequence=1>
- Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (2013). Prevención, tratamiento y

atención del VIH en las cárceles y otros lugares de reclusión: conjunto completo de intervenciones. Viena: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO]. (2017). Embarazo precoz y no planificado y el sector de la educación. Revisión de la evidencia y recomendaciones. París: Autor.

Osorio, A., Álvarez, A., Hernández, V., Sánchez, M. & Muñoz, L. (2017). Relación entre asertividad sexual y autoeficacia para prevenir el VIH/SIDA en jóvenes universitarios del área de la salud. *Revista iberoamericana para la investigación y el desarrollo educativo*, 7(14), 1-15. DOI <http://dx.doi.org/10.23913/ride.v7i14.264>.

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

Papalia, E. Wendkos, S. & Duskin, R. (2010). Desarrollo humano. Ciudad de México: Mc Graw Hill.

Paredes, J. & Colomer, C. (2000). Prevención del VIH/SIDA en el medio penitenciario: una experiencia de planificación participativa. *Gaceta Sanitaria*, 15(1), 41-47.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [ONUSIDA]. (2018). Hoja informativa- Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida. Recuperado de: <http://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>.

Ramos, V., Rico, R., Martínez, P. & Benavides, R. (2011). Normas subjetivas para VIH/SIDA y las actitudes sexuales en adolescentes. *Enfermería global*, 10(2), 1-7.

Rivas, D. & Ortiz, A. (2013). Situación actual de la salud sexual y salud reproductiva de los hombres privados de libertad del Centro de Atención Institucional de San José. *Enfermería actual en Costa Rica*, 25, 1-16.

Rivera, P. & Magis, C. (2007). Asignación actual de recursos para la prevención

- del VIH/SIDA en México. *Salud pública de México*, 49, 361-366.
- Robles, S., Díaz-Loving, R., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez, M., Barroso, R., & Rodríguez, M. (2011a). 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. (2011b). Conocimientos sobre VIH/SIDA, comunicación sexual y negociación del uso del condón en adolescentes sexualmente activos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(4), 317-340.
- Robles, S., Rodríguez, M., Frías, B., & Moreno, D. (2014). Indicadores del uso eficaz del preservativo. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 25(2), 244-258.
- Rodríguez, A., Sanabria, G., Contreras, M., & Perdomo, B. (2013). Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(1), 161-174.
- Rodríguez, M., & Díaz-González, E. (2011). Relación entre la consistencia en el uso de condón y factores disposicionales en estudiantes de bachillerato. *Psicología y Salud*, 21(1), 17-24.
- Sagaró del Campo, N., Gómez, M., Moraga, A. & García, Y. (2014). Conocimiento acerca del VIH/sida en adolescentes de distintos niveles de enseñanza. *MEDISAN*, 18(8), 1138-1143.
- Salazar, J., Torres, T., Reynaldos, C., Figueroa, N. & Araiza, A. (2011). Factores asociados a la delincuencia en adolescentes de Guadalajara, Jalisco. *Papeles de Población*, 17(68), 103-126.
- Sánchez, M. & Muñoz, A. (2005). Influencia de padres y amigos sobre la actitud hacia las conductas sexuales de prevención en la adolescencia. Un análisis en función del género. *Revista latinoamericana de psicología*, 37(1), 71-79.
- Sánchez, R., Enríquez, D., & Reyes-Lagunes, I. (2011). Apoyo y supervisión parental y conducta sexual protegida. In R. Díaz-Loving & S. Robles (Eds.), *Salud y sexualidad*. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

- Sánchez, R., Enríquez, D. & Robles, S. (2016). Evaluación de un programa de intervención para promover la salud sexual en adolescentes mexicanos en conflicto con la ley. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(2), 257-268. DOI: 10.14718/ACP.2016.19.2.11.
- Sánchez, R. & Robles, S. (2014). Apoyo, supervisión y comunicación con padres y su relación con el comportamiento sexual de jóvenes en conflicto con la ley. *Acta de investigación psicológica*, 4(1), 1398-1412.
- Schifter, J. (2001). *La prevención del VIH/SIDA y el desarrollo de la salud integral en las cárceles*. *Interamerican Journal of Psychology*, 35 (2), 133-154.
- Secretaría de Salud. (2002). *La salud sexual y reproductiva en la adolescencia: un derecho a conquistar*. (Segunda edición). Ciudad de México, México: Autor. Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7199.pdf>.
- Secretaría de Salud. (2008). *Manual para la prevención del VIH/SIDA en usuarios de drogas inyectadas*. Ciudad de México: Centro Nacional para la prevención y control del VIH/SIDA.
- Secretaría de Salud. (2014a). *Guía nacional para la prevención del VIH y el sida*. Ciudad de México: Instituto nacional de Salud Pública.
- Secretaría de Salud. (2014b). *Salud sexual y reproductiva para adolescentes 2013-2018*. Ciudad de México, México: Autor. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/242381/SaludSexualyReproductivaparaAdolescentes_2013_2018.pdf.
- Secretaría de Salud. (2016). *Modelo de atención integral en salud sexual y reproductiva para adolescentes* (Segunda edición). Ciudad de México, México: Autor. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/181050/web_ModAtnIntSSRA.pdf.
- Suárez, R., Niño, N., Sepúlveda, R., & Vesga, J. (2008). Contextos socioculturales de riesgo para contraer VIH en Cartagena. *Antípoda*, (6), 313-330.
- Torres, A. (2006). Nuevos retos y oportunidades en un mundo globalizado: análisis

- político de la respuesta al VIH/Sida en México. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 13(3), 649-674.
- Torres, T., Reynaldos, C., Lozano, A. & Munguía, J. (2010). Concepciones culturales del VIH/Sida de adolescentes de Bolivia, Chile y México. *Revista de saúde pública*, 44(5), 820-829.
- Uribe, J., Andrade, P., Zacarías, X. y Betancourt, D. (2013). Predictores del uso del condón en las relaciones sexuales de adolescentes, análisis diferencial por sexo. *Revista intercontinental de psicología y educación*, 15(2), 75-92.
- Valdespino, J., García, M., Del río, C., Cruz, C., Loo, E. & López, A. (1995). Las enfermedades de transmisión sexual y la epidemia del VIH/SIDA. *Salud pública de México*, 37(6), 549-555.
- Van Horne, B. S., Wiemann, C. M., & Berenson, A. B. (2009). Multilevel Predictors of Inconsistent Condom Use Among Adolescent Mothers. [Feature]. *American Journal of Public Health*, 99(S2), 417-424.
- Vázquez, J., Mercadillo, M. & Celis, J. (2011). Mortalidad por VIH/SIDA en el instituto mexicano del seguro social. *Revista médica del instituto mexicano del seguro social*, 49(1), 109-115.
- Vázquez, L. (2012). Acercamiento estadístico a la realidad de los menores infractores en México: legislación y crimen organizado, nuevos desafíos. *Universitas Psychologica*, 11(4), 1105-1114.
- Velásquez, S. & Bedoya, B. (2010). Los jóvenes: población vulnerable del VIH/SIDA. *Medicina UPB*, 29 (2), 144-154.
- Vélez-Pastrana, M., González-Rodríguez, R., & Borges-Hernández, A. (2005). Family functioning and early onset of sexual intercourse in latino adolescents. *Adolescence*, 40(160), 777-791.
- Villaseñor, A., Caballero, R., Hidalgo, A. & Santos, J. (2003). Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor del uso de condón en adolescentes. *Salud pública de México*, 45(1), 73-80.
- Welti, C. (2005). Inicio de la vida sexual y reproductiva. *Papeles de población*, 11(45), 143-176.

Zapata, R., González, J. & Rangel, M. (2014). Mortalidad por VIH/SIDA en la frontera norte de México: niveles y tendencias recientes. *Papeles de población*, 20(79), 39-71.

APÉNDICE A: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.

INFORMACIÓN GENERAL

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

DATOS PERSONALES

DI1. ¿Cuál es tu sexo? **Hombre () Mujer ()**

DI2. ¿Cuál es tu edad? _____ años cumplidos.

DI3. ¿Cuál es tu estado civil?

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

DI4. ¿Cuál es el último nivel de estudios que concluiste?

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

DI5. ¿Actualmente en qué nivel de estudios te encuentras?

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

DI6. ¿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 _____

DI7. ¿Tienes hijos?

Si (1) ¿Cuántos? _____ No (2)

DI8. 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)

DATOS JURIDICOS

DJ1. Delito por el que cual te encuentras en la COMUNIDAD:

Robo (1) Extorsión (2) Lesiones (3) Violación (4) Homicidio (5)

Privación ilegal de la libertad (6) Delincuencia organizada (7)

Otras causas (8) ¿Cuál? _____

DJ2. ¿Cuántas veces has ingresado a la COMUNIDAD?

Primera vez (1) Segunda vez (2)

Tercera vez (3) Más de cuatro (4) ¿cuántas? _____

DJ3. En caso de que ya tengas sentencia ¿De cuántos años es?

_____ años _____ meses no aplica ()

DJ4. En caso de que ya estés cubriendo tu sentencia ¿Cuánto tiempo te falta por cubrirla?

_____ años _____ meses no aplica ()

DATOS DE LA FAMILIA

DF1.1 ¿Vive tu papá? **Si (1) No (2)** DF11.2 ¿Vive tu mamá? **Si (1)**

No (2)

DF2. Tus papás viven: **Juntos (1) Separados (2)**

	PADRE	MADRE
DF3.	¿Qué edad tiene tu PAPÁ ? _____ años cumplidos	¿Qué edad tiene tu MAMÁ ? _____ años cumplidos
DF4.	¿Cuál es el último nivel de estudios que concluyó tu PAPÁ ? Sin estudios (1) Primaria (2) Secundaria (3) Preparatoria (4) Carrera Técnica (5) Universidad (6) Posgrado (7)	¿Cuál es el último nivel de estudios que concluyó tu MAMÁ ? Sin estudios (1) Primaria (2) Secundaria (3) Preparatoria (4) Carrera Técnica (5) Universidad (6) Posgrado (7)

	Otro (8) ¿Cuál? _____	Otro (8) ¿Cuál? _____
DF5.	¿Actualmente trabaja tu PAPÁ ? Si (1) No (2)	¿Actualmente trabaja tu MAMÁ ? Si (1) No (2)
DF6.	¿Cuántas horas diarias trabaja tu PAPÁ ? _____ horas diarias	¿Cuántas horas diarias trabaja tu MAMÁ ? _____ horas diarias

DF7. ¿A cuánto ascienden los ingresos mensuales de las personas que trabajan y viven contigo?

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

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

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

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

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

No sé

DF8. ¿Cuántos hermanos/hermanas tienes? _____ (escribe el número (0, 1, 2...), evita poner afirmaciones como “muchas”, “pocas”, etc.).

DF9. ¿Algún miembro de tu familia tiene antecedentes penales?

Si (1) No (2) ¿Quién? Papá (1) Mamá (2) Abuelos (3) Pareja (4)

Hermanos (5)

Otro: _____

DF10. Tienes un/a hermano/a que haya tenido un embarazo no planeado.

(1) Si (2) No (3) No sé

DF11. Tu (s) hermano (s) ha (n) tenido relaciones sexuales fuera del matrimonio o unión libre.

(1) Si (2) No (3) No sé

APÉNDICE B: ESCALA DE APOYO PATERNO Y MATERNO.

A continuación, encontrarás una serie de palabras con respecto al apoyo que recibes de tus padres, marca con una "X" la opción que se ajuste a lo que tú percibes. Las opciones para que respondas son:

(1) Nada (2) Casi nada (3) Poco (4) Bastante (5) Mucho

En los últimos tres meses, el apoyo que has recibido es...

	Papá	Mamá
AF1 Sobre mi educación	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
AF2 Cariñoso	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
AF3 Comprensivo	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
AF4 Con consejos	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
AF5 Económico	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
AF6 Amoroso	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
AF7 Comunicativo	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
AF8 Protector	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

APÉNDICE C: ESCALA DE SUPERVISIÓN PATERNA Y MATERNA.

A continuación, encontrarás una serie de palabras con respecto a la supervisión que recibes de tus padres, marca con una "X" la opción que se ajuste a lo que tú percibes. Las opciones para que respondas son:

(1) Nada (2) Casi nada (3) Poco (4) Bastante (5) Mucho

En los últimos tres meses, la supervisión que has recibido es...

	Papá	Mamá
SP1 Comprensiva	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

		Papá					Mamá				
SP2	Protectora	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
SP3	Con respeto	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
SP4	Confiable	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
SP5	Por amor	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
SP6	Cuidadosa	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
SP7	Sobre mi educación	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
SP8	Dar consejos	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
SP9	Sobre mis amigos	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
SP10	Responsable	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

APÉNDICE D: ESCALA DE COMUNICACIÓN SEXUAL ENTRE PADRES E HIJOS.

Señala con una “X” la frecuencia con la que **platicas** con tu papá y tu mamá sobre los siguientes temas sexuales. Considera que las opciones de respuesta que tienes van de:

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

	Temas	Papá					Mamá				
C1	Cómo usar los métodos anticonceptivos	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
C2	Cómo protegerte en las relaciones sexuales	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
C3	Dónde comprar los condones masculinos	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
C4	La posibilidad de tener relaciones sexuales	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

	Temas	Papá					Mamá				
C5	El posponer un encuentro sexual	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
C6	Ventajas que tiene el condón sobre otros métodos anticonceptivos	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
C7	Cómo usar un condón masculino	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
C8	Cómo prevenir las ITS y el VIH/SIDA	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
C9	Las posibles consecuencias de las ITS y el VIH/SIDA	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
C10	Cómo identificar los síntomas de las ITS y el VIH/SIDA	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

APÉNDICE E: PATRÓN DE COMPORTAMIENTO SEXUAL.

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) Si **(2) No (fin del cuestionario, pasa a la página 14)**

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) Si (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) Si (2) No**

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

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

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

_____ **personas.**

PS9. Las relaciones sexuales que has tenido han sido:

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

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

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

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

- (1) Si (2) No (3) No sé como hacérmela**

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

Si. Cuál._____ **(2) No (3) No sé**

PS.13. ¿Alguna vez tu pareja o tú han tenido un embarazo no planeado por tener relaciones sexuales?

(1) Si (2) no (3) No sé

PS.14. ¿Alguna vez tu pareja o tú han tenido un aborto por tener relaciones sexuales?

(1) Si (2) No (3) No sé

APÉNDICE F: CONSISTENCIA DEL USO DEL CONDÓN.

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

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

APÉNDICE G: COMUNICACIÓN SOBRE TEMAS SEXUALES CON LA PAREJA.

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

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

	Temas	Pareja
C1	Cómo usar los métodos	1 2 3 4 5

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

APÉNDICE H: ESCALA DE ESTILOS DE NEGOCIACIÓN SOBRE EL USO DEL CONDÓN.

A continuación, se te presentan una serie de afirmaciones. Marca con una

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

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