



11226
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO 27

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20

"Nivel de autoeficacia para la prevención del VIH/SIDA en adolescentes de 12 a 19 años de la UMF No.20"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

DRA. MARGARITA GONZALEZ HERNANDEZ

ASESOR: DR. MAURILIO ESPINO GRACIA

GENERACION 2001-2004



MEXICO D.F.

TESIS CO.
FALLA DE ... EN

2004 3

A



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.

PAGINACIÓN DISCONTINUA

Vo.Bo

ASESOR



DR. MAURILIO ESPINO GARCIA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
JEFE DE ENSEÑANZA DE LA UMF No 3 DEL IMSS

TESIS CON
FALLA DE CALIDAD

Vo.Bo

COASESOR



Yolanda E. Valencia Islas

DRA. YOLANDA ESTELA VALENCIA ISLAS
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
JEFE DE ENSEÑANZA DE LA UMF No 20 DEL IMSS
TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR EN LA UMF No20 DEL IMSS

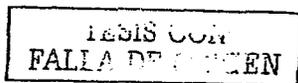
C

TESIS CON
FALLA DE DEFENSA

RESUMEN

Nivel de autoeficacia para la prevención del VIH/SIDA en adolescentes de 12 a 19 años de la UMF No.20 . Dra González Hernandez Margarita, Dr Maurilio Espino García

El SIDA es la pandemia más importante del siglo. En algunos estudios sobre la sexualidad de los adolescentes en México se establece que el inicio de las relaciones sexuales se da en un rango promedio entre los 15 y 16 años de edad y es más temprano en los varones que en las mujeres. A la vez, la actividad sexual sin protección es común en la mayoría de los adolescentes. El grupo de edad más afectado es de los 25 a 44 años. Se reporta que en la edad más apropiada para la intervención para la implementación de medidas preventivas para el SIDA es la adolescencia, pero influye la orientación en el estilo de vida de los adolescentes para entender la información acerca del SIDA/VIH. **Objetivo:** Evaluar el nivel de autoeficacia para la prevención del VIH/SIDA en adolescentes de la UMF No.20. **Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal, descriptivo y prospectivo, en la Unidad de Medicina Familiar No.20 del IMSS. Se tomo una muestra representativa de 345 pacientes adolescentes de 12 a 19 años de edad. La recolección de datos se realizó a partir de un cuestionario autoaplicable, previo consentimiento informado. Los datos de cada cuestionario se evaluaron mediante un análisis estadístico. **Resultados:** Respecto a la capacidad para decir no a las relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias se estimo con la escala de autoeficiencia para la prevención del SIDA en adolescentes. 73.3% (252) presento mayor autoeficacia y 26.7% (92) menor autoeficacia. Así la capacidad para preguntar al compañero sobre relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo como consumo de drogas, observamos, 81.4% (281) mayor autoeficacia. La autoeficacia referente al uso correcto del preservativo y sobre el matrimonio, fidelidad y el hablar con los padres de temas sobre sexualidad, 73.3% (253) mayor autoeficacia y 26.7% (92) menor autoeficacia. La capacidad sobre el uso del preservativo y planificación de las relaciones sexuales, obteniéndose mayor autoeficacia al respecto en 61.4% (212) y en menor en 38.6% (133) de los 345 de los adolescentes encuestados. **Conclusiones:** Los adolescentes de la UMF No 20 tienen mayor autoeficacia en la prevención de VIH/SIDA



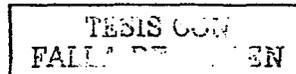
AGRADECIMIENTOS

AL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL que nos abrió generosamente sus puertas de sus instituciones, por darnos la oportunidad de convertirnos en verdaderos especialistas y poder participar en el desarrollo económico de nuestra patria. Con admiración gracias

Mi agradecimiento a la Unidad de Medicina Familiar no 20 por haberme brindado la formación en medicina familiar, sin la cual hubiera sido imposible escribir las presentes líneas

Al Dr. Maurilio Espino Gracia quien a contribuido en forma decisiva a la consumación de este trabajo, le manifiesto mi mas afectuoso reconocimiento.

A mis profesores presentes por los conocimientos que me brindaron y por su ejemplo profesional, un recuerdo de gratitud en este momento de reflexión



AGRADECIMIENTOS

En estas líneas deseo dar reconocimiento también a todos aquellos que contribuyeron de alguna forma a mi formación profesional.

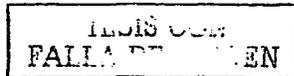
Primeramente a mi Dios agradezco la vida y la salud necesaria para poder llevar a cabo mis objetivos y aspiraciones

Manifiesto orgullosamente mi agradecimiento a mis padres Ignacio y Concepción, por el apoyo, la educación, la tranquilidad, el amor y los conocimientos que me brindaron hasta el momento; son y seguirán siendo la guía de mi vida.

Mención relevante a mis hermanos Ignacio, Alberto, Teresa y Patricia quienes entusiastamente me han apoyado, orientado y comprendido durante todos estos años de mi vida juntos.

Un agradecimiento especial a mi compañero y amigo, Julián quien con su paciencia, cariño y comprensión me ha apoyado.

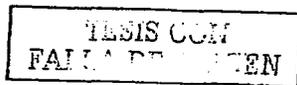
Un agradecimiento a mis compañeros quienes con han contribuido a la integración de este trabajo



INDICE

PAG.

RESUMEN	I
AGRADECIMIENTOS	II
INDICE GENERAL	III
INDICE DE FIGURAS	IV
OBJETIVOS	2
JUSTIFICACION	3
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
HIPOTESIS	10
MATERIAL Y METODO	11
PRESENTACION DE RESULTADOS	16
ANALISIS DE RESULTADOS	26
CONCLUSIONES	31
BIBLIOGRAFIA	33
ANEXOS	36



INDICE DE FIGURAS

		Pag.
FIGURA 1	Porcentaje de edad en años	18
FIGURA 2	Porcentaje de el sexo (masculino, femenino)	18
FIGURA 3	Porcentaje de ocupación	19
FIGURA 4	Porcentaje de adolescentes con mayor y menor autoeficacia para la prevención del SIDA	19
FIGURA 5	Porcentaje de edad de la 1ra relación sexual	20
FIGURA 6	Porcentaje de parejas sexuales	20
FIGURA 7	Porcentaje de adolescentes que emplearon el condón en su 1ra relación sexual	21
FIGURA 8	Porcentaje de la estimación de la efectividad del condon	21
FIGURA 9	Principales consideraciones de mas riesgo para contraer SIDA	22
CUADRO 1	Escolaridad	23
CUADRO 2	Información sobre sexualidad	24
CUADRO 3	Fuente por la que han obtenido información de sexualidad	25

TITULO :

"Nivel de autoeficacia para la prevención del VIH/SIDA en adolescentes de 12 a 19 años de la UMF No.20"

**TESIS CON
FALLA DE BIEN**

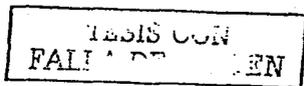
OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el nivel de autoeficacia para la prevención del VIH/SIDA en adolescentes de la UMF No.20.

OBJETIVOS PARTICULARES

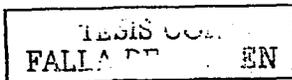
- Evaluar la capacidad para decir no a las relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias.
- Evaluar la capacidad percibida para preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo como consumo de drogas.
- Evaluar la capacidad percibida para adquirir y utilizar correctamente preservativos.
- Describir el número de personas con las que ha tenido relaciones sexuales y la edad a la que tuvo esa primera relación sexual.
- Describir las razones por la que no se empleó el condón al menos en una relación sexual.
- Distinguir la estimación de la efectividad del preservativo por los adolescentes.
- Distinguir sobre que tema les gustaría tener información.
- Describir la principal fuente por la que obtuvieron la información sobre sexualidad.
- Distinguir las tres principales conductas como factor de riesgo para infectarse con el VIH.
- Describir la edad, sexo, estado civil, escolaridad y ocupación de los adolescentes.



JUSTIFICACIÓN

Con la aparición de la pandemia del SIDA las enfermedades de transmisión sexual han cobrado mayor relevancia dado que el contacto sexual es la principal vía de transmisión del VIH; además, las enfermedades de transmisión sexual sobre todo las que provocan úlceras genitales, aumentan hasta 300% los riesgos para la transmisión sexual del SIDA. Desafortunadamente la infección del VIH está incrementándose más rápido entre la gente joven, considerada población de alto riesgo, la cual en la actualidad inicia mas tempranamente su actividad sexual y tiene, por razones de tiempo, mas probabilidad de rotación de pareja, con lo que se enfrenta a riesgos como la transmisión del VIH. Actualmente el SIDA es la cuarta causa de muerte en todo el mundo.

Debido a que la infección puede ocurrir hasta 10 años antes de ser diagnosticada como SIDA, esto significa que la mayoría de las personas se infectaron con el VIH durante la adolescencia o en la preadolescencia. Los adolescentes están experimentando tasas exorbitantes de enfermedades transmitidas sexualmente (gonorrea y clamidia) por lo tanto, si estas enfermedades están siendo transmitidas, el VIH también se está transmitiendo. Tomar riesgos forma parte de ser joven. Los adolescentes a veces actúan como si fueran invencibles. Pero en esta época, el impacto al tener sexo sin protección puede ser irreversible. Al llegar a los 20 años de edad, el 77% de las mujeres y el 86% de los hombres ya han tenido relaciones sexuales. Y la mayoría de los jóvenes no usan condones con consistencia. En una encuesta llevada a cabo en 1991 entre hombres adolescentes se demostró que el uso del condón es más alto al inicio de la relación, sin embargo, declinan una vez que se percibe a la pareja como "segura". Las personas con mayor cantidad de parejas sexuales fueron los que menos usaban el condón. Los jóvenes homosexuales, los que usan drogas, los delinquentes juveniles, los que desertan de la escuela, los que no tienen hogar y los que emigran de un lugar a otro, son especialmente los más vulnerables al VIH y a otras ETS. Si Las escuelas ofrecen un marco de oportunidades para educar acerca de como se transmiten el VIH y las ETS. Sin embargo, la educación no es algo que se hace solo una vez; deberá ser un proceso continuo, volviéndose más sofisticado a medida que los jóvenes cambian o se desarrollan. El presente proyecto sobre la base de lo antes mencionado pretende obtener la autoeficacia de los adolescentes de nuestro universo de trabajo para adquirir y mantener conductas que eviten el contagio por VIH y en base a esto, si es necesario modificar las estrategias en la promoción de la salud en este aspecto, para lograr la prevención y por lo tanto el control de la transmisión de VIH en los adolescentes, y con esto evitar en edad adulta la aparición del SIDA, que es una enfermedad que genera muchos gastos a la institución. Los jóvenes son el futuro de nuestra sociedad y debe hacerse todo lo que esté en nuestras manos para poder salvar sus vidas.



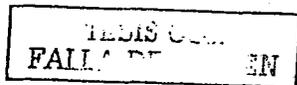
ANTECEDENTES CIENTIFICOS

El SIDA es la pandemia más importante del siglo. Según estimaciones del programa de la Organización de las Naciones Unidas para la prevención del SIDA (ONUSIDA) a finales de 1997 había 30,600,000 personas viviendo con VIH en todo el mundo; 11, 700,000 ya han fallecido de SIDA y se calcula que existen 8,200,000 huérfanos por esta enfermedad. Así mismo se estima que un promedio de 16,000 personas por día se infectan con el virus de los cuales el 10% corresponde a menores de 15 años y el 42% a mujeres (1,2). México ocupa el décimo tercer lugar en cuanto al número total de casos notificados mundialmente y el trigésimo lugar en el continente Americano. Se han acumulado hasta el 1ro. de octubre de 1998 se han registrado de manera acumulativa 37,381 casos en México; sin embargo, esta cifra constituye sólo una aproximación a la magnitud real de la epidemia, debido a los fenómenos conocidos como retraso en la notificación y subdiagnóstico

(2, 3, 4).

En algunos estudios sobre la sexualidad de los adolescentes en México se establece que el inicio de las relaciones sexuales se da en un rango promedio entre los 15 y 16 años de edad y es más temprano en los varones que en las mujeres. A la vez, la actividad sexual sin protección es común en la mayoría de los adolescentes (1, 2, 5, 6,7).

Analizando el SIDA en México de acuerdo con la edad y sexo de los pacientes, se han registrado 32,139 casos en hombres y 5,242 en mujeres. El grupo de edad más afectado es de los 25 a 44 años, que concentran el 78% de los casos varones y el 73% mujeres. En los hombres la principal vía de transmisión es la vía sexual (homosexual y heterosexual) y en menor medida, la transmisión sanguínea; en las mujeres, en un inicio la transmisión fue sanguínea y ahora el heterosexual; y en los menores de 15 años, grupo en el que inicialmente la transmisión también era sanguínea, ahora es perimetal y en mucho menor medida la sexual. De manera global, incluyendo ambos sexos, el 87% de los casos de SIDA en adultos adquieren la enfermedad por contagio sexual, mientras que el 13% restante lo hicieron por vía sanguínea (2, 3, 8, 9, 10).

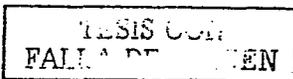


La distribución geográfica del SIDA presenta importantes diferencias en las tasas por 10,000 habitantes. El D. F. (75.8), Jalisco (48.6), Morelos (38.2) y Baja California (37.0) son entidades con los valores más elevados; en cambio Hidalgo (9.1), Tabasco (6.8), Zacatecas (6.6) y Chiapas (6.0) presentan tasas 10 veces más bajas que el D. F. (3, 9).

Se han realizado diferentes evaluaciones de las medidas para la prevención de la transmisión del VIH en México. En 1989 se presentó la evaluación de mensajes clave para incrementar el uso del condón en prostitutas, realizando un estudio cuasiexperimental. La evaluación mostró un incremento significativo en el uso del condón asociado a la intervención educativa y la seroprevalencia de infección por VIH se mantuvo por debajo del 1% (5, 11, 12). Se realizó un estudio semejante en homosexuales de Guadalajara con resultados positivos, pero no satisfactorios. Se llevaron a cabo estudios para identificar los factores que explican el abandono del uso de condón. Se diseñaron y evaluaron, mediante técnicas cuantitativas y cualitativas, intervenciones educativas para la prevención de ETS y VIH. En el segundo semestre de 1987 se realizó la primera campaña educativa sobre SIDA en México a través de los medios masivos de comunicación (13, 14, 15, 16).

El primer caso de SIDA en México fue diagnosticado en 1983; en 1985 se creó el Comité para la Prevención y el Control del SIDA que luego se transformó en el Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA (CONASIDA) y en noviembre de 1987 salió al aire la primera campaña en medios masivos de comunicación. Desde entonces, y al igual que lo ocurrido con la epidemia, las estrategias informativas y educativas han atravesado por cambios importantes (11, 17).

En febrero de 1986 la Secretaría de Salud creó el Comité Nacional para la Prevención del SIDA. El primer modelo de comunicación desarrollado consistió en la distribución de folletos con preguntas y respuestas sobre el SIDA, dirigidos al público general, conjuntamente con otros materiales especialmente destinados a hombres homosexuales y bisexuales. En abril de 1987 se inició una investigación sobre conocimientos y actitudes del público en general en



relación con el SIDA. La información recolectada hacía evidente que muchas personas habían oído hablar del SIDA, pero que predominaban las concepciones equivocadas. La campaña en los medios masivos fue específicamente diseñada para enfrentar estas carencias. (11, 18).

Se reporta que en la edad más apropiada para la intervención para la implementación de medidas preventivas para el SIDA es la adolescencia, pero influye la orientación en el estilo de vida de los adolescentes para entender la información acerca del SIDA/VIH. El riesgo de contraer el SIDA aumenta con: un número creciente de compañeros sexuales, el uso de drogas intravenosas y los tatuajes, cualquier tipo de relaciones sexuales (oral, anal o vaginal) sin el uso de condones, y el uso de bebidas alcohólicas o de drogas (19, 20)

El periodo de la adolescencia se caracteriza por rápidos cambios, psicosociales, físicos y emocionales, es un momento en el aumentan las exigencias sobre el joven, al mismo tiempo que enfrentan compromisos sociales característicos de los adultos. La adolescencia comienza antes en las mujeres que en los varones y la edad oscila desde los 11-12 hasta 22-23 años. La organización mundial de la salud delimita cronológicamente a la adolescencia como el periodo de desarrollo comprendido entre los 10 y la 19 años (6, 21)

El concepto moderno de adolescencia es antropológico y sociológico, perspectiva que ha superado los clásicos ejes que tomaban como referencia segmentos etarios o cambios exclusivamente somáticos. Dentro del mismo periodo de la adolescencia, existen varias etapas tanto en términos biológicos como psicológicos, las cuales se clasifican en tres periodos que son: adolescencia temprana, media y tardía. La comunicación con el adolescente es el origen de problemas que pueden ser muy importantes dentro de su desarrollo. Los padres, maestros y no en pocas ocasiones los psicoterapeutas y psiquiatras incurren en modalidades de comunicación que complican la relación del adolescente con la de los adultos. La actitud mas adecuada de un medico es la de una actitud de neutralidad benevolente. Es importante que los padres conozcan inquietudes de sus hijos y proporcionen información adecuada y suficiente, a fin de prevenir situaciones como embarazos no deseados y/o enfermedades de transmisión sexual. Es frecuente

que los adolescentes busquen información extrafamiliar, acerca de su sexualidad, de ahí que la familia otorgue la importancia que merece el grupo social de amigos que el adolescente tiene (22).

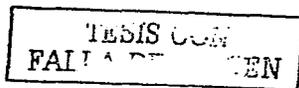
Dado que los adolescentes abarcan un importante segmento de la población de edad fértil los esfuerzos de comunicación y educación son indispensable para lograr que se retrase el inicio de la actividad sexual y que, cuando esto ocurra, se tenga protección anticonceptiva (6, 22).

No obstante que la población adolescente es de particular interés para el estudio de prevención de enfermedades de transmisión sexual, ya que en esta etapa es cuando se expone a un alto riesgo de contraer diversas infecciones. Dado que su comportamiento aun en desarrollo y empiezan a experimentar la vida sexual, pueden adoptar practicas más seguras con mayor facilidad que los adultos. (6, 10)

Los adolescentes son muy valiosos para la sociedad. Por lo que es útil invertir tiempo en la educación acerca del autocuidado de su salud sexual, así para que influyan y educan a sus compañeros.

La prevención desde la autoeficacia para adquirir y mantener conductas que eviten el contagio por VIH es importante en la población adolescente. El concepto de autoeficacia se basa en la teoría sociocognositiva de Bandura. Con autoeficacia nos referimos a la percepción por parte de los adolescentes de su competencia para desarrollar una conducta sexual eficaz para prevenir el SIDA. Según Bandura, los cuatro factores que incrementan la autoeficacia son las experiencias de éxito, el éxito vicario, la persuasión social y la reducción de la ansiedad, siendo un requisito la atribución interna del control y éxito de la conducta.

Para medir la autoeficacia percibida en el mantenimiento de una conducta sexual preventiva del SIDA, Kasen, Vaughan y Walter crearon una escala de 22 reactivos. Su estudio se desarrollo en una muestra de adolescentes hombres y mujeres, de 15 a 19 años en la ciudad de Nueva York.



Se reporto un nivel de consistencia interna alto y de validez con base en su capacidad discriminatoria de conductas de riesgo.

Esta escala ha sido adaptada al español y estudiadas en muestras mexicanas. Ambos estudios reportan un nivel de consistencia interna alto y una buena validez discriminatoria.

López Rosales y colaboradores aplicaron la escala en una muestra de 3 265 estudiantes neoleoneses de secundaria. No obstante, efectuaron algunas modificaciones en la escala, pasando esta de 22 a 27 elementos. Dichos cambios fueron motivados por la dificultad hallada para entender algunos ítem o ambigüedad en la respuesta. La escala se ajusta a una distribución normal, con una media de 95.15 y una desviación estándar de 25.80. Su fiabilidad por alfa de crobach, resultado de 0.89.

Se puede evaluar por factores: 1. capacidad para decir no a las relaciones sexuales en diferentes circunstancias (A1 a A11), 2. Capacidad para preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo como consumo de drogas (B1 a B4) 3. Autoeficacia referente al uso correcto de preservativo y sobre el matrimonio, fidelidad y el hablar con los padres de temas sobre sexualidad (C1 a C12) y 4. Capacidad para el uso del preservativo y planificación de las relaciones sexuales D1 a D13); La suma de los 27 elementos constituye la variable ST como una puntuación total de autoeficacia percibida para prevenir el SIDA con relación a conductas sexuales de riesgo. Al ajustarse a una distribución normal, una vez estandarizada con base en su media y desviación estándar, se puede considerar una variable numérica en una escala de intervalo. Comparación de cada factor con el valor normativo con la media del grupo, observando la distribución normal. O bien por elementos: análisis por elementos(5, 7).

TESIS CON
FALLA DE CUBRIR

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de autoeficacia para la prevención del VIH/SIDA en adolescentes de 12 a 19 años de la UMF No.20?

TESIS CON
FALLA DE COPIEN

HIPÓTESIS

No requiere ya que es un estudio de tipo descriptivo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MATERIAL Y METODOS

Se realizo un estudio transversal, descriptivo y prospectivo, en la Unidad de Medicina Familiar No.20 del IMSS, ubicada en la Delegación 1 Noreste del Distrito Federal, con derechohabientes residentes de las delegaciones Azcapotzalco y Gustavo A Madero así como del municipio de Tlalnepantla, donde participaron 345 adolescentes derechohabientes que asistían a dicha unidad. La clínica tiene adscritos aproximadamente a 202 051 derechohabientes y de estos aproximadamente 18 031 son adolescentes.

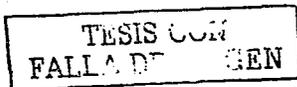
Se tomo una muestra representativa de 345 pacientes adolescentes de 12 a 19 años de edad, independientemente del genero, estado civil, ocupación y escolaridad de los participantes. No se considero el motivo de consulta.

El muestreo se realizo de forma probabilística aleatoriamente de 31 consultorios de Medicina Familiar de la UMF No 20, con base a la siguiente formula $z\alpha/2^2 (P(1-P) / d^2$, considerando un valor de $z\alpha/2^2 = 1.96$, $d = 0.4$, con una prevalencia de 50% ($P = 0.5$).

La recolección de datos se realizo a partir de un cuestionario autoaplicable, previo consentimiento informado; donde se recogieron datos de variables sociodemográficas y de autoeficacia la cual se midió a través de la escala de autoeficacia para la prevención de SIDA en adolescentes, tomando su formato del estudio de López Rosales y colaboradores.

Dicho instrumento de medida consta de 27 reactivos tipo Likert con una variación de 5 puntos (Anexo 1), evalúa la autoeficacia desde la teoría sociocognositiva de Bandura, en 4 factores de la conducta: 1. capacidad para decir no a las relaciones sexuales en diferentes circunstancias (A1 a A11), 2. Capacidad para preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo como consumo de drogas (B1 a B4) 3. Autoeficacia referente al uso correcto de preservativo y sobre el matrimonio, fidelidad y el hablar con los padres de temas sobre sexualidad (C1 a C12) y 4. Capacidad para el uso del preservativo y planificación de las relaciones sexuales D1 a D13).

También se pregunto sobre el haber tenido relaciones sexuales, uso de preservativo en la primera relación sexual, numero de parejas sexuales y edad en la que se tuvo la primera relación sexual. Así como se solicita a los adolescentes que estimen la efectividad del preservativo, sobre



información que poseen acerca de la sexualidad, el tema que le gustaría tener mas información y la fuente principal de su información. Finalmente, especificamos 15 conductas de riesgo y se pide al sujeto que escoja tres y las ordene según su importancia como factor de riesgo para infectarse con el VIH (anexo 1)

Estos cuestionarios se recogieron el mismo día en que se aplicaron. Los datos de cada cuestionario se evaluaron mediante un análisis estadístico del programa SPSS

CRITERIOS DE INCLUSIÓN, DE EXCLUSIÓN Y DE ELIMINACIÓN DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO

CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS

Pacientes adolescentes de 12 a 19 años de edad adscritos a la UMF No.20, sin importar sexo.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Derechohabientes del IMSS adolescentes de 12 a 19 años de edad
- Que acepten participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- No acepten participar en el estudio.
- Tener DX SIDA o VIH.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Aquellos que por algún motivo no terminen de contestar el cuestionario.
- Aquellos que no contesten correctamente el cuestionario

DEFINICION DE VARIABLES

NOMBRE	DEFINICION	OPERALIZACION	ESCALA
Nivel de autoeficacia	Percepción por parte del adolescente de su competencia para desarrollar una conducta sexual eficaz para prevenir el SIDA	Respuestas a un cuestionario de preguntas abiertas y cerradas. Mayor autoeficacia Menor autoeficacia	Nominal cualitativa
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Respuesta a una pregunta específica formulada a los adolescentes 12 años, 13 años, 14 años, 15 años 16 años, 17 años, 18 años, 19 años	Cuantitativa de razón
Sexo	Características genotípicas y fenotípicas que distinguen a una persona sobre si es hombre o mujer	Respuesta a una pregunta específica formulada a los adolescentes. Masculino Femenino	Nominal cualitativa
Estado civil	condición de un individuo en lo que toca en sus relaciones con la sociedad	Respuesta a una pregunta específica formulada a los adolescentes. Casado Soltero Viudo Unión libre	Nominal cualitativa
Ocupación	Actividad laboral diaria de los adolescentes en el momento de la encuesta	Respuesta a una pregunta específica formulada a los adolescentes. Estudiante Hogar Obrero Empleado Desempleado Estudiante/empleado Otros	Nominal cualitativa
Escolaridad	Grado máximo de Estudios terminados en el momento que se levanta la encuesta	Respuesta a una pregunta específica formulada a los adolescentes. Primaria Secundaria Nivel medio superior Nivel superior Nivel técnico	Nominal cualitativa

NOMBRE	DEFINICION	OPERALIZACION	ESCALA
Fuente principal de informacion sobre sexualidad	Persona, lugar, documento, medio de comunicaci3n que te ha proporcionado la informaci3n sobre sexualidad	Respuesta a una pregunta abierta especifica formulada a los adolescentes	Nominal cualitativa
Edad de 1ra Relacion sexual	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la 1ra relacion sexual	Respuesta a una pregunt especifica formulada a los adolescentes 12 a1os 13 a1os 14 a1os 15 a1os 16 a1os 17 a1os 18 a1os 19 a1os	Nominal cualitativa
Uso de condon	Empleo de condon en la 1ra relacion sexual	Respuesta a una pregunta especifica formulada a los adolescentes Si No	Nominal cualitativa
Parejas sexuales	Numero de personas con las que ha tenido relaciones sexuales	Respuesta a una pregunta especifica formulada a los adolescentes 1 2 3 4	Nominal cualitativa
Efectividad del condon	Calidad del preservativo	Respuesta a una pregunta especifica formulada a los adolescentes 95 a 100% 90 a 100% menos 90%	Nominal cuantitativa
Conductas sexuales de riesgo	Manifestaciones sexuales de riesgo del ser humano	Especificamos 15 conductas de riesgo se escogeran 3 que se ordenaran segun su importancia Primer lugar , Segundo lugar y Tercer lugar en riesgo	ordinal

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Se aplicaron los cuestionarios a una muestra de 345 adolescentes, ninguno cubrió los criterios de exclusión.

El promedio de edad fue 14 años con un rango de 12-19 años. Una distribución: 12 años 7.2 % (25), 13 años 7.8% (27), 14 años 36.5% (126), 15 años 13.3% (46), 16 años 4.9% (17), 17 años 6.4% (22), 18 años 5.8% (20) y 19 años 18% (62) (FIG. 1).

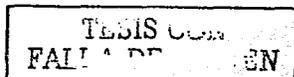
No existió diferencia significativa en el sexo; 49.9% (172) perteneció al masculino y 50.1 % (173) al femenino (Fig. 2).

El estado civil 93% (321) permanecían aun solteros y 7% (24) casados (Fig.3). El grado de escolaridad fue diverso: 7.8% (27) termino sexto de primaria, 10.4% (36) primero, 39.7% (137) segundo y 15.9% (55) tercer años de secundaria, 2% (7) primero, 2.9% (10) segundo, 2% (7) tercero, 1.7% (6) cuarto, 2.3% (8) quinto y 9.6% (33) sexto semestre nivel medio superior, 2.6% (9) primero, 0.6% (2) segundo, 0.6% (2) tercero, 1.4% (5) cuarto y 0.3% (1) quinto semestre de licenciatura (cuadro 1).

En cuanto a la ocupación actual 81 % (281) se dedicaba a estudiar solamente, 2.9% (21) estudian y trabajan, 6.1% (14) a las labores del hogar, 4.1 % (10) trabajan como obreros, 4.9% (17) trabajan como empleados, 0.3% (1) como músicos y 0.3% (1) desempleados (Fig. 3).

Respecto a la capacidad para decir no a las relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias se estimo con la escala de autoeficiencia para la prevención del SIDA en adolescentes, (la escala se ajusta una distribución normal con una media 95.14% y desviación estándar de 25.80). Encontrándose 73.3% (252) presento mayor autoeficacia y 26.7% (92) menor autoeficacia. Así la capacidad para preguntar al compañero sobre relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo como consumo de drogas , observamos, 81.4% (281) mayor autoeficacia . Un tercer factor fue la autoeficacia referente al uso correcto del preservativo y sobre el matrimonio, fidelidad y el hablar con los padres de temas sobre sexualidad, 73.3% (253) mayor autoeficacia y 26.7% (92) menor autoeficacia. Por ultimo la capacidad sobre el uso del preservativo y planificación de las relaciones sexuales, obteniéndose mayor autoeficacia al respecto en 61.4% (212) y en menor en 38.6% (133) de los 345 de los adolescentes encuestados (Fig.4).

Los principales temas de sexualidad que solicito la muestra estudiada fueron: SIDA, 29.5% (122), ETS 25.9% (107), embarazo 6.1% (25), métodos de planificación familiar 13.3% (55), preferencias



sexuales (Homosexualidad, bisexualidad, masturbación, roles sexuales, puntos eróticos, posiciones) 7.7% (32) inseguridad 1% (4), relaciones de pareja 1.7% (7) , noviazgo 2.4% (10) , ciclo menstrual 0.2% (1), aborto 1.7% (7), todos los temas 2.2% (9) y sobre ningún tema 8.2% (34) (cuadro 2).

La fuente que le ha proporcionado la información sobre sexualidad; escuela 24.2% (100), ambos padres 20.8% (86), la madre 20.6% (85), el padre 10.7% (44), libros 6.5% (27), amigos 6.5% (27), televisión 2.4% (10), revistas 1.9% (8), conferencias 1.5% (6), hermanos 1.5% (6), médicos 1% (4) y la iglesia 0.5% (2) (cuadro 3).

Mas de la mitad 74,1% (238) de los 345 adolescentes encuestados no han tenido relaciones y el resto 25.9% (107) la edad de su primera relación sexual fue diversa: 13 años 2.2% (9), 14 años 0.7% (3), 15 años 6.8% (28), 16 años 4.4% (18), 17 años 5.3% (22), 18 años 5.3% (22) y 19 años 1.2% (5) y con un promedio de 16 años (Fig. 5). El numero de parejas sexuales predomino de una pareja 54.4% (45), dos 26.8% (22), tres 9.8% (8) cuatro 6.1% (5), seis 1.2% (1) y diez 1.2% (1) (Fig. 6).

Respecto al empleo de preservativo en la primera relación sexual se observo que más de la mitad 55.1% (59) no empleo el condón y el resto 44.9% (48) si lo empleo (Fig.7). La principal razón por la que no se empleo preservativo en una relación sexual fue por se una relación sexual no planeada 75.25% (80).

En cuanto a la valoración de la efectividad del condón cuando se usa correcta y adecuadamente de 95 a 100% 45.8% (49), de 90 a 100% 31.8% (34) y menos de 90% 22.4% (24) (Fig.8).

Las tres principales conductas de riesgo seleccionadas por los adolescentes con vida sexual activa fueron: tener relaciones sexuales sin condón 42.1% (45), tener relaciones sexuales con prostitutas 26.2% (28), predominando esta ultima también como tercer conducta de riesgo 21.5% (23) (Fig.9).

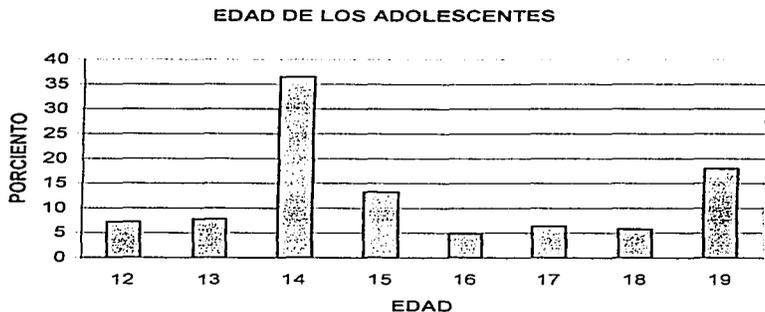


FIGURA 1. Porcentaje de edad en años de los 345 adolescentes de la UMF No 20.
Fuente: cuestionario

SEXO DE LOS 345 ADOLESCENTES



FIGURA 2. Porcentaje de el sexo (masculino, femenino) de una muestra de 345 adolescentes de la UMF No 20
Fuente: cuestionario

OCUPACION DE LOS 345 ADOLESCENTES

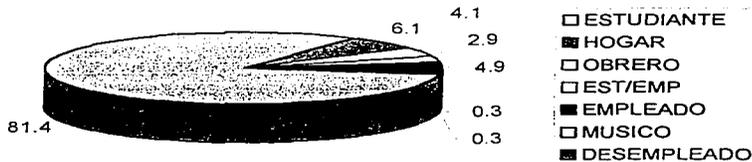


FIGURA 3. Porcentaje de ocupación de una muestra de 345 adolescentes de la UMF No 20
Fuente: Cuestionario

AUTOEFICACIA DE LOS 345 ADOLESCENTES

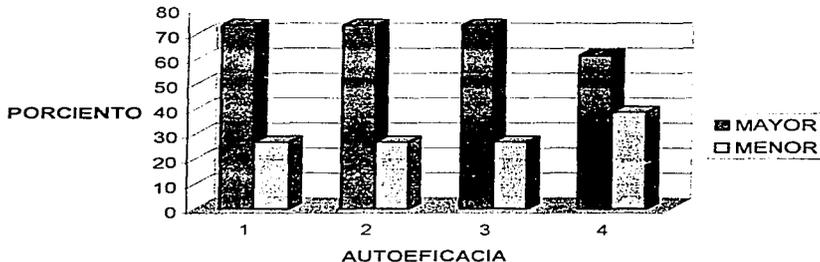


FIGURA 4. Porcentaje de adolescentes con mayor y menor autoeficacia para la prevención del SIDA evaluados en 4 factores.
Fuente: Escala de evaluación Dra. Fuensanta

EDAD DE LA 1RA RELACIÓN SEXUAL

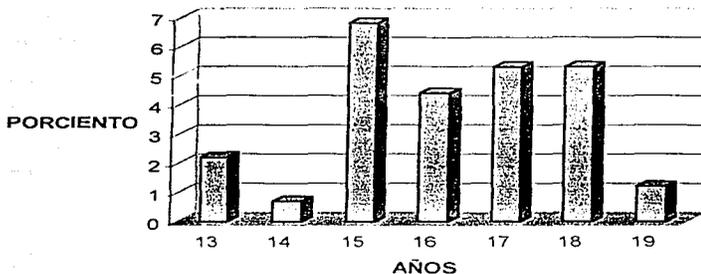


FIGURA 5. Porcentaje de edad a la cual los adolescentes tuvieron su 1ra relación sexual
Fuente: Escala de evaluación Dra. Fuensanta

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES DE LOS ADOLESCENTES



FIGURA 6. Porcentaje de parejas sexuales de los adolescentes de la muestra de estudio con vida sexual activa de la UMF No 20
Fuente: Escala de evaluación Dra. Fuensanta

ADOLESCENTES QUE EMPLEARON CONDÓN



FIGURA 7. Porcentaje de adolescentes de la UMF No 20 que emplearon el condón en su 1ra relación sexual
Fuente: Escala de evaluación Dra. Fuensanta

EFFECTIVIDAD DEL CONDÓN ESTIMADA POR LOS ADOLESCENTES CON VIDA SEXUAL ACTIVA

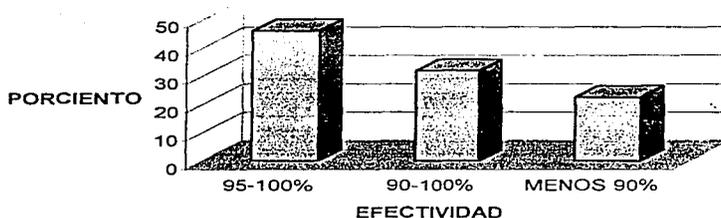


FIGURA 8. Porcentaje de la estimación de la efectividad del condón cuando se emplea correctamente por los adolescentes con vida sexual activa de la UMF No 20
Fuente: Escala de evaluación Dra. Fuensanta

PRINCIPALES CONSIDERACIONES DE MAS RIESGO PARA SIDA

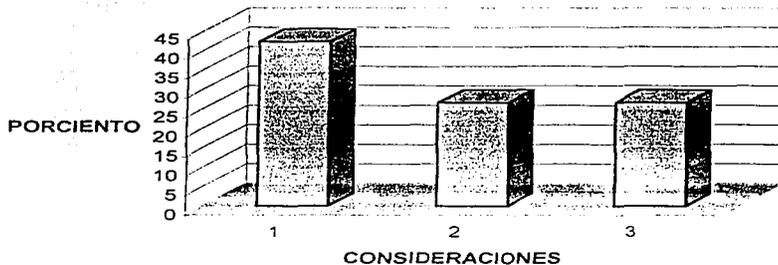
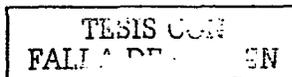


FIGURA 9. Principales consideraciones de mas riesgo para contraer SIDA por los adolescentes con vida sexual activa de la UMF No 20 estimadas
Fuente: Escala de evaluación Dra. Fuensanta

CUADRO 1. Escolaridad de la muestra de adolescentes de la UMF No 20

Fuente: Cuestionario

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCIENTO
6to PRIMARIA	27	7.8
1ro SECUNDARIA	36	10.4
2do SECUNDARIA	137	39.7
3ro SECUNDARIA	55	15.9
1er SEMESTRE MEDIO SUPERIOR	7	2.0
2do SEMESTRE MEDIO SUPERIOR	10	2.9
3er SEMESTRE MEDIO SUPERIOR	7	2.0
4to SEMESTRE MEDIO SUPERIOR	6	1.7
5to SEMESTRES MEDIO SUPERIOR	8	2.3
6to SEMESTRE MEDIO SUPERIOR	33	9.6
1er SEMESTRE LICENCIATURA	9	2.6
2do SEMESTRE LICENCIATURA	2	.6
3ro SEMESTRE LICENCIATURA	2	.6
4to SEMESTRE LICENCIATURA	5	1.4
5to SEMESTRE LICENCIATURA	1	.3



CUADRO 2. Información sobre sexualidad solicitada por los 345 adolescentes de la UMF No 20

Fuente: Escala de evaluación Dra. Fuensanta

TEMA	FRECUENCIA	PORCIENTO
SIDA	122	29.5
ENF. TRANS. SEXUAL	107	25.9
EMBARAZO	25	6.1
TODO	34	8.2
NINGUNO	9	2.2
MET. PLANF. FAM.	55	13.3
ALTERNATIVAS SEX	32	7.7
INSEGURIDAD	4	1.0
RELACIONES DE PAREJA	7	1.7
NOVIAZGO	10	2.4
CICLO SEXUAL	1	0.2
ABORTO	7	1.7

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO 3. Fuente por la que han obtenido información de sexualidad los 345 adolescentes de la UMF No 20

Fuente: Escala de evaluación Dra. Fuensanta

FUENTE	FRECUENCIA	PORCIENTO
ESCUELA	100	24.2
LIBROS	27	6.5
MADRE	85	20.6
AMIGOS	27	6.5
MEDICO	4	1.0
PAPA	44	10.7
PADRES	86	20.8
REVISTAS	8	1.9
PAREJA	4	1.0
CONFERENCIAS	6	1.5
HERMANOS	6	1.5
TELEVISIÓN	10	2.4
IGLESIA	2	0.5
NADIE	4	1.0

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

El presente estudio describe la eficacia para la prevención de VIH/SIDA en una muestra de 345 adolescentes de la UMF No 20, lo cual se evaluó en cuatro factores con una escala validada.

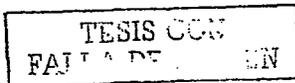
El 1er factor que estima la capacidad para decir no a las relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias, encontramos que más de la mitad de la muestra (73.3%) presentó mayor autoeficacia, lo que indica una mayor percepción por parte de los adolescentes de su competencia para desarrollar una conducta sexual eficaz para prevenir el VIH/SIDA bajo diferentes circunstancias que involucra este 1er factor.

La dependencia de sustancias químicas se considera un problema importante de salud pública. Es indudable que el consumo de alcohol y otras drogas, a través de sus efectos farmacológicos causan liberación de conductas que normalmente están deprimidas, así como cambios en el comportamiento relacionados con desinhibición y poca o nula percepción del riesgo. Esta situación es más común cuando el individuo inicia la actividad sexual (4, 7, 10, 13).

El uso y abuso de sustancias, como la mayor parte de los problemas de salud, no ocurren en forma aislada. Se vincula con numerosos factores personales y sociales y se manifiesta y asocia con factores tales como prácticas peligrosas en el consumo de drogas y violencia; con conductas sexuales de alto riesgo, abuso sexual, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA(13,14).

El segundo factor comprende la capacidad para preguntar al compañero sobre relaciones sexuales anteriores y otras conductas como consumo de drogas. Se observó mayor autoeficacia en más del 80% de la muestra de adolescentes.

En la actualidad y como lo observamos en este estudio los adolescentes inician una vida sexual activa a más temprana edad y por lo tanto el número promedio de compañeros sexuales es de más de uno, promedio de 2 a 3 (7, 10, 17, 18, 19) debido a que los jóvenes sexualmente activos no suelen tener una relación sexual estable y a veces cambian con frecuencia de pareja. A menudo



desconocen los riesgos del comportamiento sexual para la salud y es posible que tengan un acceso limitado a los servicios de asistencia sanitaria. Además, son sensibles a las presiones de los compañeros y a los mensajes de los medios de comunicación. Los que consumen drogas (incluido el alcoholismo) son con frecuencia más vulnerables a la transmisión de VIH/SIDA por vía sexual o por inyección.

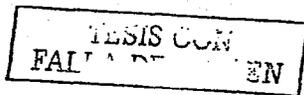
En muchos países 60% de todos los casos nuevos de VIH se producen en jóvenes de entre 15 y 24 años de edad. Las tasas más elevadas de transmisión sexual se encuentran en el grupo de edad de 20 a 24 años, seguido por el de 15 a 19 años (10, 13, 14, 16)

Por lo que es alentador este resultado obtenido en nuestra población de adolescentes de la UMF No 20, lo que indica que los jóvenes no tienen dificultades para comunicarse con su compañero sexual y teniendo información acerca de la prevención de VIH/SIDA, desarrollaran los adolescentes una conducta sexual más eficaz para la prevención de VIH/SIDA.

El tercer factor comprende 8 elementos referentes al uso de preservativos y 4 elementos sobre el matrimonio, la fidelidad y el hablar de relaciones sexuales con los padres. Obteniendo que 73.3% de los 345 adolescentes de la UMF No 20 presentaron mayor autoeficacia. Lo cual es satisfactorio, indicando que están teniendo impacto los programas de sexualidad que se imparten a los adolescentes en las diversas instituciones de seguridad social y en las escuelas (11, 12).

Una de las poblaciones que puede considerarse de alto riesgo es la adolescente, la cual en la actualidad inicia más tempranamente su actividad sexual y tiene, por razones de tiempo, más probabilidad de rotación de pareja, con lo que se enfrenta a riesgos como la transmisión de infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH. Aunque la infección en los grupos de edad correspondientes a adolescentes es mínima, resulta importante considerar que muchos de los casos identificados en edades mayores adquirieron la infección en aquella etapa de su vida.

Las medidas recomendadas para evitar o disminuir el riesgo de exposición a enfermedades de transmisión sexual y VIH son: abstinencia sexual, relación monogámica donde ambos miembros de la pareja estén sanos, relación sexual protegida y sexo seguro (5, 21, 22), en lo cual la mayoría de los adolescentes de la UMF No 20 son competentes; así se espera una conducta sexual eficaz.



Dentro de numerosos programas preventivos entre adolescentes, se ha proporcionado información sobre el condón masculino y en algunos se ha promovido su empleo. A este respecto considerarse que la adopción de un comportamiento de salud, como el uso del condón implican factores sociales como personales (creencias, información), consecuentemente las expectativas favorables sobre la eficacia de las medidas preventivas pueden incidir en la adopción de un comportamiento que contribuya a evitar una enfermedad como VIH.

En un estudio realizado por la Dra. Martínez et al quienes determinaron el nivel de información e identificaron las creencias que sobre el condón masculino y su eficacia tenían los adolescentes de Guadalajara. Encontraron información regular en los adolescentes estudiados; fue buena en cuanto al concepto, descripción y condiciones de uso, pero mala en uso y utilidad para impedir el paso de secreciones sexuales. Hubo una percepción de regular a baja en cuanto a eficacia para prevenir enfermedades de transmisión sexual y embarazo. Resultados con poca similitud a los que se obtuvieron en nuestra muestra (5).

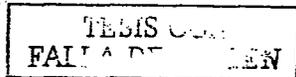
El cuarto factor sobre el uso de preservativo y planificación de las relaciones sexuales. Obteniéndose mayor autoeficacia discretamente en mas de la mitad (61.4%) de los 345 adolescentes.

Estos resultados indican que aun hay que trabajar al respecto, ya que aun estamos lejos de alcanzar la cobertura del 100%.

Este factor sobre la planificación de las relaciones sexuales es una conducta de riesgo para la transmisión de enfermedades sexuales, incluyendo VIH si no se llevan acabo (7,11).

Las demandas de información más frecuentes en la muestra se refieren al SIDA (29.5%), enfermedades de transmisión sexual (25.9%) y métodos de planificación familiar (13.3%), similares a los señalados en otros estudios (5, 6, 18).

Los temas solicitados son los que se han incluido en diferentes programas de sexualidad tanto en el área rural como urbana por lo que consideramos que nos estamos quedando cortos en la



información proporcionada a estos. Interpretando que los adolescentes solicitan un marco más amplio de esta información.

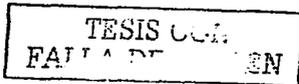
Las fuentes de información más importantes, escuela (24.2%), ambos padre (20.8%), la madre (20.6%) y el padre (10.7%); resultados similares a los señalados en otros estudios (5, 6, 18).

Podemos decir que estos resultados se esperaban ya que la mayoría de los adolescentes de la muestra asisten a la escuela (81%); la escuela es un punto de entrada en el que pueden tratarse esos temas, que con frecuencia son difíciles de tratar en otra parte. El punto fuerte potencial del contexto escolar es el hecho de que los muchachos tienen ahí un plan de estudios, profesores y compañeros. La escuela no solo les da información, sino que también les imparte conocimientos prácticos y actitudes.

En muchas sociedades los adultos responsables de los niños o de su educación escolar a menudo se sienten incómodos de informarles sobre el SIDA y sobre los comportamientos sexuales de riesgo. Es posible que piensen que haciéndolo estimulan a los jóvenes a experimentar prematuramente, aun cuando en diversos estudios se ha puesto de manifiesto que la educación sobre sexo y el VIH/SIDA no conducen a un aumento en la actividad sexual (9, 10).

Teniendo en cuenta la vulnerabilidad de los jóvenes a las enfermedades de transmisión sexual y al VIH, es preciso que la sociedad se esfuerce más por ayudar a los muchachos a protegerse a sí mismos, principalmente educándolos en las escuelas, en la familia y a través de los medios de comunicación.

Los adolescentes que han tenido relaciones sexuales es una mínima parte de los 345 adolescentes (25.9%) lo que nos confirma esa mayor autoeficiencia encontrada en los cuatro factores analizados anteriormente. Encontrando una regular relación con el uso de preservativo en la primera relación sexual ya que discretamente más de la mitad de los adolescentes en su primera relación sexual no emplearon preservativo.



ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Las conductas de riesgo seleccionadas por la muestra no fueron similares a las seleccionadas por otros adolescentes en otros estudios (7).

Nuestra muestra de adolescentes cuando se aplicaron las encuestas en este punto, la mayoría refería que todas las opciones eran factores de riesgo VIH/SIDA.

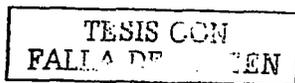
Los jóvenes pueden ser un valioso recurso para ayudar a prevenir el VIH y las enfermedades de transmisión sexual. Como su comportamiento aun está en desarrollo y empiezan a experimentar la vida sexual, pueden adoptar practicas más seguras desde el principio o comenzar a adoptar con mayor facilidad que los adultos. Sus actitudes también son normalmente menos rígidas, y tienen menos tabús establecidos.

TESIS COL.
FALLA DE 1988

CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos en este trabajo se puede concluir que:

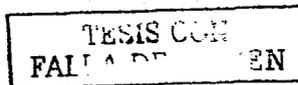
1. Los adolescentes de la UMF No 20 tienen mayor autoeficacia en la prevención de VIH/SIDA
2. Los adolescentes de la UMF No 20 son competentes para desarrollar una conducta sexual eficaz para prevenir el VIH/SIDA en diferentes circunstancias
3. Los adolescentes de la UMF No 20 tienen mayor autoeficacia para decir no a las relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias.
4. Los adolescentes de la UMF No 20 tienen mayor autoeficacia para preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo como consumo de drogas.
5. Los adolescentes de la UMF No 20 tienen mayor autoeficacia para adquirir y utilizar correctamente los preservativos.
6. Con base a estos datos tenemos 25,9% de la población adolescente sexualmente activa, de los cuales 44,9% uso preservativos en su primera relación sexual, con 1 a 3 parejas sexuales, con un promedio de edad de inicio de vida sexual activa de 16 años.
7. La estimación de la efectividad del preservativo por los adolescentes fue de 95 a 100%.
8. La principal razón por la que no se empleo el condón en al menos una relación sexual fue, por ser una relación sexual no planeada.
9. Hay interés de los adolescentes de la UMF No 20 por saber sobre el SIDA, enfermedades de transmisión sexual y métodos de planificación familiar, que son temas que están incluidos en programas de adolescentes, lo que concluimos que los adolescentes demandan información más amplia



10. La principal fuente por la que obtuvieron la información sobre sexualidad fue la escuela debido, a que esta, es un punto de entrada en el que se pueden tratar esos temas.
11. Las principales conductas de riesgo fueron: tener relaciones sexuales sin condón y tener relaciones con prostitutas
12. Los adolescentes tienen mayor autoeficacia para la prevención de VIH/SIDA, pero aun no se logra la cobertura completa del 100% que sería el ideal. La información proporcionada hasta el momento no les es suficiente, la escuela fue la principal fuente de información sobre sexualidad, por lo que se deberían realizar programas educativos más amplios y/o profundos de estos temas; así como talleres donde se involucren a la familia principalmente. Abrir servicios donde los adolescentes acudan para discutir cuestiones relacionadas con la salud sexual o la sexualidad, apoyo psicológico. Por parte del medico familiar crear empatia con el adolescente para propiciar un ambiente de confianza, privacidad para hablar de cuestiones sexuales así como con el resto de la familia.

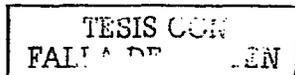
BIBLIOGRAFIA

1. Caballero-Hoyos R, Villaseñor-Sierra A. Sexual subcultures and the risk to acquire HIV among adolescents in a deprived neighborhood. *Salud Publica Mex* 1996;38:276-279.
2. Carlos Magis Rodríguez, Enrique Bravo García, Luis anaya López, Patricia Uribe Zúñiga. La situación del SIDA en México a finales de 1998. *SIDA-ETS*, 1998; 4(4):144-55
3. Jose Luis Valdespino Gomez, m.c., m.s.p. Ma. de Lourdes Garcia Garcia, m.c., m. en c. aurora del rio zolezzi, m.c. elia loo mendez, m.c., m.s.p. Carlos Magis Rodriguez, m.c., m.s.p. Rey Arturo Salcedo Alvarez, Lic. en Enf. *Epidemiologia del SIDA/VIH en Mexico*; de 1983 a marzo de 1995 *Salud Publica de Mexico* de 1995, 37(6) :556-571
4. Luis anaya López. Subestimación de la incidencia de SIDA en México, debida al retraso en la notificación. *SIDA-ETS*, 1997; 3(2):35-37
5. Adriana Florencia Martínez Ramírez, Martha villaseñor Farías, Alfredo Celis de la Rosa. El condón masculino y su eficacia. Información y creencias en adolescentes escolares. *Revista Médica del IMSS*.2002;40(1):35-41
6. Fuensanta López Rosales, José Moral de la Rubia. Calidación de una escala de autoeficiencia para la prevención del SIDA en adolescentes. *Salud Publica de México* 2001; 43(5):421-32
7. Luis anaya López, Carlos Alvarez Lucas. El sistema de vigilancia epidemiológica para VIH/SIDA. *SIDA-ETS*, 1997; 3(4):93-7
8. Marc N., M.D. Epidemiología del virus de inmunodeficiencia humana y síndrome de inmunodeficiencia adquirida. *Tendencias actuales. Clínicas de norteamerica* 1998; 1:1181-97
9. Carlos Magis Rodríguez, Enrique Bravo García, Luis anaya López. El SIDA en México: panorama en 1997. *SIDA-ETS*, 1997; 3(4):II-XII
10. Mary Lou Lindegren, MD, Shari Steinberg, MS, Robert H. Byers, Jr PhD. Epidemiology of HIV/AIDS in Children. *HVA/AIDS in Infants, Children, and Adolescents*. Division of

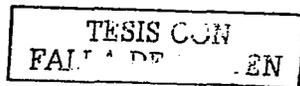


HIV/AIDS Prevention-Surveillance and Epidemiology, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia

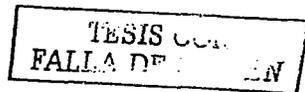
11. Blanca Rico, M.C., Mario Bronfman, M. Carlos del Río Chiriboga, M.C. Las campañas contra el SIDA en México: "los sonidos del silencio o puente sobre aguas turbulentas". Salud Publica de México 1995; 37(6):643-653
12. Donna Futterman MD, Brenda Chabon PhD, Neal D. Hoffman MD. HIV AND AIDS IN ADOLESCENTS. AIDS Clinical Care. 1999; 11(3):17-24
13. Carlos del Río Chiriboga. La prevención de la infección por VIH ¿dónde estamos y hacia dónde debemos ir?. SIDA-ETS, 1998; 4(3):89-92
14. Peter Aggleton. Prioridades en la prevención de la infección por el VIH/SIDA en la era de la terapia de alta eficacia. SIDA-ETS, 1998; 4(3):85-8
15. Heather J. Walter, MD, Roger D. Vaughan, MSS. Psychosocial influences on Acquired immunodeficiency Syndrome-Risk Behaviors Among High School students. Pediatrics. 1991; 88(4): 846-52
16. Donald P. Orr, MD, Mary Beiter, ACSW, Gary Ingesoll, PhD. Premature Sexual Activity as an Indicator of Psychosocial Risk. Pediatrics. 1991; 87(2): 141-47
17. Maria de Lourdes Garcia Garcia, M.C., M. Luis Valdespino Gomez, M.C., M.S.P. Manuel Palacios-Martínez, M.C., M. Maria Eugenia Mayar-Maya, Cecilia Garcia Sancho, M.C., M. Sepulveda Amor, M.C., M.P.H. Tuberculosis y SIDA en México. Salud Publica de México 1995; 37(6):539-548
18. Daniel Jacobo Yamada, Manuel Herrera Castro, Fausto cota Cárdenas, Mario Núñez Martínez, René Guzmán Osuna. Salud sexual y reproductiva en el adolescente del área rural. Revista Médica del IMSS.2002;40(2):137-43
19. David M. Siegel, MD, Marilyn J. A. Long-term Effects of a Middle School-and High School-Based Human Immuncy Virus Sexual Risk Prevention intervention. Arch Pediatr Med. 2001; 155(6): 1117-30



20. Ariene Rubin Stiffman. Behavioral Risk For Human Immunodeficiency Virus Infection in Adolescent Medical Patients. *Pediatrics*. 1990; 85(3): 303-10
21. Linares Gomez V, Serrano Vazquez A. Motivos de consulta en el adolescente. *Aten Primaria*. 1994; 13(8): 442-45.
22. Arenas Cedillo M, Ponce Rosas RE, Sánchez Escobar L. Factores relacionados con la baja asistencia del adolescente a la consulta medica familiar. *Arch Med Fam*. 2003; 2(5): 53-7.



ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACION 1 NOROESTE
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 20
 SERVICIO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

ISSIS CON.
 FALLA DE EMIGEN

Protocolo de investigación: "Nivel de autoeficacia para la prevención del VIH/SIDA en adolescentes de 12 a 19 años de la UMF No.20"

CUESTIONARIO

El presente cuestionario forma parte de un proyecto de investigación, por lo que la información que se obtiene de este, es personal y confidencial, así que le solicitamos conteste de la manera más verás posible

NOMBRE _____

EDAD _____ SEXO: Masc Fem ESTADO CIVIL _____

ULTIMO GRADO ESCOLAR TERMINADO _____

OCUPACION _____

CIRCULA EL GRADO DE SEGURIDAD QUE CREAS TENER

A) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de decir **NO**, Cuando te propone tener relaciones sexuales?

	Nada seguro	Algo seguro	Medio seguro	Muy seguro	Total seguro
1. Alguien conocido hace 30 días o menos	1	1	1	1	1
2. Alguien cuya historia sexual es desconocida para ti	2	2	2	2	2
3. Alguien cuya historia de drogas es desconocida para ti	3	3	3	3	3
4 Alguien a quien has tratado con anterioridad	4	4	4	4	4
5. Alguien a quien deseas tratar de nuevo	5	5	5	5	5
6. Alguien con quien ya has tenido relaciones sexuales	6	6	6	6	6
7. Alguien a quien necesitas que se enamore de ti	7	7	7	7	7
8. Alguien que te presiona a tener relaciones sexuales	8	8	8	8	8
9. Alguien con quien has estado bebiendo alcohol	9	9	9	9	9
10. Alguien con quien has estado utilizando drogas	10	10	10	10	10
11. Alguien y tu nivel de excitación sexual es muy alto	11	11	11	11	11

B) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de

	Nada seguro	Algo seguro	Medio seguro	Muy seguro	Total seguro
1. Preguntar a tu novio(a) si se ha inyectado alguna droga?	1	1	1	1	1
2. Discutir sobre la prevención del SIDA con tu novio(a)?	2	2	2	2	2
3. Preguntar a tu novio(a) sobre sus relaciones sexuales tenidas en el pasado?	3	3	3	3	3
4. Preguntar a tu novio(a) si ha tenido alguna experiencia homosexual	4	4	4	4	4

C) ¿ qué tan seguro estás de ser capaz de

	Nada seguro	Algo seguro	Medio seguro	Muy seguro	Total seguro
1. Usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales?	1	1	1	1	1
2. Usar correctamente el condón?	2	2	2	2	2
3. Usar el condón durante el acto sexual después que has estado bebiendo alcohol?	3	3	3	3	3
4. Usar el condón durante el acto sexual después que has estado consumiendo o utilizando alguna droga?	4	4	4	4	4
5. Insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu novio(a) prefiere no usarlo?	5	5	5	5	5
6. Negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón?	6	6	6	6	6
7. Contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones?	7	7	7	7	7
8. Acudir a la tienda a comprar condones?	8	8	8	8	8
9. No tener relaciones sexuales hasta contraer matrimonio?	9	9	9	9	9
10. Mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida?	10	10	10	10	10
11. Platicar con tu papá sobre temas sexuales?	11	11	11	11	11
12. Platicar con tu mamá sobre temas sexuales?	12	12	12	12	12

D) Expresa el grado de acuerdo que tengas

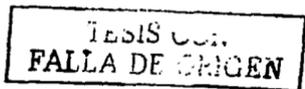
	Nada seguro	Algo seguro	Medio seguro	Muy seguro	Total seguro
1. La mujer es la que debe de solicitar el uso del condón	1	1	1	1	1
2. El hombre es el que debe de comprar los condones	2	2	2	2	2
3. El hombre es el responsable de la protección durante la relación sexual	3	3	3	3	3
4. La mujer debe de traer los condones	4	4	4	4	4
5. Las relaciones sexuales deben de ser espontáneas	5	5	5	5	5
6. El uso del condón es bueno para mi salud	6	6	6	6	6
7. El uso del condón disminuye la satisfacción sexual	7	7	7	7	7
8. Mi situación económica me permite comprar condones	8	8	8	8	8
9. Las relaciones sexuales se disfrutan más si se planifican con tiempo	9	9	9	9	9
10. Las relaciones sexuales deben de tenerse con la misma persona de por vida	10	10	10	10	10
11. Prefiero arriesgarme a contraer una enfermedad, a no tener relaciones sexuales	11	11	11	11	11
12. El SIDA es algo muy difícil que me de, aunque no me proteja	12	12	12	12	12
13. Consideras que la información que tienes sobre sexualidad es	13	13	13	13	13

La información sobre sexualidad que tienes la obtuviste principalmente (Marca solo aquella que consideres la más importe)

a) Amigos b) Libros c) Revistas d) Periódicos e) Televisión f) Escuela g) Papá h) Mamá

Sobre qué tema de sexualidad te gustaría tener más

información: _____



Quién te ha proporcionado la información sobre sexualidad que consideras más importante _____

¿Has tenido relaciones sexuales? Si No

CONTESTA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SOLO SI HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES

¿Utilizaste el condón en tu primera relación sexual? No Si

¿A que edad fue tu primera relación sexual? _____ años

¿Tu primera relación sexual fue: Algo que planeaste Otro no planeado

¿En que lugar fue tu primera relación sexual?

a) En una casa b) En un auto c) En un hotel e) En despoblado e) En la calle f) Otro

¿Cuál? _____

Número de personas con las que has tenido relaciones sexuales _____

¿Utilizas condones en tus relaciones sexuales: No Si

Menciona la razón principal por la cual no se usó el condón en alguna de tus relaciones sexuales (o en todas) _____

Cual crees que es la efectividad del condón cuando se utiliza correcta y adecuadamente?

a) 95 al 100% b) 90 al 100% c) menos de 90%

de las siguientes opciones, selecciona en base a su importancia las tres que consideres de más riesgo para contraer el SIDA. Escribe en el paréntesis la letra que corresponda a tu respuestas

- a) Tener relaciones sexuales sin condón
- b) Recibir transfusión de sangre
- c) Ser infiel a la pareja
- d) Tener relaciones sexuales anales
- e) Tener relaciones sexuales por presión (amigos/as)
- f) Combinar el alcohol y las relaciones sexuales
- g) Tener relaciones sexuales con alguien estando drogado
- h) Tener más de un(a) compañero(a) sexual
- i) Tener relaciones sexuales ocasionales (no planificadas)
- j) Tener relaciones sexuales con otra persona basándose en su apariencia saludable
- k) Tener relaciones homosexuales
- l) Tener relaciones sexuales con prostitutas
- m) Tener relaciones sexuales con el novio(a)
- n) Tener relaciones sexuales por placer
- ñ) Tener relaciones sexuales con desconocidos

RESPUESTAS

() La de primer lugar en riesgo () La de segundo lugar en riesgo () La de tercer lugar en riesgo