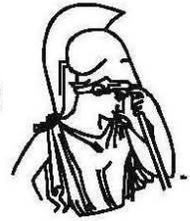




**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS  
MAESTRÍA EN PEDAGOGÍA



**“CONOCIMIENTOS Y OPINIONES ACERCA DE INFECCIONES DE  
TRANSMISIÓN SEXUAL EN ESPECIAL VIH/SIDA, Y SU RELACIÓN  
CON LAS PRÁCTICAS SEXUALES EN ESTUDIANTES DE  
BACHILLERATO”**

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
**MAESTRA EN PEDAGOGÍA**

PRESENTA:

**CLARA URBINA CEDILLO**

ASESORA:

**MTRA. GUADALUPE SILVIA GARCÍA DE LA TORRE**

MÉXICO, D.F. 2010



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## *Agradecimientos*

*El que este trabajo haya llegado a buen fin es producto de la intervención de much@s académic@s y profesionales a las cuales quiero agradecer su generosa contribución y su valiosa participación.*

*Dra. Lilia Macedo de la Concha Jefa del Departamento de Salud Pública (2004-2009)*

*Dra. Laura Moreno Altamirano Jefa del Departamento de Salud Pública (2009-2013)*

### *Miembros del Comité de Prácticas Comunitarias*

*Dr. Jesús Santiago Reza Casahonda (Coordinador de Prácticas Comunitarias)*

*Dr. Julián Alcalá Ramírez*

*Dra. Ana Maria Castro*

*Dra. Teresa Cortés Gutiérrez*

*Dra Guadalupe Silvia García de la Torre*

*Dr. Juan José García García*

*Dr. Bernardo de Jesús Jasso Méndez +*

*Ing. David Limón Cruz*

*Lic. en Pedagogía Luz María Mendizábal Paoletti*

*Dra. Cristina Morán Álvarez*

*Dra. Luz María Moreno Tetlacuilo*

*Dra. María del Pilar Paz Román*

*Lic. en T.S. Bertha Guadalupe Sánchez Dorantes*

*A todos los profesores y alumnos de segundo año del ciclo escolar 2007-2008 de los grupos 2202, 2204, 2207, 2212, 2215, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2230, 2232, 2234 de la Facultad de Medicina participantes en la realización de la práctica comunitaria.*

*Al personal del Departamento de Salud Pública que participó como monitor. Dra. en Historia Ana María Carrillo Farga, Lic. en T.S. Blanca Lilia Gaspar del Ángel, .Lic en Pedagogía Esperanza Nápoles González, Lic. en Psicología del Trabajo Blanca Estela Valdés Sánchez. Por su apoyo y siempre entusiasta participación.*

*Así como a la profesora Lic. en T.S. María Oralia Acuña Dávila y alumnas de la Escuela Nacional de Trabajo Social de la UNAM del grupo del grupo 2864 de la materia de Prácticas de Especialización por su apoyo y entusiasta participación en la capacitación a los alumnos de la Facultad de Medicina en aspectos de Educación para la Salud*

*Y al personal administrativo del Departamento de Salud Pública participante.*

| ÍNDICE   | Páginas |
|--|---------|
| AGRADECIMIENTOS  | 3       |
| INTRODUCCIÓN   | 4       |
| I. ANTECEDENTES DE PROGRAMAS DE PRÁCTICAS<br>COMUNITARIAS EN LA FACULTAD DE MEDICINA<br>UNAM | 8       |
| II. ASPECTOS DEL CURRÍCULUM MÉDICO. FACULTAD<br>DE MEDICINA UNAM                             | 21      |
| III. PROTOCOLO PARA LA REALIZACIÓN DE LA<br>PRÁCTICA   | 27      |
| IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS  | 37      |
| V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS   | 93      |
| VI. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS  | 99      |
| VII. BIBLIOGRAFÍA  | 104     |
| ANEXOS   |         |
| Anexo 1. CUESTIONARIOS DE HOMBRES Y MUJERES  | 107     |
| Anexo 2. ESCALA DE LIKERT  | 145     |

*La práctica hace al maestro.  
Refrán popular*

## INTRODUCCIÓN

Es indiscutible desde cualquier enfoque pedagógico, la importancia que los aspectos prácticos tienen en la formación de los alumnos. Los aspectos prácticos le permiten al alumno, confrontar los aspectos teóricos revisados en el aula, a una situación real, desarrollar destrezas y habilidades, un pensamiento crítico y sistematizar información de la situación vivida.

En el programa que aquí nos ocupa, los futuros médicos tienen un acercamiento a la comunidad, a través de un ejercicio práctico el cual fue elaborado tomando en cuenta los problemas específicos de salud, de acuerdo a los grupos de riesgo.

Los alumnos revisan en aula los aspectos teóricos de problema eje en este caso el problema de las infecciones de transmisión sexual (ITS), posteriormente se acude a la comunidad a la recolección de información, nuevamente en el aula se analiza la información recabada, se prioriza los problemas encontrados y de acuerdo al su nivel de preparación, elaboran material educativo y en respuesta a la problemática encontrada realizan actividades de educación para la salud.

En los diferentes planes de estudios de la licenciatura en medicina que se han impartido en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de Mexicana, (UNAM) campus de Ciudad Universitaria, en lo que corresponde al área de sociomedicina, han existido programas que con diferentes enfoques y énfasis han realizado prácticas comunitarias; desde la creación del departamento de Sociología médica, Medicina Preventiva y Servicio Social en 1956; y en los Planes de estudios 67, Plan A 36, y Plan 85.

Es a partir del denominado Plan Único de estudios puesto en marcha en 1993 que su estructura curricular no contempla la realización de prácticas comunitarias, bajo el argumento de un descenso en el ingreso a las especialidades médicas de los estudiantes de ésta Facultad de Medicina. (Atribuyendo equivocadamente que la realización de prácticas comunitarias disminuían la preparación clínica). No obstante en forma extracurricular algunos profesores continuaron realizando algunas actividades comunitarias. Por alguna razón, la necesidad del trabajo en comunidades, no pudo ser excluida de los planes y programas de estudios médicos.

Derivado de la evaluación realizada en la Facultad de Medicina por la COMAEM (Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica) en 2003 que hizo la recomendación, de [.....] “integrar un programa que diera coherencia a las actividades académicas de trabajo comunitario que ya se estaban desarrollando en las diferentes asignaturas, para que dicho trabajo tuviera vinculación e

integración horizontal y vertical y que fuera congruente con las asignaturas<sup>1</sup>". En respuesta a esta recomendación de forma institucional se le encargó al Departamento de Salud Pública elaborar un programa piloto de prácticas comunitarias, el cual se inicio en el ciclo escolar 2005-2006.

La práctica se incluyó en el programa académico de 2º año vigente, en la asignatura de Salud Pública II, tomando como eje las infecciones de transmisión sexual, adecuando los temas de dicho programa con el tema de la práctica.

Desde la propuesta del programa institucional de prácticas comunitarias, su desarrollo, evaluación y la consolidación, la intervención de quién suscribe este trabajo, ha estado presente. Dicha intervención ha consistido básicamente en el aporte de los elementos pedagógicos de dicho programa, ser la encargada del subcomité técnico-académico, coordinación y planeación con las instituciones participantes en la práctica (Colegio de Ciencias y Humanidades y Escuela Nacional Preparatoria) elaboración de todos los aspectos logísticos, planeación y coordinación de las actividades de educación para la salud, participación en la evaluación del programa, y la presentación de resultados al CCH.

El presente documento analiza los resultados obtenidos de la encuesta aplicada a 5961 estudiantes del CCH plantel "Vallejo" durante la práctica comunitaria llevada a cabo en la asignatura de Salud Pública II durante el ciclo escolar 2007-2008. Dicho programa denominado, Programa de prácticas comunitarias para alumnos de segundo año, con el tema "Conocimientos y opiniones acerca de infecciones de transmisión sexual, en especial VIH/SIDA y su relación con prácticas sexuales en estudiantes de bachillerato."

Si bien este programa es el resultado del trabajo de un equipo multidisciplinario, la mediación de los aspectos pedagógicos y la propuesta de intervención corresponden a la sustentante. Desde el proyecto piloto se propuso que el programa asumiera, coherencia tanto horizontal como vertical y tratándose de un programa en la comunidad, que integrara la docencia, el servicio y difusión de la cultura. El esquema pedagógico tiene una relación en donde en el primer año y de acuerdo a los conocimientos teóricos obtenidos en el aula, la intervención del alumno en la comunidad es mínima, en segundo año esta intervención en cuanto al servicio es mayor y así sucesivamente.

El programa fue diseñado para que alumno tuviera en cuenta que en todo programa comunitario es importante regresar a la comunidad que participó en el estudio los resultados de la información recabada, así como la planeación de actividades de educación para la salud, como parte de la retribución a los sujetos participantes.

En el programa de segundo año el objetivo es que mediante la realización de ésta actividad, el alumno integre los conocimientos teóricos adquiridos en la asignatura

---

<sup>1</sup> Dictamen COMAEM 2003. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México

de Salud Pública II y de otras asignaturas, que en ese momento cursa, utilizando como ya se mencionó el problema eje, las infecciones de transmisión sexual (ITS). El programa de Salud Pública II, fue el eje conductor y busco la integración de las otras asignaturas de microbiología y parasitología, inmunología, fisiología, farmacología y cirugía, para que los aspectos teóricos de estas asignaturas apoyarán el tema de las ITS y fuera revisado a la par en dichas asignaturas de manera que el alumno tuviera una visión integral del problema objeto de estudio.

Lo anterior como ya se menciona le permitió proponer, intervenciones de promoción de la salud. De esta manera aplicar el enfoque de riesgo y el análisis estadístico a la búsqueda de factores asociados a aspectos conductuales respecto de las (ITS) e identificando el grado de conocimiento acerca de ellas; le facilitó desarrollar las estrategias de intervención de promoción de la salud, dirigidas específicamente a aquellos factores asociados a la población de estudio. La culminación de la intervención del alumno en la comunidad es la realización de las actividades educativas, como dentro del programa académico de 2º año no incluye los aspectos teóricos y metodológicos para la planeación y ejecución de las actividades de educación para la salud, esto es subsanado con la participación de un grupo de alumnas de la Escuela de Trabajo Social de la UNAM, las cuales en una sesión trabajan con los alumnos de la Facultad de Medicina los aspectos mencionados.

Cabe señalar que estas actividades en el CCH, crean una gran expectativa, y por lo tanto esta actividad es aceptada y muy concurrida, además que en una evaluación a priori podemos decir que los alumnos de la Facultad de Medicina, conjugan en el material didáctico elaborado, lo teórico y lo lúdico, lo cual resulta para los estudiantes del CCH, una actividad educativa diferente en donde como ya mencionamos se da información, se les pregunta, y evalúa de manera informal y lúdica, con lo cual podemos decir que se cumple con los objetivos educativos planteados para esta fase de la práctica.

En lo referente a la evaluación se tiene un programa de evaluación para cada práctica realizada. Para cada etapa del trabajo de campo se tiene un instrumento de evaluación, que van desde las listas de cotejo para la etapa de levantamiento de información, y la aplicación de un cuestionario al final de la práctica; dicho cuestionario incluye todas las fases del programa de prácticas comunitarias desde los objetivos, contenidos, planeación y ejecución, y aplicación hasta las opiniones y sugerencias. Este cuestionario es aplicado tanto alumnos como profesores participantes.

Se tienen los cuestionarios y algunos de los resultados preliminares, los cuales pueden ser motivo de un trabajo similar al aquí presentado.

La práctica en comunidad está planeada en tres etapas y siete fases.

**Primera etapa de planeación del trabajo:** a) Encuadre de la actividad,  
b) Preparación de la práctica.

**Segunda etapa: Recolección de la información,** a) Recolección de datos,

**Tercera etapa. Análisis y toma de decisiones.** a) Captura de la información, b) Presentación de la información, c) Intervención de educación para la salud, d) evaluación de la práctica.

Consideramos que los resultados analizados constituyen, para el plantel “Vallejo” en particular, un diagnóstico en relación con los conocimientos y opiniones que sus alumnos tienen de las enfermedades de transmisión sexual y sus prácticas sexuales, lo cual permitirá a las autoridades y/o a los responsables, la planeación de actividades de promoción de la salud y educación para la salud; establecer con el Departamento de psicología una serie de talleres sobre sexualidad, para los alumnos, posibilitando la inclusión de maestros y padres de familia; además de la asesoría individual, considerando que la orientación educativa sexual tiene características muy particulares.

Compartimos primordialmente la idea, como señalan algunos autores, de que la educación sexual es ante todo, “un proceso vital mediante el cual se adquieren y transforman de manera formal e informal, conocimientos, actitudes e incluso valores respecto a la sexualidad en todas sus manifestaciones, que van desde los aspectos biológicos hasta los relacionados con la reproducción, el erotismo, la identidad y las representaciones sociales”.

Confiamos que este trabajo, facilitará la promoción de actitudes de protección ante los riesgos del inicio de la vida sexual, infecciones de transmisión sexual, el embarazo no deseado, una vida sexual libre de violencia, que consolide en un programa permanente, en beneficio de los jóvenes universitarios, que se inicie en el bachillerato y pueda continuar a nivel universitario.

*Lo que oigo, olvido. Lo que veo, recuerdo.*

*Lo que hago, aprendo.*

*Confucio*

## I. ANTECEDENTES DEL PROGRAMA

En los planes de estudios de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México los programas que hacen referencia a actividades de prácticas en comunidad, siempre han estado presentes en las asignaturas del área sociomédica.

“Algunas de estas referencias de prácticas en comunidad están plasmadas desde: La creación en 1956 del Departamento de Sociología Médica y Medicina Preventiva; por el doctor Miguel E. Bustamante su idea era dar a cada estudiante la tutoría de la familia de un paciente, y formarlo en epidemiología e Higiene Industrial. Se buscaba también que el nuevo Departamento se complementara con el Centro de Salud Universitaria, que –de acuerdo con el proyecto del Dr. Efrén del Pozo- tendría la salud pública universitaria a su cargo y en el que los estudiantes se adiestrarían. Los futuros médicos debían realizar investigación médico social, y cooperar con la Secretaría de Salubridad y Asistencia en el reporte de enfermedades transmisibles de las que se tuviera noticia en la universidad.”<sup>1</sup>

En 1958, durante la “Convención de la enseñanza de la medicina, plan B”<sup>2</sup> se proponía entre otras conclusiones, la “... Promoción de reuniones periódicas con profesores de las otras disciplinas impartidas en el sexto año, con el propósito de que la enseñanza sea más armónica e integral”, idea que se apuntaba en la presentación del curso “La enseñanza de la medicina preventiva y la infectología en el plan B”<sup>3</sup>: “Con el objeto de llevar a los alumnos un concepto integral, preventivo y curativo... enfatizar en forma clara y práctica, los aspectos clínicos y epidemiológicos de las enfermedades, para caer lógicamente, en los aspectos curativos de las mismas”. Esto se concluía en 1959, es un referente importante de la intencionalidad de la integración en la educación de los médicos.

En los años sesenta, se puso mayor énfasis en transformar el papel social de los egresados y la orientación de la medicina en general. Así, en el Plan de estudios 67 se incluyeron cuatro asignaturas: Introducción a la Práctica Médica, Medicina Preventiva, Salud Pública y Medicina Social. Dentro de estas materias se

<sup>1</sup> Carrillo AM. Periódico mural del Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina de la UNAM Marzo 2007. Año 4 No 20 “Miguel E. Bustamante creador del Departamento de Salud Pública 1956- 2006.

<sup>2</sup> Convención de la enseñanza de la medicina, plan B”, Rev. Fac. Med. Méx.. Año 1 No 2, 1959

<sup>3</sup> Benavides L, “La enseñanza de la medicina preventiva y la infectología en el plan B” Rev. Fac Med. Méx. Año 1 No 1, 1959

contemplaba la participación de los alumnos de manera sistemática en los programas nacionales de vacunación, de donación altruista de sangre, y en programas contra el tabaquismo, la obesidad y accidentes de vehículo de motor, entre la comunidad de la propia Facultad.

Por el explosivo aumento en la matrícula de ingreso (casi seis mil en 1974), ya no fue posible la tutorías de las familias y se dejó en manos de cada profesor la realización de actividades de campo; por lo cual hubo protesta tanto de profesores como de alumnos.

En esta misma década, paralelo al Plan 67; se estableció el Programa de Medicina General Integral A-36<sup>1</sup>, el cual tuvo entre sus planteamientos el acercamiento temprano de los alumnos a los espacios de acción de su futura práctica médica, la cual contemplaba desde el primer año rotación por los Centros de Salud y prácticas comunitaria en colonias marginadas, en segundo año, realizaban acciones concretas de promoción de la salud en centros escolares. Este plan estuvo vigente de 1974 hasta 1992.

El Plan 67 fue sustituido en 1985 por el denominado Plan 85<sup>2</sup> cuyo objetivo fue el formar a sus egresados con excelente preparación en la prevención, el diagnóstico, la terapéutica y la rehabilitación Este plan fue organizado por áreas. El área Ambiental y de Salud Pública quedó integrada por dos asignaturas: Salud Pública y Ecología Humana, además de un área de Comunidad que incluía la asignatura de Seminarios de Integración y Prácticas en la Comunidad, la cual se consideraba como el eje articular del plan de estudios, y cuyo objetivo era favorecer la integración de los conocimientos adquiridos en el resto de las áreas.

El trabajo en comunidad se incluyó como una actividad por medio de la cual el alumno aprendía a observar los problemas de salud de la comunidad, y se desarrollaba en dos bloques:

1. El diseño de grupos de riesgo en comunidades suburbanas, escuelas, poblaciones específicas y hospitales.
2. Seminarios con revisiones bibliográficas, análisis y discusión de los resultados de las prácticas, que tenían como finalidad integrar el conocimiento, profundizar en la disciplina y relacionar la teoría y la práctica.

Por otra parte en el programa académico de Salud Pública del mismo Plan 85 se diseñaron dos prácticas que de manera homogénea llevaban a cabo todos los alumnos de la generación, en momentos específicos del programa académico con el que se vinculaban:

---

<sup>1</sup> Programa de Medicina General Integral. Evaluación de Programa de Medicina General Integral. UNAM. 1986

<sup>2</sup> Facultad de Medicina, Plan de Estudios de la Carrera de Médico Cirujano 1985, México, UNAM, 1985

- Detección temprana de diabetes mellitus.
- Identificación de factores de riesgo en salud en el trabajo.

Se tuvo también la experiencia de participar en otras actividades: Rehidratación oral en diarreas y días nacionales de vacunación. Estas prácticas reforzaban, de esta manera, los contenidos teóricos del área.

El Plan Único de Estudios, sustituyó al Plan 85, y como ya se ha mencionado desapareció el Plan A- 36.

Con el Plan Único de estudios se fusionaron los departamentos de Medicina Social, Medicina Preventiva y Salud Pública y el de Epidemiología y Comunidad, en el denominado Departamento de Salud Pública.

El Plan Único de estudios no contemplaba las prácticas de campo dentro de su estructura curricular, pero algunos profesores del área siguieron llevando a cabo actividades comunitarias en la que los alumnos participaban de forma voluntaria ya que no eran curriculares.

Es a partir de la evaluación realizada a la Facultad de Medicina por el Consejo Mexicano de Acreditación de Escuelas de Medicina (COMAEM) en enero de 2003 en la cual indica que si bien: “En entrevistas con profesores y alumnos se mencionó que se realizan actividades comunitarias incluidas en los programas académicos, asesoradas con personal capacitado, en el área donde se puede desarrollar docencia, asistencia e investigación, no encontró evidencia documental o escrita de los programas que los sustenten”, por lo que hizo la siguiente recomendación: Que se integre un programa que dé coherencia a las actividades académicas de trabajo comunitario que ya se están desarrollando en las diferentes asignaturas, para que dicho trabajo tenga vinculación e integración horizontal y vertical congruente con las asignaturas en las que actualmente está contemplado”.<sup>1</sup>

Derivado de las recomendaciones de la COMAEM y las propuestas de modificación del Plan Único de Estudios que la Dirección de la Facultad a través de la Secretaría General encomienda al Departamento de Salud Pública la realización de una propuesta que organice el trabajo comunitario como “la guía a partir de la cual pueda ser estructurada la planeación pedagógica de las asignaturas de Salud Pública .que le permitan al alumno realizar actividad académica de trabajo comunitario que favorezcan por un lado reforzar los conocimientos adquiridos en el aula y por otro familiarizarse con los métodos y procedimientos propios del área, tales como la promoción de la salud, protección específica, el diagnóstico temprano, la vigilancia epidemiológica y la educación para la salud entre otros.”<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Facultad de Medicina, UNAM. Dictamen COMAEM 2003

<sup>2</sup> Facultad de Medicina. UNAM. Programa Institucional de Prácticas Comunitarias. Documento General. 2007

El Departamento de Salud Pública integró un equipo de trabajo que elaboró un “Programa de actividades académicas de trabajo comunitario en las asignaturas de Salud Pública” en septiembre de 2003. Aunque este programa no se llevó a cabo, sirvió como documento de trabajo para el Comité de prácticas creado en el Departamento de Salud Pública en 2004. Dicho comité diseñó un “Programa Institucional de prácticas Comunitarias”, aprobado en julio 2004, el cual fue enviado a la COMAEM como respuesta a la recomendación del estándar 27. Dicho programas inicio en el ciclo escolar 2004- 2005 como proyecto piloto de prácticas en cuatro grupos de primero y cuatro de segundo año.

Los resultados obtenidos con la aplicación del programa piloto permitieron establecer de manera curricular el Programa Institucional de prácticas Comunitarias en los siguientes ciclos escolares: 2005-2006, 2006-2007, 2007-2008, aunque sólo en una tercera parte de los grupos tanto de primero como de segundo.

El programa de prácticas comunitarias permitirá a los alumnos realizar aprendizajes significativos al integrar los conocimientos teóricos revisados en el aula y aplicarlos a situaciones reales de la práctica profesional, además de ubicarlo en la realidad medico social para comprender los factores sociales que participan en el proceso salud-enfermedad.

Este programa forma parte de la evaluación y propuestas de modificación del Plan Único de estudios y se propone su desarrollo coordinado y paulatino a lo largo de los primeros cuatro años de la carrera, para concluir con la rotación de Medicina Familiar y Comunitaria que se desarrolla durante 2 meses en el Internado médico (5º año) y el año de Servicio Social en comunidades rurales (6º año).

Objetivo de las prácticas.<sup>1</sup>

Formar alumnos que tengan las capacidades de:

- 1.- Desarrollar interés y habilidad en trabajos comunitarios.
- 2.- Identificar un problema y proponer alternativas de solución.
- 3.- Conocer la importancia de la prevención y la promoción de la salud.
- 4.- Integrar el aprendizaje de los contenidos teóricos del área de salud pública con las otras asignaturas tanto básicas como clínicas.
- 5.- Identificar el impacto de la aplicación de medidas de prevención y promoción como futuro prestador de servicios médicos ya sean públicos o privados para mejorar la atención de la salud y disminuir riesgos e incluso morbilidad y mortalidad en ciertos padecimientos.
- 6.- Comprender y valorar los factores sociales que participan en el proceso salud enfermedad.
- 7.- Atender a los pacientes integralmente como seres biopsicosociales.

---

<sup>1</sup> Facultad de Medicina. UNAM. Programa Institucional de Prácticas Comunitarias. Julio de 2004

8.-Preparar al alumno en las destrezas del trabajo comunitario y en la atención para su mejor desempeño durante el servicio social.

9.- Conocer y aplicar los programas del sistema nacional de salud como parte de su futura práctica profesional (Línea de vida y Prevenimss).

10.- Proporcionar atención primaria de la salud y médica continua e integral al individuo, a la familia y a la comunidad.

Diseño de las prácticas.

Como tema de cada práctica, se ha elegido un problema prioritario de salud que sea congruente con la temática de salud pública y que este de acuerdo hasta donde sea posible con el ciclo escolar correspondiente, para permitir la integración de contenidos de las demás asignaturas y, de manera fundamental que sirva para que los alumnos conozcan y apliquen los programas abordados por el sistema nacional de salud que les permita realizar acciones de prevención de la salud en beneficio de la comunidad.

El diseño de cada práctica es realizado por el Comité de Prácticas, constituido por académicos del Departamento de Salud Pública el cual se amplió de ocho miembros en su inicio a quince.

Durante el ciclo escolar 2004-2005, en primer año se consideró el área salud escolar con la realización de la práctica “evaluación de la agudeza visual y auditiva en escolares”. Posteriormente durante los ciclos 2005-2006, 2006-2007, se realizó únicamente evaluación de agudeza visual; y durante el ciclo escolar 2007-2008 se cambió por evaluación nutricional debido a que este tema permitía una mayor congruencia con los contenidos de las asignaturas, además que respondía a uno de los programas prioritarios de salud de los escolares.

En segundo año el tema ha sido “Conocimientos y opiniones sobre infecciones de transmisión sexual en especial VIH/SIDA y su relación con las prácticas sexuales en estudiantes de bachillerato”.

Integración del comité:

Un coordinador (Médico)

Dos jefes de materia de Salud pública I y II (Ambos médicos con maestría en Medicina Social y Epidemiología respectivamente)

Responsable académico (Médica con maestría en Salud pública)

Responsable técnico- operativo (Licenciada en pedagogía)

Responsable de evaluación (Médica maestría en Medicina Social)

Y ocho miembros más (6 médicos una con doctorado en microbiología y 5 con maestría en epidemiología, medicina social, salud en el trabajo, en educación media superior, una licenciada en Pedagogía, licenciada en Trabajo Social y un ingeniero en sistemas computacionales)

## Funciones del comité

Para que la realización de cada práctica cumpla con los objetivos se ha elaborado un manual de procedimientos donde se describen las funciones y actividades del personal académico que participa en cada práctica y/o salida.

Funciones de la coordinación de prácticas:

### 1.- Establecer vínculo con autoridades:

a) Interna.- Secretaría General, Jefatura del Departamento de Salud Pública, Jefes de otros departamentos, Coordinador de enseñanza del Departamento de Salud Pública, jefes de materia de Salud Pública, Coordinadores de enseñanza de otras asignaturas, con el Departamento de Cómputo.

a.1. Gestión administrativa: Cálculo de material a utilizar en las prácticas, gestión de compra de material, impresión de material, programación de requerimientos de transporte y seguros de vida y coordinación de entrega y recepción de materiales.

### b) Externa

b.1. Con autoridades de la Secretaría de Educación Pública (SEP). Coordinación a diferentes niveles; Sectorial en el DF, Sectores, Inspecciones, y Directores de escuelas primarias en donde se realizarán las prácticas. Presentación del programa académico, protocolo, programa de actividades (fechas, número de grupos, aulas, horarios, espacios de realización de la práctica, participación de profesores de las primarias para la obtención del consentimiento informado de los padres de familia).

Con la Dirección General de la Escuela Nacional Preparatoria (ENP) y con la Dirección General del Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH).

Con la Direcciones de Colegio de Ciencias y Humanidades y Escuela Nacional Preparatoria de los planteles participantes, y los servicios médicos de cada plantel.

Presentación del programa académico, protocolo, programación de actividades (fechas, número de grupos, aulas, horarios, participación de profesores).

Con la Secretaría de Servicios Escolares (ENP) y Secretaría de Apoyo al Aprendizaje (CCH).

b.3 Presentación de resultados a la Coordinación Sectorial en el D.F. y a los Directores y maestros de las escuelas primarias participantes.

Para la ENP y CCH, se entregarán a Directores de Planteles y alumnos a través de las actividades educativas planeadas en la fase IV.

## 2 Actividades académicas.

### a) Coordinación con jefes de materia:

Para la revisión y elaboración de programas académicos y protocolos de investigación, para su integración en el manual de las asignaturas de Salud Pública I y II.

### b) Coordinación del Comité de Prácticas.

### c) Coordinación con el (la) responsable del Programa de Evaluación de las prácticas.

### d) Revisión y discusión con el Comité de Prácticas, del material teórico que apoye pedagógicamente el trabajo comunitario.

## 3. Actividades académico-administrativas.

### 3.1 Programación y organización del trabajo de campo:

#### a) Elaboración de cronogramas de actividades.

Tanto para primer año, como para segundo año.

#### b) Elaboración, distribución y recolección de listados de seguro de vida, cartas de consentimiento informado, cartas compromiso, de los alumnos de la Facultad participantes en las diferentes prácticas.

#### c) Asignación de coordinador de grupo de 1º. y 2º años así como coordinadores de escuela y monitores para las diferentes etapas de la práctica.

#### d) Revisión, impresión y distribución a coordinadores de grupo del material para la ejecución de la práctica.

#### e) Revisión, impresión y distribución a coordinadores de grupo de los formatos de evaluación.

#### f) Impresión y distribución a coordinadores de grupo de los formatos de evaluación de y detección de situaciones incidentes.

#### g) Resolver los problemas que surjan durante la ejecución de las fases de campo de las diferentes prácticas.

#### h) Supervisar y apoyar el desarrollo exitoso del trabajo de campo:

h.1 Coordinar el transporte a las sedes de la práctica. (croquis de ubicación de las escuelas).

- h.2 Obtener y distribuir botiquines en cada transporte.
  - h.3 Resolver las contingencias que se presenten durante el trabajo de campo, tales como, falta de transporte, ausencia de profesores responsables, de monitores y falta de material.
- i) Planear junto con Coordinadores de grupo, reunión de capacitación para monitores participantes.

### 3.2 Actividades administrativas.

- 3.2.1. Asignar personal administrativo para llenado del formato del seguro de vida de los alumnos y profesores de cada grupo participante, así como de los miembros del comité de prácticas. (Cuadro anexo).
- 3.2.2. Integrar los paquetes de material para las salidas de campo.
- 3.2.3. Contratación del servicio de transporte, y supervisión del servicio el día de la salida de campo.
- 3.3.4. Gestionar el servicio de alimentación para el personal que participe en la fase de campo en los CCH y ENP.

### Funciones de los jefes de materia

- a. Adecuación y ajustes al programa académico de la asignatura correspondiente.
- b. Elaboración de protocolo de cada práctica.
- c. Convocar a los profesores titulares de grupo a las reuniones para dar a conocer el programa de la práctica.
- d. Calendarización anual de las actividades de la práctica.
- e. Participar en la coordinación para la captura, análisis y presentación de resultados.
- f. Participación en la presentación y entrega de resultados a las instituciones participantes en la práctica comunitaria.
- g. Participar en las reuniones del comité.

### Funciones de los coordinadores de escuela.

En las escuelas primarias:

Una vez designadas por la SEP las escuelas primarias para la realización de la práctica.

- a) Establecer comunicación con las autoridades del plantel para visita de información sobre el programa de la práctica, objetivos, etc.
- b) Recabar información estadística de la escuela, número de alumnos y grupos.
- c) Selección de áreas, para el trabajo de campo.
- d) Determinar entrega y recopilación de las cartas de consentimiento informado a los padres de familia.

- e) Día de la práctica ser enlace entre autoridades del plantel, maestros y alumnos de la facultad.
- f) Resolver contingencias que se presenten durante el desarrollo de la práctica.

En el Colegio de Ciencias Humanidades y/o Escuela Nacional Preparatoria.

- a) Establecer comunicación con las autoridades del plantel, para la presentación del programa de la práctica.
- b) Determinar el personal involucrado en la realización de la práctica.
- c) Recabar información estadística de la escuela, número de alumnos y grupos.
- d) Elaborar la programación de los grupos a encuestar.
- e) Día de la práctica ser enlace entre autoridades del plantel, maestros y alumnos de la facultad.
- f) Resolver contingencias que se presenten durante el desarrollo de la práctica.

Coordinador de grupo.

A cada coordinador de grupo (miembro del comité) le serán asignados por la coordinación de prácticas de campo un determinado número de grupos.

Responsabilidades de los coordinadores de grupo en relación a los grupos asignados:

- Una vez asignado el o los grupos, el académico deberá entablar comunicación con el profesor del o grupos con la finalidad de verificar que las etapas de la práctica se están desarrollando en tiempo y forma. Llenar las guías de coordinadores de grupo de acuerdo a las etapas de las de la práctica.
- Asesorar y apoyar al profesor responsable en el desarrollo completo de la práctica.
- Coordinar con el profesor la organización para la salida a campo:
  - a) Fecha, horario y lugar de la salida.
  - b) Recolección de información al final de cada jornada.
- Recoger en la coordinación de prácticas el material que se requiere para la práctica; encuestas, sobres etiquetados, material de oficina, croquis del plantel, programación de los grupos a encuestar.
- Entregar a cada profesor las encuestas de acuerdo al número de grupos y alumnos a encuestar para que el profesor integre los paquetes.
- Cada paquete deberá ir en un sobre con una etiqueta que debe de contener la siguiente información: Nombre del plantel, grupo, ubicación del grupo por

edificio y salón, nombre del maestro del plantel, y número de alumnos por grupo y alumnos encuestados.

- Los paquetes de la escuela primaria debe contener la siguiente información: Nombre de la escuela, grupo y número de alumnos que entregaron carta de consentimiento informado.
- Identificar al monitor o monitores que apoyaran actividades el día de la salida a campo.
- Organizar la participación del o los monitores.
  
- Recoger en la coordinación de prácticas la programación de transporte, la cual deberá indicar hora de salida y de regreso, lugar de reunión para la salida de CU, para la llegada al plantel (CCH, ENP) y viceversa igualmente para escuelas primarias.
  
- Recoger en la coordinación de prácticas: La programación de grupos a encuestar, croquis del plantel ( uno por cada monitor a su cargo).
  
- Ubicar el lugar de reunión en el plantel (aula, edificio, grupo).
  
- Recoger las listas de cotejo de cada monitor a su cargo y entregarlas a la responsable de evaluación asignada por la coordinación de prácticas.
- Al término de la actividad de campo o al día siguiente entregar a la coordinación de prácticas comunitarias el material de oficina que se le hubiera proporcionado, así como encuestas sobrantes.
  
- Recoger el botiquín que se le asigno a cada plantel o escuela y entregarlo a la coordinación de prácticas.
- Presentarse el día de la práctica cuando menos 15 minutos en el sitio de reunión, con bata blanca.
- No salir del plantel hasta que haya salido el o grupos asignados.

Funciones de los profesores titulares de grupo:

- Asistir a las reuniones al inicio del curso en donde la coordinación de prácticas comunitarias presenta el programa que se llevara a cabo durante el ciclo escolar y las reuniones antes de cada etapa de la práctica.
- Desarrollar el programa académico de acuerdo a lo planeado para las diferentes fases de la práctica.
  - a) Fase I. Teórica revisión de los temas señalados en el programa que apoyan la práctica.
  - b) Fase II. Salida(s) a comunidad. Organización de la salida a campo. Recoger y entregar al coordinador de grupo o a la coordinación de prácticas comunitarias el formato de seguro de vida, carta compromiso cuando menos 15 días antes de la salida, vigilar que dichos formatos sean llenados de acuerdo a las instrucciones proporcionadas por el coordinador de grupo.

Recoger el material que se utilizará en la práctica (instrumentos de recolección, programación de grupos asignados, programación de transporte).

- Presentarse el día de la práctica cuando menos 15 minutos en el sitio de reunión, con bata blanca.
- Organizar el trabajo de campo con sus alumnos.
- Pasar lista el día de la práctica.
- No salir del plantel hasta que haya salido su grupo
- Realizar un informe global de incidencias al final de la práctica.
- Recoger las encuestas aplicadas para analizar con sus alumnos.

c) Fase III Revisión de instrumentos de recolección y captura de datos.

- Estar presente en el adiestramiento de los alumnos para la captura y análisis.
- Asegurar la captura completa y correcta de los cuestionarios.
- Entregar captura a la persona asignada por la coordinación y establecer con esta los mecanismos para la presentación final.
- Resguardar el total de los instrumentos de captura de su grupo y entregarlos a la coordinación de prácticas.

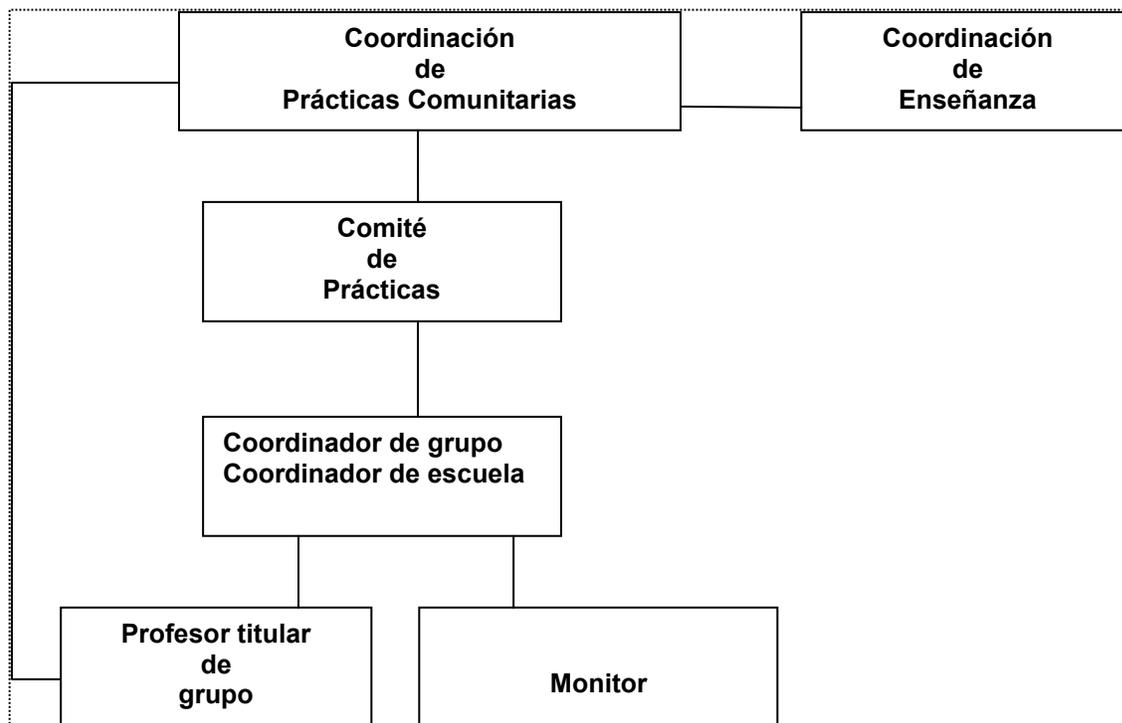
d) Fase IV Organización de las actividades de intervención en comunidad, actividades de educación para la salud.

Funciones Monitores:

- Asistir a la reunión de información programada por la Coordinación de prácticas, en la cual se le dará a conocer cual es su participación en la práctica según la fase en la que participe.
- Ubicar al coordinador del grupo(s) y ponerse en contacto para que este a su vez le indique a que grupo o subgrupo apoyará.
- Apoyar al coordinador de grupo para verificar que las diferentes etapas de la práctica se estén realizando en cada grupo o subgrupo de acuerdo a lo planeado.
- Revisar con el coordinador de grupo la programación para la práctica de campo.
- Auxiliar al coordinador de grupo en la integración de paquetes por grupo con el material que se requiere para la práctica.
- Recoger con el coordinador de grupo la programación de grupos a encuestar, ubicación, croquis del plantel, horario de salida y llegada.
- Presentarse el día de la práctica cuando menos 15 minutos en el sitio de reunión, con bata blanca.

- Llenar la lista de cotejo del grupo o grupos asignados. Por la cantidad de grupos a visitar se llenará lista de cotejo de los subgrupos al azar.
- Realizar el informe de la práctica de acuerdo a los formatos que se le proporcionarán y entregarlo a los coordinadores de grupo.

### Organigrama del Comité



### Espacios comunitarios

El comité de prácticas consideró que el espacio idóneo para aplicar el programa de salud escolar para la práctica de primero era las escuelas primarias públicas de las Delegaciones Políticas de Tlalpán y Coyoacán por estar cercanas al campus universitario. El programa fue presentado a la Coordinación de Educación Primaria de Secretaría de Educación Pública en el D.F. para su aprobación y designación de las escuelas en donde se ha venido realizando la práctica.

Con respecto a la práctica de segundo año se determinó realizarlo en los planteles de bachillerato de la UNAM, (Escuela Nacional Preparatoria, y Colegio de Ciencias y Humanidades). Para lo cual se presentó el programa para su aprobación a las direcciones respectivas de cada plantel.

Desarrollo de la práctica.

Las actividades de cada práctica están incorporadas al programa académico de los grupos que participan de cada asignatura en este caso Salud Pública I y II, la cual detalla en forma cronológica el tema a revisar la profundidad y su vinculación con la práctica, esta es presentada a los profesores en la reunión anual de planeación que se lleva a cabo al inicio de cada ciclo escolar. En donde de manera voluntaria una vez conocido el programa las características y las actividades a desarrollar cada profesor elige si participa o no.

El comité de prácticas para organizar y dar seguimiento a los grupos participantes en cada práctica y como parte de su manual de procedimientos se decidió integrar las figuras de coordinador de grupo, coordinador de escuela y para la salida a campo monitor.

Funciones del coordinador de grupo.

Es un miembro del comité al cual se le asignan dos o más grupos

Etapas de la práctica:

1 Planeación. Durante esta etapa se proporciona la información sobre la práctica, y la revisión del problema tema de la práctica, el programa académico con los contenidos específicos que apoyan la práctica el protocolo el manual operativo, así como la organización y logística.

2 Revisión en aula de los temas de la práctica.

Organización del grupo en equipos para su participación en el trabajo de campo.

3 Recolección de la información es la salida a campo que puede ser de uno o dos días según el caso.

4 Análisis de la información. Se hace el recuento de los datos, se hace un análisis de los resultados. Con base en los resultados se diseñan las actividades de educación para la salud, de acuerdo al grupo y nivel donde se va a desarrollar la actividad ya sea en el la primaria o bachillerato.

5 Actividades de educación para la salud. Segunda salida a campo (un día). Durante esta salida se desarrolla las actividades de promoción y educación para de la salud.

6 Presentación de resultados a las autoridades de la Secretaría de Educación Pública y Autoridades de bachillerato de la Universidad Nacional Autónoma de México.

*Con mis maestros he aprendido mucho; con mis colegas, más; con mis alumnos todavía más.*

*Proverbio hindú*

## II. ASPECTOS DEL CURRÍCULUM MÉDICO

El actual plan de estudios denominado Plan Único de Estudios aprobado en 1993 y al que se le han incorporado cambios en 1997, 1998, 2005, y 2006, aprobados por el H. Consejo Técnico de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Cabe mencionar que desde 2004 la Facultad está en un proceso de revisión del plan de estudios; este proceso ha pasado por varias etapas primero se presentó un esquema en donde se le concebía como un plan flexible, con opciones terminales profesionalizantes en algunas áreas, posteriormente se dijo que sería por competencias, y en octubre de 2008 se empezó a formular únicamente una actualización la cual se iniciará en el ciclo escolar 2010-2011.

El plan de estudios de la Facultad de Medicina es considerado un plan tradicional por asignaturas con la consecuente parcialización del conocimiento al cual se le han incorporado diversas estrategias de enseñanza para subsanar esta deficiencia. Se han introducido semanas de integración con el estudio de casos clínicos, Núcleos de Calidad Educativa (NUCE) estrategia de Aprendizaje Basado en Problemas (ABP), para algunos grupos y desde el año 2004 prácticas comunitarias para otros grupos.

Perfil del egresado.

En el Plan Único de estudios, se señala, con respecto al perfil “el egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México que cumple satisfactoriamente los objetivos y adquiere los conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes que integran el Plan de Único de estudios”:

- Es un profesional capacitado para ofrecer servicios de medicina general de alta calidad y, en su caso, para referir con prontitud y acierto aquellos pacientes que requieren cuidados médicos especializados.
- En la atención de los pacientes, además de efectuar las acciones curativas, aplica las medidas necesarias para el fomento a la salud y la prevención de las enfermedades, apoyándose en el análisis de los determinantes sociales y ambientales, especialmente el estilo de vida.
- Se conduce según los principios éticos y humanistas que exigen el cuidado de la integridad física y mental de los pacientes.
- Como parte integral de su práctica profesional examina y atiende los aspectos afectivos, emocionales y conductuales de los pacientes bajo su cuidado.

- Conoce con detalle los problemas de salud de mayor importancia en nuestro país y es capaz de ofrecer tratamiento adecuado a los pacientes que los presentan.
- Promueve el trabajo en equipo con otros médicos y profesionales de la salud y asume la responsabilidad y el liderazgo que le corresponden, según su nivel de competencia y papel profesional.
- Dispone de conocimientos sólidos acerca de las ciencias de la salud, lo que le permite utilizar el método científico como herramienta de su práctica clínica habitual y lo capacita para optar por estudios de postgrado, tanto en investigación como en alguna especialidad médica.
- Tiene una actitud permanente de búsqueda de nuevos conocimientos, por lo que cultiva el aprendizaje independiente y autoridrigido, lo que le permite actualizarse en los avances de la medicina y mejorar la calidad de la atención que otorga.
- Se mantiene actualizado en relación con los avances científicos y tecnológicos más recientes; utiliza la información y la tecnología computacional para la adquisición de nuevos conocimientos y como una herramienta de trabajo dentro de su práctica profesional.<sup>1</sup>

Para el área Sociomédica retomamos los aspectos que justifican y apoyan las actividades en comunidad y son: adquirir los conocimientos habilidades, destrezas y actitudes para ejercer las medidas necesarias para la promoción de la salud, prevención de enfermedades y la atención médica de calidad, en las premisas de la ética y humanismo.

Por lo cual el trabajo en comunidad posibilita en los alumnos el logro de los siguientes aprendizajes:

Integrar significativamente el contenido declarativo disciplinario al enfrentarlo a una situación real.

Adquirir habilidades y destrezas en la premisa de “aprender haciendo”.

Integrar contenidos de tipo declarativo con los de procedimiento a nivel técnico (secuencia de acciones y ejercitación guiada autónoma).

Integrar contenidos declarativos con los de procedimiento, tanto a nivel técnico como estratégico (generalización y control metacognitivo).

Promover que su actitud sea analítica hacia el conocimiento científico.

Generar en el alumno un espíritu de servicio.

Preparar al alumno en las destrezas del trabajo comunitario y en la atención medico-preventiva del primer nivel de atención.

---

<sup>1</sup> Plan Único de Estudios de la carrera de Médico Cirujano. Facultad de Medicina. UNAM. 2006

Sensibilizar al alumno para su futura incorporación al Programa Básico de los Servicios de Salud en su servicio social.<sup>1</sup>

Por otra parte, el plan tiene como distintivo el enfoque del método educativo, la cual esta organizado en tres partes.

- A. Los criterios educacionales.
- B. Las áreas de énfasis.
- C. Las estrategias docentes.

Criterios educacionales:

1. Integrar el aprendizaje de las bases científicas de la medicina con la adquisición de las habilidades y destrezas clínicas.
2. Desarrollar el hábito de estudio individual y la capacidad para el aprendizaje activo, autodirigido e independiente.
3. Estimular el desarrollo de habilidades para comunicarse y colaborar con otros profesionales de la salud.
4. Adaptar los contenidos temáticos de la carrera al perfil epidemiológico de la población.
5. Preparar a los estudiantes para llevar a cabo las acciones de fomento a la salud y prevención de las enfermedades.
6. Propiciar la adquisición de habilidades, valores y actitudes en forma paralela a la adquisición de conocimientos.
7. Diseñar métodos de evaluación apropiados para el aprendizaje independiente y autodirigido.
8. Prestar mayor dedicación al estudio individual, a las prácticas en el laboratorio, al trabajo en equipo y al desarrollo de proyectos, que a la enseñanza en el salón de clases.
9. Orientar de manera intensiva al estudiante a la solución de problemas apoyándose en los recursos tecnológicos apropiados.
10. Especificar las tareas, el nivel de responsabilidad y las que se deben alcanzar durante el adiestramiento básico y clínica.
11. Definir las características de la supervisión y la enseñanza tutorial que el estudiante debe recibir durante su preparación clínico.
12. Estimular a los estudiantes para proseguir su formación mediante la auto-enseñanza, los cursos de educación continua y su incorporación oportuna al postgrado.

Áreas de énfasis de la enseñanza médica.

En el proceso de enseñanza- aprendizaje se pondrá especial atención en estimular en los estudiantes las características siguientes:

---

<sup>1</sup> Programa Institucional de Prácticas Comunitarias Facultad de Medicina. UNAM 2008

1. Juicio crítico que les permita identificar problemas relevantes para la práctica de la medicina, discriminar los aspectos prioritarios de los secundarios y juzgar la validez de organizar los avances recientes, así como evitar el aprendizaje memorista.
2. Capacidad para aplicar el método científico a la actividad clínica, integrar hipótesis diagnósticas y confirmarlas o descartarlas mediante el uso adecuado de los procedimientos de laboratorio y gabinete. Finalmente, decidir la terapéutica indicada para resolver el problema.
3. Capacidad para sistematizar la práctica clínica y establecer esquemas para la prevención, tratamiento y rehabilitación del enfermo; analizar críticamente las decisiones médicas y optimizar la eficacia de sus acciones en beneficio de la calidad de los servicios que se ofrecen.
4. Manejo integral y con calidad de los problemas de salud del paciente mediante un equilibrio que implica tanto los aspectos científicos y humanísticos, cuanto los curativos y preventivos, incluyendo la interacción con el medio social y físico.

#### Estrategias docentes.

##### 1.- Solución de problemas.

###### a) Ciencias básicas: experimentación en el laboratorio:

Para la enseñanza de las materias básicas el laboratorio es un recurso de gran utilidad. Con este fin, las prácticas estarán orientadas, más bien que a seguir una serie de pasos y rutinas, a la búsqueda de explicaciones de los fenómenos. El tránsito de los alumnos por el laboratorio significa su oportunidad para lograr evidencias experimentales, comprobables más bien que tratar de repetir mecánicamente observaciones ya superadas. Esta estrategia resulta de gran trascendencia para la formación científica del médico y facilita el abordaje del quehacer clínico con un enfoque científico.

###### b) Disciplinas Clínicas: Estudios de casos:

El establecimiento del diagnóstico y tratamiento de un paciente constituyen ejemplos típicos de solución de problemas cuyo adecuado aprendizaje requiere que sean enseñados como tales. Para este fin la enseñanza de la clínica se reforzará principalmente con el estudio de casos, en los cuales el alumno tiene que solucionar “el problema”, estableciendo un diagnóstico correcto y un tratamiento adecuado.

###### c) Área sociomédica: Desarrollo de ejercicios:

Esta es un área integrada por diversas disciplinas. La estrategia propuesta es el desarrollo de ejercicios, cuyo diseño se ajustará a la naturaleza de cada materia, pues aquí se incluyen desde problemas epidemiológicos hasta las situaciones de carácter social y ético.

## 2.- Enseñanza tutorial.

Aunque existen diversas dificultades de carácter operativo para generalizar esta estrategia se harán los esfuerzos correspondientes para que los alumnos tengan esta oportunidad, ya que esta plenamente aceptado que tanto el aprendizaje de las ciencias básicas como el de la clínica tiene un componente tutorial muy importante. Como en el Plan 85 se inició la enseñanza tutorial en el área clínica, en el Plan Único de estudios se pretende que esta actividad se lleve a cabo con un método específico que ayude a superar el carácter puramente empírico y subjetivo que suele caracterizar en muchas ocasiones la función del tutor y se convierta en una actividad cuantificable y evaluable. Además evite la enseñanza verbalista, inculcando en el estudiante la formación del juicio crítico.

## 3.- Aprendizaje de carácter interdisciplinario.

### a) Experiencias integradas:

Ésta ha sido una aspiración tradicional de la enseñanza médica; de hecho, se han efectuado esfuerzos en esta dirección de muy diversa naturaleza. La existencia de múltiples campos de especialización y subespecialización de la medicina representa una dificultad adicional para la integración de la enseñanza.

La estrategia que se presten de utilizar consiste fundamentalmente en brindar al estudiante diversos escenarios y experiencias integradas. Es decir, no se pretende que un especialista domine otros campos, sino que dentro del programa académico de las asignaturas se señalen las interrelaciones con otras disciplinas y el profesor lleve a cabo las referencias correspondientes.

### Objetivo general

Formar un médico capaz de ejercer la práctica de medicina general con los conocimientos, la calidad técnica, ética profesional y el humanismo que requiere el cuidado y la promoción de la salud.

### Objetivos específicos

- Mediante el estudio de las ciencias básicas el alumno conocerá el desarrollo, estructura y funcionamiento normal del organismo humano, así como sus mecanismos de defensa; conocerá los principios y mecanismos de acción de los compuestos actualizados sobre agentes patógenos capaces de afectar la salud.

- Mediante el aprendizaje de las disciplinas clínicas el alumno tendrá la preparación necesaria para comprender los mecanismos intrínsecos de las enfermedades y dispondrá de los conocimientos, habilidades y destrezas necesarios para el diagnóstico y el manejo de los problemas de salud que se presentan en la práctica de la medicina general, integrando para ello los conocimientos de las ciencias básicas.
- Mediante el aprendizaje de las disciplinas sociomédicas el alumno será capaz de incluir la prevención y las técnicas de la salud pública en su futuro ejercicio profesional dentro de un contexto histórico, ético filosófico y humanista.

### Características generales del Plan Único de Estudios

El Plan Único de Estudios está integrado por disciplinas: Básicas en 1º y 2º año.

Clínicas en 3º y 4º año.

Internado médico en 5º año.

Servicio Social en el 6º año

A lo largo de la carrera están inscritas las asignaturas relacionadas con el área sociomédica; para reforzar en los alumnos la adquisición de actitudes que hagan de ellos médicos con responsabilidad social, ética y humanista. Dichas asignaturas son:

Salud Pública I, II, III y IV. (Salud Pública I y II programada anualmente y III y IV en un semestre)

Psicología Médica. Historia y Filosofía de la Medicina.

### Estructura del plan de estudios

|  |                               |   |  |
|--|-------------------------------|---|--|
| Salud Pública  |                               | I<br>n<br>t<br>e<br>r<br>n<br>a<br>d<br>o | S<br>e<br>r<br>v<br>i<br>c<br>i<br>o<br><br>S<br>o<br>c<br>i<br>a<br>l |
| Psicología Médica /Historia y Filosofía de la Medicina |                               |   |  |
| Disciplinas Básicas                                    | Disciplinas Clínicas          |   |  |
| Anatomía   | Cirugía I                     |   |  |
| Biología del desarrollo                                | Cirugía II                    |   |  |
| Biología Celular y Tisular                             | Patología                     |   |  |
| Bioquímica y Biología Molecular                        | Propedéutica y Fisiopatología |   |  |
| Fisiología   | Medicina General I            |   |  |
| Microbiología y Parasitología                          | Medicina General II           |   |  |
| Inmunológica   | Seminario Clínico             |   |  |
| Farmacología   | Genética Clínica              |   |  |
| Asignaturas de libre elección                          |                               |   |  |

*Las grandes realizaciones son posibles cuando se da importancia a los pequeños comienzos.*  
*Lao - Tse*

### III. PROTOCOLO

#### Antecedentes.

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), se deben a una gran variedad de microorganismos, dentro de los que se pueden mencionar al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), virus del papiloma humano (VPH), herpes virus humano 2 y 1 (dependiendo de las prácticas sexuales), virus de la hepatitis B, *Treponema pallidum* (sífilis), *Neisseria gonorrhoeae* (gonorrea), *Haemophilus ducreyi* (chancro blando), *Ureaplasma urealyticum* (uretritis no gonocócica), *Chlamidia trachomatis* (linfogranuloma venéreo), entre otros. El elemento epidemiológico central de las ITS y el VIH es que la transmisión ocurre en el contexto de las relaciones sociales más íntimas o en aquellos contextos que se han mostrado refractarios al control social, esto ha provocado una confrontación con el problema de cómo tratar actos privados que tienen consecuencias sociales.<sup>(1)</sup>

Las ITS son un grupo de padecimientos infecciosos que se transmiten predominantemente por contacto sexual. Algunos de éstos son considerados como de notificación obligatoria en la mayoría de los países y continúan teniendo una frecuencia alta, fundamentalmente entre gente joven en edad reproductiva y con vida sexual activa. Las ITS y sus complicaciones se presentan predominantemente en grupos específicos que son los que se encuentran en riesgo de adquirirlas o transmitir las; a ellos se les debe reconocer con el fin de incluirlos en los programas de vigilancia y control. Hay también algunos subgrupos de personas que sufren particularmente las complicaciones; como son, quienes inician su actividad sexual a edad temprana y que tienen varias parejas en lapsos cortos. Los adolescentes son considerados de alto riesgo para adquirir ITS por diferentes motivos: generalmente tienen relaciones sexuales sin ningún medio de protección, son biológicamente más susceptibles a la infección, son más renuentes a solicitar consulta médica, ya que enfrentan múltiples obstáculos para utilizar los servicios de atención médica y, como agregado, reciben tratamientos empíricos, sin una base comprobatoria de la etiología; además no son sujetos de vigilancia epidemiológica en pareja y, por lo tanto pueden presentar las complicaciones de estas enfermedades en forma temprana o tardía durante su vida sexual.<sup>(2)</sup>

La Organización Mundial de la Salud estima que anualmente al menos uno de cada 20 adolescentes contrae una ITS curable, sin incluir infecciones virales. La ONUSIDA ha estimado en 1999 que más de la mitad de las nuevas infecciones de

VIH en el mundo y en México, ocurre entre los 15 y los 24 años de edad, con una tendencia a disminuir la edad promedio de contagio.<sup>(3)</sup>

En los ámbitos mundial y nacional, se han multiplicado los esfuerzos científicos para entender mejor los contextos y mecanismos sociales de transmisión de las ITS y del VIH, como consecuencia del aumento en la incidencia de estas enfermedades escala global en los jóvenes de todas las edades con práctica sexual activa.<sup>(3)</sup>

En América latina se estima que la epidemia de SIDA se inició a principios del decenio de 1980, y aunque en México se diagnosticó el primer caso en 1983, el tiempo que pasó entre la adquisición del VIH y el desarrollo del SIDA, de al menos dos a 10 años, hace suponer que este virus fue introducido en México en el decenio de 1970. La mayor parte de los casos ha ocurrido en el grupo de 25 a 39 años de edad y del total de pacientes adultos en los que se conoce la vía de infección, en más de 87% fue adquirida por contacto sexual.<sup>(4)</sup>

Es razonable suponer que una buena proporción de los casos reportados en adultos de 25 a 39 años de edad, pudieron haber sido contagiados con el VIH durante el periodo de la adolescencia.<sup>(5)</sup>

En México, la proporción de adolescentes con actividad sexual coital es variable en estudiantes que inician bachillerato (mujeres 5%, varones 27%) y la universidad (mujeres 20% y varones 50%), así como la proporción de adolescentes que usan condón en su primera relación sexual (35.5% mujeres y 42.2% varones).<sup>(6)</sup>

Resultados preliminares de la Encuesta Nacional de Juventud 2000, que incluyó una muestra de jóvenes de 12 a 29 años de edad, describen a 55% con actividad sexual coital, de los cuales 65% dijo utilizar el condón como método de protección contra las ITS y la adquisición del VIH. El 68% tuvo su primera relación sexual entre los 15 y 19 años de edad.<sup>(7)</sup>

En México se han desarrollado esfuerzos desde organizaciones gubernamentales y no gubernamentales para ofrecer a las y los adolescentes, servicios de salud que satisfagan sus necesidades. Los Centros de Integración Juvenil trabajan en México desde 1969 contra las adicciones; el Centro de Orientación para Adolescentes (CORA) trabaja desde 1978 en el área de salud sexual y reproductiva; contemporánea con el anterior, se encuentra la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM), con una gran trayectoria en el ámbito de la planificación familiar y, posteriormente, en los tópicos de sexualidad y salud reproductiva; el Instituto Mexicano del Seguro Social trabaja un programa coordinado para adolescentes, que inició en 1985 con el concepto de fomento a la salud.

La Secretaría de Salud inició el Programa Nacional de Adolescentes en 1994 con énfasis en salud sexual y reproductiva, y con acciones contra las adicciones y el

abuso de sustancias tóxicas. En 1997 el programa IMSS-Solidaridad introdujo los Centros de Atención Rural para Adolescentes (CARA), con el fin de reducir la brecha de atención en las zonas rurales. Estos servicios al adolescente centran sus actividades en la identificación de sus necesidades, consejería, información, educación para la salud y autocuidado. En el año 2000, el Consejo Nacional de Vacunación, como instancia técnica administrativa de la Secretaría de Salud, que coordinaba el Programa de Atención a la Salud del Niño, se transformó en el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA) y se dio inicio así a la creación del Programa de Acción para la Atención a la Salud de las y los Adolescentes (PAASA). Las estrategias de éstos programas se han encaminado a incrementar la cobertura de los servicios entre las y los adolescentes y también, de manera muy importante, al uso que de ellos hacen en todos los ámbitos, incluyendo escolarizados y no escolarizados. El reto más grande es cambiar el paradigma de un enfoque de atención a daños de la salud, a un enfoque de estilos de vida sana. <sup>(8)</sup>

Mucho se ha escrito en relación con el efecto del grado de conocimientos acerca de VIH/SIDA, sobre las prácticas sexuales de riesgo y su utilización como parte de la estrategia de prevención o modificación de dichas prácticas en adolescentes. Mientras que algunos estudios han encontrado una asociación entre un alto grado de conocimiento sobre el VIH/SIDA y el uso de condón, o una actividad sexual coital de menor riesgo, otros señalan una relación en jóvenes con alto grado de conocimientos objetivos, asociados con actividad coital de alto riesgo para adquirir VIH. <sup>(9)</sup>

El estudio realizado por Tapia-Aguirre Vilma y et al. en escuelas públicas del estado de Morelos en 2004 en 13,293 estudiantes entre 11 y 24 años, se observó que la asociación entre el conocimiento sobre VIH/SIDA y la práctica sexual difiere por sexo, ya que los hombres con un nivel alto de conocimiento, solían usar condones en sus relaciones sexuales (Razón de momios de 1.4, Intervalo de Confianza al 95% 1.1 – 1.7), es decir que tenían 40% más probabilidad de usar condón en sus relaciones sexuales, mientras que en las mujeres con alto nivel de conocimiento, era 30% menos probable que lo usaran (RM 0.7, I.C.<sub>95%</sub> 0.5 – 1.0). <sup>(10)</sup>

Algunos estudios han encontrado que las jóvenes adolescentes se encuentran en desventaja en términos de control sobre el uso de condón. En Camerún se observó que a las jóvenes les daba vergüenza comprar condones y muy pocas sabían como se usaba. Estos datos podrían indicar que las jóvenes dependen más de la decisión de su pareja sobre el uso de condón, de lo que los varones lo hacen. Las normas de género en México y otros países en desarrollo, tornan socialmente inaceptable que una joven compre o proponga a su pareja el uso de condón, aún si ellas saben que lo necesitan para protegerse así mismas, mientras que esas mismas normas, permiten a los varones comprarlos y discutir acerca de su uso. <sup>(10)</sup>

La elevada prevalencia e incidencia de ITS, entre los jóvenes, sugiere que existe un insuficiente uso del condón. En este contexto, existen autores en México que afirman que se necesita multiplicar los estudios que analizan las modalidades alrededor del ejercicio de la sexualidad en jóvenes, en particular sobre prácticas de intercambio de favores sexuales por beneficios sociales o materiales, que se le ha denominado “sexo recompensado” (SR), y es muy distinto del comercio sexual (CS), ya que aunque descansan sobre la misma base (intercambio de sexo por beneficios), son dos prácticas que se insertan en estructuras y contextos sociales diferentes, pero que desde una perspectiva de Salud Pública, es importante estudiar, pues este tipo de práctica, acentúa la dificultad para negociar sexo protegido (que puede traducirse en el no uso del condón) por lo que incrementa la exposición a ITS/VIH/SIDA.<sup>(3)</sup>

La transmisión de las ITS, está asociada con desigualdades sociales expresadas en accesos diferenciales a oportunidades de protección y cuidado de la salud en diferentes contextos socioeconómicos. Las diferencias de género son otra expresión de esta desigualdad. Estas diferencias implican una mayor probabilidad de que los hombres transmitan la infección a sus parejas sexuales y en mayor medida en contextos de pobreza.<sup>(11)</sup>

Mientras que el riesgo apunta a una probabilidad y evoca una conducta individual, la vulnerabilidad es un indicador de la inequidad y la desigualdad sociales y exige una respuesta en el ámbito de la estructura social. Es la vulnerabilidad la que determina los riesgos diferenciales y es sobre ella que debe actuarse.<sup>(1)</sup>

Las ITS/VIH/SIDA, han demostrado que las epidemias tienen lugar en varios niveles: evento biológico, percepción social, respuesta colectiva y fenómeno individual, tanto existencial como moral. Cada enfermedad, en tanto fenómeno social, es una configuración única de eventos y respuestas tanto en la esfera biológica como en la social.<sup>(1)</sup>

Lo que se busca es fortalecer la resiliencia de los jóvenes (que es la forma efectiva y exitosa de enfrentar eventos y circunstancias estresantes de la vida) para tener un compromiso más efectivo con los retos del crecimiento y promover un mejor manejo de los riesgos a la salud a los que se someten los adolescentes en diferentes ámbitos de su cotidianidad.<sup>(8)</sup>

#### Investigaciones en relación al tema

En forma resumida se hace un recuento de algunas investigaciones en donde el tema gira alrededor de la relación entre infecciones de transmisión sexual y prácticas sexuales, y métodos anticonceptivos en donde los adolescentes y los jóvenes son el grupo sujeto de estudio.

Por una parte tenemos que el tema de las relaciones sexuales y los riesgos asociados a problemas de salud es un tema que ha ocupado históricamente un

espacio en el ámbito de la salud y de la psicología, específicamente el área de la salud pública al ser considerados como problemas colectivos de salud.

Algunos autores sostienen que es a partir del surgimiento de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA) identificado en la década de los ochenta que el tema de las relaciones sexuales, la promiscuidad y las diversas prácticas, preferencias, dieron un nuevo giro y cobraron una dimensión diferente por parte de las autoridades de salud de todo el mundo.

Como resultado de esta pandemia, la cual para ser considerada como tal, la OMS la define como: Una enfermedad que debe tener un alto grado de infectabilidad, mortalidad y un fácil traslado de un sector geográfico a otro; se iniciaron investigaciones que buscaban con énfasis el detener el avance de la dicha pandemia, así como dar un lugar preferente a las acciones preventivas y difusión de los mecanismos de transmisión.

En lo que respecta a los adolescentes y jóvenes de nuestro país y de acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2000) el grupo etario con menos problemas de salud es este, en cuanto a defunciones y morbilidad, pero que es a partir de la adolescencia que un porcentaje considerable incursiona en conductas de riesgo, como el consumo de alcohol y tabaco e inicio de vida sexual activa con muy poca, o ninguna protección.

En 1994 en el marco de la conferencia de Población y Desarrollo, realizada en El Cairo Egipto, en donde se da especial atención al tema de los adolescentes y dando un lugar preponderante a la salud sexual y reproductiva. Los indicadores aportados en dicha conferencia ubican a los adolescentes como un grupo de riesgo.

Justificación.

El riesgo de infección por alguna ITS, VIH/SIDA y de embarazos durante la adolescencia es un problema creciente debido al incremento en la proporción de jóvenes con relaciones sexuales coitales sin uso consistente del condón, ni de métodos anticonceptivos pertinentes, así como edad temprana de inicio de vida sexual. Por lo que identificar las opiniones, y los conocimientos sobre ITS y anticoncepción, en su relación con las características de las prácticas sexuales y el uso de condón de los estudiantes, permitirá planear medidas de prevención y control con base principalmente en la educación para la salud.

Pregunta de investigación.

¿Qué conocimientos y opiniones sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/SIDA y anticoncepción, tienen los estudiantes de bachillerato y cómo se relacionan con su vida sexual?

## Hipótesis

El conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual en lo referente a sus manifestaciones clínicas, incubación y medidas preventivas, así como el uso de métodos anticonceptivos en la población de estudio, es inadecuado y sobre todo no fundamenta la decisión sobre el tipo de práctica sexual (de riesgo o no) que llevan a cabo.

Por lo anterior suponemos que si la hipótesis es cierta entonces:

- Los alumnos que no tienen un buen conocimiento sobre las ITS, las manifestaciones clínicas, el tiempo de incubación, las medidas preventivas y el uso adecuado del condón tendrán un mayor riesgo de contagio de alguna ITS en su práctica sexual coital.
- Los alumnos que no tienen conocimientos, actitudes u opiniones favorables hacia el uso del condón y métodos anticonceptivos tienen mayor riesgo de iniciar vida sexual prematuramente y embarazos a edad temprana.

## Objetivos.

### General.

Identificar en los estudiantes de educación media superior del CCH Vallejo los conocimientos, actitudes y opiniones que tienen sobre ITS, el uso del condón y la anticoncepción, así como su aplicación en la práctica sexual y con base en ello proponer medidas preventivas.

### Específicos.

- Determinar el perfil sociodemográfico de los alumnos.
- Definir algunos antecedentes sexuales de los alumnos
- Determinar la orientación sexual de los alumnos.
- Determinar algunas prácticas sexuales en los alumnos.
- Discriminar el uso del condón y métodos anticonceptivos en alumnos.
- Determinar los conocimientos generales que tienen los alumnos encuestados sobre ITS, uso de condón y anticonceptivos.
- Definir los conocimientos que tienen los alumnos sobre las manifestaciones clínicas y tiempos de incubación de las ITS/VIH/SIDA.
- Identificar la actitud de los alumnos sobre el uso del condón, anticoncepción y VIH/SIDA.
- Definir que opinión tienen los alumnos sobre las personas que padecen una ITS, el uso del condón y las medidas preventivas sobre las ITS, anticoncepción y VIH/SIDA.
- Determinar el grado de autopercepción que tienen los alumnos sobre el riesgo de contraer una ITS o VIH/SIDA.

## Metodología

### Tipo de diseño.

Se llevará a cabo un estudio epidemiológico: transversal analítico.

## Criterios de selección

### Inclusión

- Todos los alumnos inscritos en el plantel seleccionado.

### Exclusión

- Alumnos que no asistan a clase el día de la encuesta.
- Alumnos que no acepten participar en el estudio.

### Ubicación espacio-temporal:

La recolección de datos se llevará a cabo en las aulas de la escuela, el jueves 07 de Febrero del 2008.

### Diseño muestral.

No probabilística. Se llevará a cabo un estudio de base poblacional, que incluirá a todos los estudiantes (regulares o repetidores), que cumplan los criterios de selección.

|   |                    |                 |
|---|--------------------|-----------------|
| Variables de estudio.   |                    |                 |
| <b>Independientes:</b>  |                    |                 |
| Conocimiento sobre ITS y anticoncepción: en este estudio “conocimiento” se refiere al grado de información que posee el encuestado acerca de Gonorrea, Condiloma, Pediculosis Púbrica, Herpes Genital, Sífilis y VIH/SIDA en lo referente a los temas que a continuación se enlistan: |                    |                 |
| Variable  | Número de pregunta |                 |
|   | Mujeres            | hombres         |
| Conocimientos generales sobre ITS, uso de condón y anticonceptivos  | 86-100             | 82-96           |
| Incubación  | 101-106            | 97-102          |
| Manifestaciones clínicas  | 107-113            | 103 -109        |
| Medidas Preventivas   | 114-119            | 110 - 115       |
| <b>Opiniones:</b> Se refiere al grado de acuerdo que tenga el encuestado, según su forma de pensar, hacia cada una de las afirmaciones que se hacen en el cuestionario sobre los siguientes temas   |                    |                 |
| Variable  | Número de pregunta |                 |
|   | Mujeres            | hombres         |
| Uso de condón:  | 73, 76, 77, 81.    | 69, 72, 73, 77. |
| Medidas Preventivas para ITS:   | 74, 75, 78. 80.    | 70, 71, 74, 76  |

|  |                    |                          |
|--|--------------------|--------------------------|
| Autopercepción de riesgo para SIDA:  | 79                 | 75                       |
| Variable   | Número de pregunta |                          |
|  | Mujeres            | hombres                  |
| Variables<br><b>Dependientes:</b><br>Práctica sexual:  |                    |                          |
| Inicio de vida sexual  | 18                 | 18                       |
| Uso de condón y otros tipos de anticoncepción  | 20 – 37            | 19, 28-35                |
| Número de compañeros sexuales en la vida:  | 53 – 57.           | 37 - 42                  |
| Relaciones sexuales: con personas infectadas por VIH, usuarios de drogas intravenosas, personas bisexuales, homosexuales, sexo “casual”, sexo con prostitutas: | 66 – 72.           | 43, 44, 48 – 53, 62 – 68 |
| Variables de interés primario<br>Variables a controlar.<br>Sociodemográficas:  |                    |                          |
| Sexo.  | Cuestionario       | cuestionario             |
| Edad.  | Cuestionario       | cuestionario             |
| Estado civil.  | 1                  | 1                        |
| Ocupación adicional.   | 6-7                | 6-7                      |
| Escolaridad de los padres.   | 8-9                | 8-9                      |
| Religión   | 5                  | 5                        |
| Número de personas que habitan la casa   | 4                  | 4                        |
| Número de dormitorios  | 3                  | 3                        |
| Antecedentes Sexuales:   |                    |                          |
| Edad de inicio de vida sexual  | Número de pregunta |                          |
|  | Mujeres            | Hombres                  |
|  | 19                 | 21                       |

| Variable   | Número de pregunta |         |
|--|--------------------|---------|
|  | Mujeres            | hombres |
| Antecedentes Personales de ITS (Gonorrea, Condiloma, Pediculosis Pública, Herpes Genital, Sífilis y VIH/SIDA): | 46-51              | 22-27   |
| Embarazo:  | 38-39              | 45-47   |
| Aborto:  | 41-43              | 46      |
| Orientación Sexual:  | 52                 | 36      |
| Circuncisión:  |                    | 17      |

#### Recolección de la información

La información se recabó en cuestionarios de autoaplicación diseñados *ad hoc* con hoja de respuestas para lector óptico, uno para hombres y otro para mujeres.

El cuestionario fue formulado, por consenso de expertos tomando como base preguntas validas por CENSIDA (Centro Nacional para la prevención y control del VIH/SIDA) y algunas preguntas modificadas de acuerdo a los resultados de la prueba piloto aplicada en el Colegio de Ciencias Humanidades plantel Sur.

La capacitación de los aplicadores, la realizó cada profesor grupo de acuerdo a la guía proporcionada por la coordinación de prácticas comunitarias.

#### Recuento de la información.

La captura de la información se realizó mediante lector óptico, posteriormente se transferirá al programa Excel. El recuento se llevará a cabo con el apoyo del programa estadístico SPSS (Statistical Package for Social Science) versión 15.0.

#### Análisis Estadístico

- 1.- Análisis descriptivo de las características generales de la población estudiada. Descripción del perfil sociodemográfico.
- 2.- Análisis univariado, presentando la prevalencia de cada una de las variables de estudio, y resumiéndolas según su escala de medición. Si ésta es cualitativa,

se presentará en razones y/o proporciones, y si es cuantitativa, se hará mediante medidas de tendencia central y dispersión según sea conveniente.

Análisis estadístico:

Diseño de estudio transversal, observacional, el análisis se realizó a través de estadística descriptiva y los resultados se presentan en tablas y gráficos.

3.- Con base en los resultados encontrados en los puntos anteriores, se jerarquizarán los factores de riesgo y se determinarán medidas de impacto potencial que proporcionen la información suficiente para proponer las medidas preventivas necesarias en la población de estudio.

Recursos y apoyo logístico

Recursos humanos:

- 30 profesores y 430 alumnos de la Facultad de Medicina inscritos en la asignatura de Salud Pública II.

Recursos materiales:

- 8000 cuestionarios (cuatro mil de hombres y cuatro mil de mujeres)
- 8000 lectores ópticos
- papelería (croquis del CCH, carta de presentación para profesores del CCH, hojas y sobres.
- 8 camiones

Consideraciones éticas:

A cada grupo se les explicó y su participación fue voluntaria, quién no tomo parte de ésta, no tuvo repercusión alguna a nivel académico, administrativo, personal o cualquier otra índole. Se enfatizó la importancia de la veracidad en sus respuestas y la confidencialidad de la información, misma que es anónima.

Se apega a los lineamientos éticos de investigación en seres humanos de acuerdo a la declaración de Helsinki, modificada en Ottawa.

*La primera tarea de la educación es agitar la vida, pero dejarla libre para que se desarrolle.  
Maria Montessori .*

## V. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

Perfil sociodemográfico.

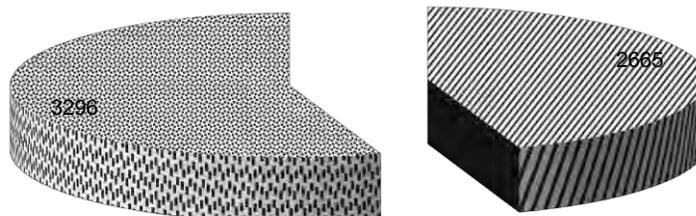
### **Sexo**

Se estudiaron a 5961 alumnos del CCH Vallejo de los cuales el 55.3% son mujeres y el 44.7% son hombres (gráfico1).

Por cada 10 hombres hay 12 mujeres.

Gráfico 1

Sexo de los alumnos del CCH Vallejo, febrero 2008.



Fuente: Encuesta de autoaplicación.

## Edad

Las edades van de los 14 a los 64 años (excepcionalmente con una mujer de 64 años), siendo 16 años el promedio edad en general, y una media también de 16 años, destacando que el 95.8% son menores de 20 años (cuadro 1).

Cuadro 1

Edad según sexo de los Alumnos CCH Vallejo, febrero 2008.

| Edad (en años) | Hombres | %     | Mujeres | %     | Total |
|----------------|---------|-------|---------|-------|-------|
| 14             | 10      | .4    | 16      | .5    | 26    |
| 15             | 632     | 23.7  | 964     | 29.2  | 1596  |
| 16             | 896     | 33.6  | 1194    | 36.2  | 2090  |
| 17             | 549     | 20.6  | 691     | 21.0  | 1240  |
| 18             | 263     | 9.8   | 238     | 7.2   | 501   |
| 19             | 119     | 4.5   | 66      | 2.0   | 185   |
| 20             | 51      | 1.9   | 23      | .7    | 74    |
| De 21 a 25     | 49      | 1.8   | 25      | .8    | 74    |
| De 26 a 35     | 4       | .2    | 3       | .1    | 7     |
| De 36 a 64     | 2       | .1    | 7       | .2    | 9     |
| No contestaron | 90      | 3.4   | 69      | 2.1   | 159   |
| Total          | 2665    | 100.0 | 3296    | 100.0 | 5961  |

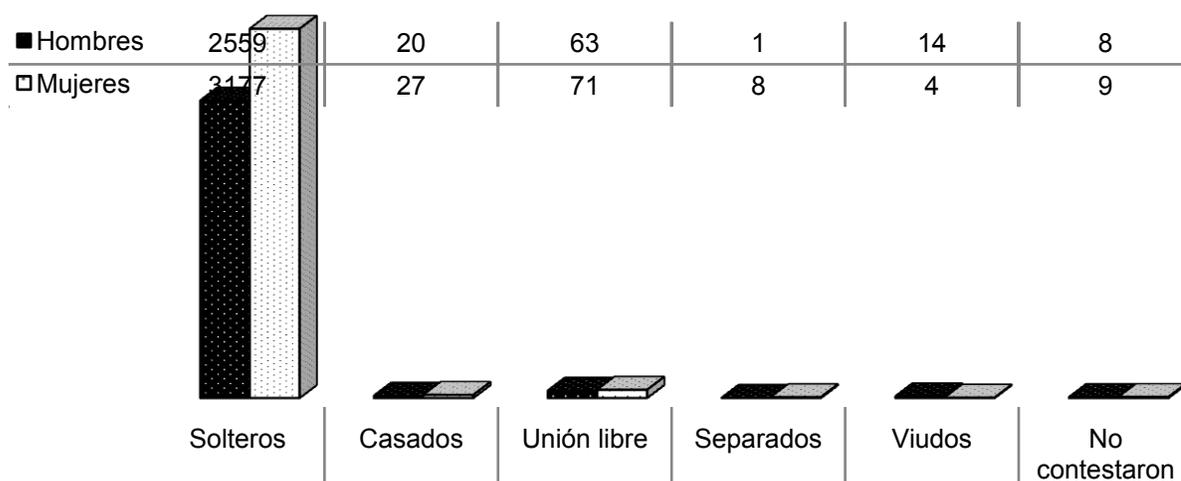
Fuente: Ídem.

## Estado civil

De los hombres el 96.0% son solteros, el 0.8% casados, el 2.3% viven en unión libre, 0.1% son separados o divorciados, el 0.5% viudos y el 0.3% no contestaron. De las mujeres el 96.4% son solteras, el 0.8% son casadas, el 2.2% viven en unión libre, el 0.2% separadas o divorciadas, 1% viudas y el 0.3% no contestaron, (gráfico 2).

Gráfico 2

Estado civil de los alumnos del CCH Vallejo, febrero 2008.



Fuente: Ídem.

## Vivienda

Las viviendas de los estudiantes sin distinción por sexo cuentan con un cuarto el 3%, con dos el 18.8%, con tres el 27.7%, con cuatro el 23.6% y el 26.6% con cinco o más cuartos, sólo el 0.3% no contestaron.

El número de dormitorios que existen en las viviendas son: un dormitorio el 7.2%, dos el 36.2%, tres el 34.3%, cuatro el 15.6% y cinco o más dormitorios sólo el 6.4%, el .3% no contestó.

En cuanto al número de habitantes por vivienda se encontró que en el 0.1% tiene un solo habitante, el 3.5% dos, el 13.1% tres, el 33% cuatro, el 49% cinco o más, (cuadro 2).

Cuadro 2

Porcentajes de cuartos, dormitorios y habitantes en las viviendas de los alumnos encuestados del CCH Vallejo, febrero 2008.

| Número      | Cuartos<br>% * | Dormitorios<br>% * | Habitantes<br>% * |
|-------------|----------------|--------------------|-------------------|
| Uno         | 3.0            | 7.2                | 1.0               |
| Dos         | 18.8           | 36.2               | 3.5               |
| Tres        | 27.7           | 34.3               | 13.1              |
| Cuatro      | 23.6           | 15.6               | 33.0              |
| Cinco o más | 26.6           | 6.4                | 49.0              |
| No contestó | 0.3            | 0.3                | 0.4               |
| Total       | 100.00         | 100.00             | 100.00            |

Fuente: Ídem.

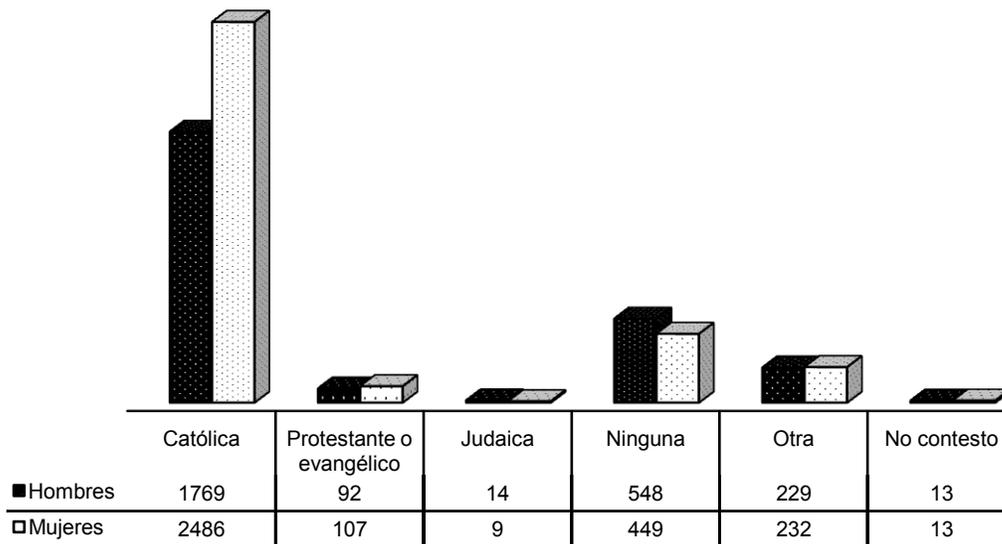
\* Los porcentajes están calculados sobre el total de alumnos hombres y mujeres (5961).

## Religión

El 66.4% de los hombres son católicos, el 3.5% protestantes o evangélicos, el .5% son judaicos, el 20.6% no profesan ninguna religión, el 8.2% contestó que tienen otra religión y el 0.4% no contestó. De las mujeres el 75.4% son católicas, el 3.2% protestantes o evangélicas, el 0.3% judaicas, el 13.6% ninguna, el 7.0% otra y el 0.5% no contestó, (gráfico 3).

Gráfico 3

Religión de los alumnos encuestados del CCH Vallejo, febrero 2008.



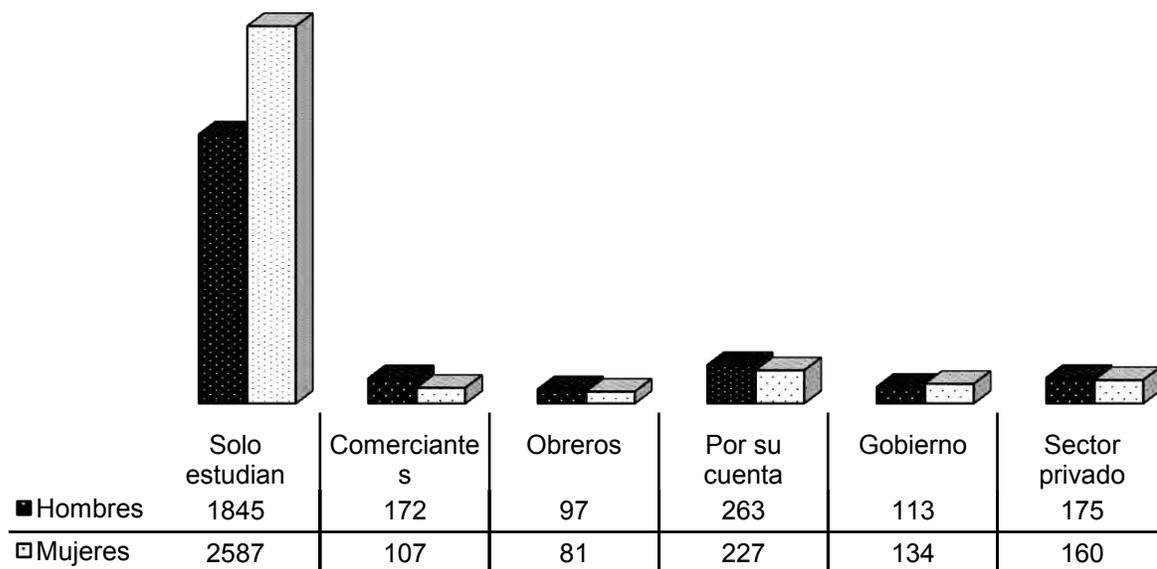
Fuente: Ídem.

### Ocupación adicional

De los hombres el 69.2% solo estudian, el 6.5% además de estudiar son comerciantes, el 3.6% obreros, el 9.9% trabajan por su cuenta, el 4.2% son empleados de gobierno y el 6.6% empleados del sector privado. De las mujeres el 78.4% solo estudian, el 3.2% comerciantes, el 2.5% son obreras, el 6.9% trabajan por su cuenta, el 4.15 en el sector gubernamental y el 4.9% en el sector privado (gráfico 4).

Gráfico 4

Ocupaciones además de estudiar, alumnos CCH Vallejos, febrero 2008.



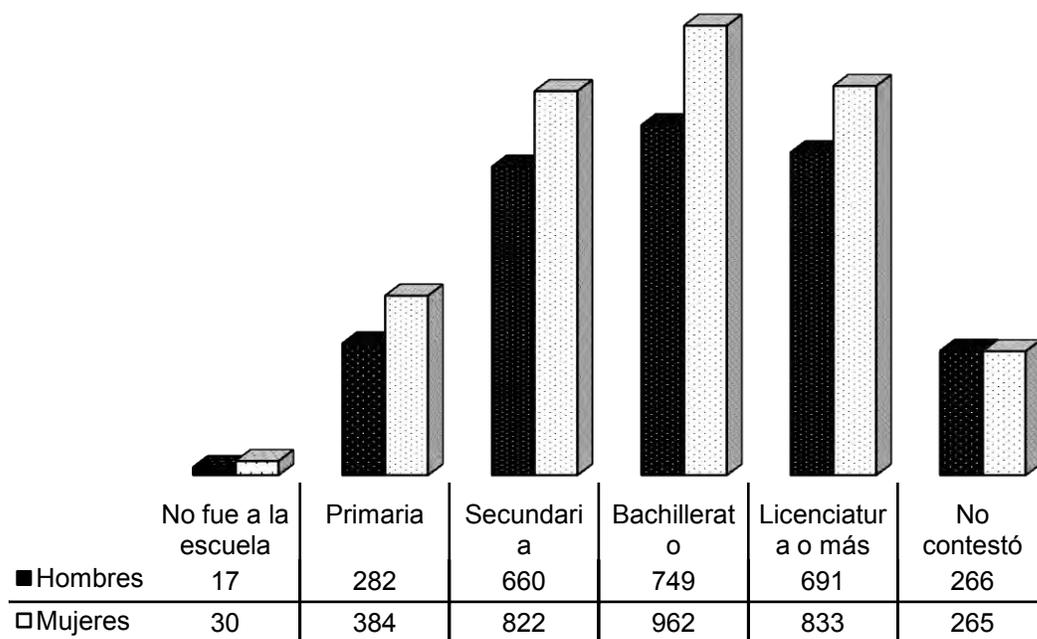
Fuente: Ídem.

### Escolaridad del padre

El 0.6% de los padres de los alumnos no fue a la escuela, el 10.6% estudió la primaria, el 24.8% la secundaria, el 28.1% hasta el bachillerato, el 25.9% tienen una licenciatura o más y el 10.0% no contestó. De las mujeres el 0.9% su padre no fue a la escuela, el 11.7% terminó la primaria, el 24.9% la secundaria, el 29.2% el bachillerato, el 25.3% tiene una licenciatura o más y el 8.0% no contestó, (gráfico 5).

Gráfico 5

Escolaridad del padre de los alumnos CCH Vallejo, febrero 2008.



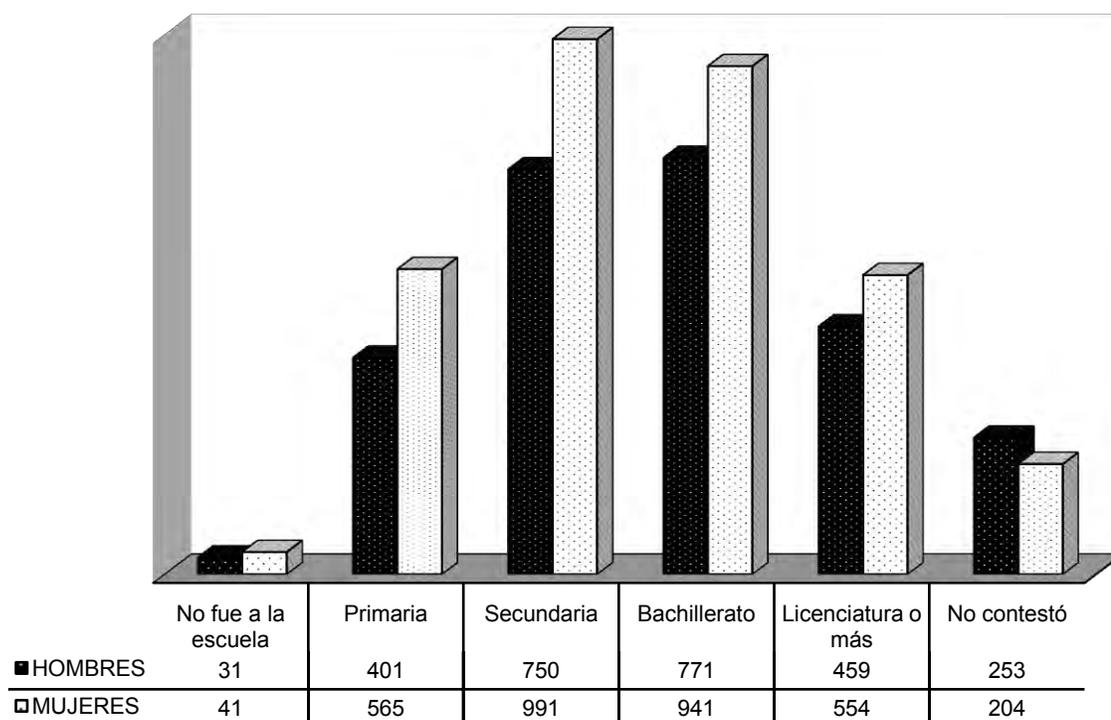
Fuente: Ídem.

### Escolaridad de la madre

De los alumnos el 1.2% de sus madres no fue a la escuela, el 15.1% terminó la primaria, el 28.1% la secundaria, el 28.9% el bachillerato, 17.2% una licenciatura o más y el 9.5% no contestaron. De las mujeres sus madres no fueron a la escuela en el 1.2%, terminaron la primaria el 17.2%, la secundaria el 30.1%, el bachillerato el 28.5%, tienen una licenciatura o más el 16.8% y no contestó el 6.2%, (gráfico 6).

Gráfico 6

Escolaridad de la madre de los alumnos del CCH Vallejo, febrero 2008.



Fuente: Ídem.

### Antecedentes sexuales

### **Circuncisión**

Del total de hombres (2665) sólo el 14.6% está circuncidado y el 83.1% no (cuadro 3), aproximadamente a 1 de cada 6 le hicieron la circuncisión.

Cuadro 3

Alumnos a los cuales se les practicó la circuncisión, CCH Vallejo, febrero 2008.

| <b>Circuncisión</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>%</b> |
|---------------------|-------------------|----------|
| Si                  | 390               | 14.6     |
| No                  | 2214              | 83.1     |
| No contestó         | 61                | 2.3      |
| Total               | 2665              | 100.0    |

Fuente: Ídem.

## Inicio de la menstruación

El 4.7% de las alumnas, tuvo su primera menstruación antes de los 10 años, el 60.1% entre los 10 y los 12 años, el 33.5% entre los 13 y los 15 años, el 0.7% entre los 16 y los 18 años, sólo el 0.1% después de los 18 años, (cuadro 4).

Cuadro 4

Edad en la cual se presentó la menstruación en las alumnas  
Encuestadas del CCH Vallejo, febrero 2008.

| <b>Menarquia (en años)</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>%</b> |
|----------------------------|-------------------|----------|
| Antes de los 10            | 155               | 4.7      |
| Entre los 10 y los 12      | 1982              | 60.1     |
| Entre los 13 y los 15      | 1105              | 33.5     |
| Entre los 16 y los 18      | 22                | 0.7      |
| Después de los 18          | 2                 | 0.1      |
| No contestaron             | 30                | 0.9      |
| Total                      | 3296              | 100.0    |

Fuente: Ídem.

## Edad de inicio de vida sexual

Los hombres en su mayoría inició vida sexual, entre los 13 y los 15 años de edad con el 47.4%, seguido del 39.8% de entre los 16 y los 18 años, el 3.2% entre los 10 y 12 años, el 1.5% después de los 18 años y los menos antes de los 10 años 0.9%.

En cuanto a las mujeres, el 46.7% inició vida sexual entre los 16 y los 18 años a diferencia de los hombres que la mayoría inició antes, el 44.1% entre los 13 y 15 años, sólo el 2.9% después de los 18 años, el 2.4% entre los 10 y 12 años, siendo la minoría 2.6% antes de los 10 años, (cuadro 5).

Cuadro 5

Edad de inicio de vida sexual de los alumnos CCH Vallejo, febrero 2008.

| Edad                   | Hombres | %     | Mujeres | %     | Total |
|------------------------|---------|-------|---------|-------|-------|
| Antes de los 10 años   | 9       | .9    | 26      | 2.6   | 35    |
| Entre los 10 y 12 años | 33      | 3.2   | 24      | 2.4   | 57    |
| Entre los 13 y 15 años | 495     | 47.4  | 437     | 44.1  | 932   |
| Entre los 16 y 18 años | 416     | 39.8  | 461     | 46.7  | 877   |
| Después de los 18 años | 16      | 1.5   | 29      | 2.9   | 45    |
| No contestaron         | 75      | 7.2   | 13      | 1.3   | 88    |
| Total                  | 1044    | 100.0 | 990     | 100.0 | 2034  |

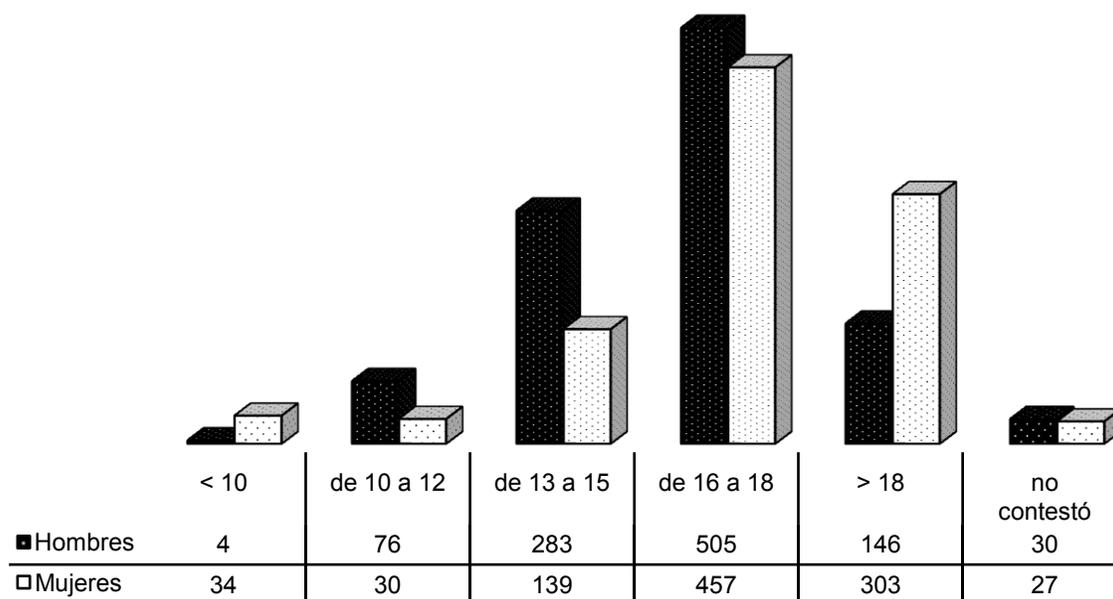
Fuente: Ídem.

## Edad de las parejas en el inicio de la vida sexual

Las edad de las parejas en su primera relación sexual fueron: Los hombres 0.4% se iniciaron con personas menores de 10 años, 7.3% con personas entre los 10 y los 12 años, el 27.1% con personas entre los 13 y 15 años, la mayoría 48.4% con personas entre los 16 y los 18 años y el 14% con mayores de 18 años. De las mujeres el 3.4% personas menores de 10 años, el 3% con personas entre los 10 y los 12 años, el 14%, con personas entre los 13 y 15 años, 46.2% con personas entre los 16 y los 18 años y el 30.6% con parejas mayores de 18 años, (gráfico 7).

Gráfico 7

Edad (en años) de la pareja con la que iniciaron vida sexual los alumnos del CCH Vallejo, febrero 2008.



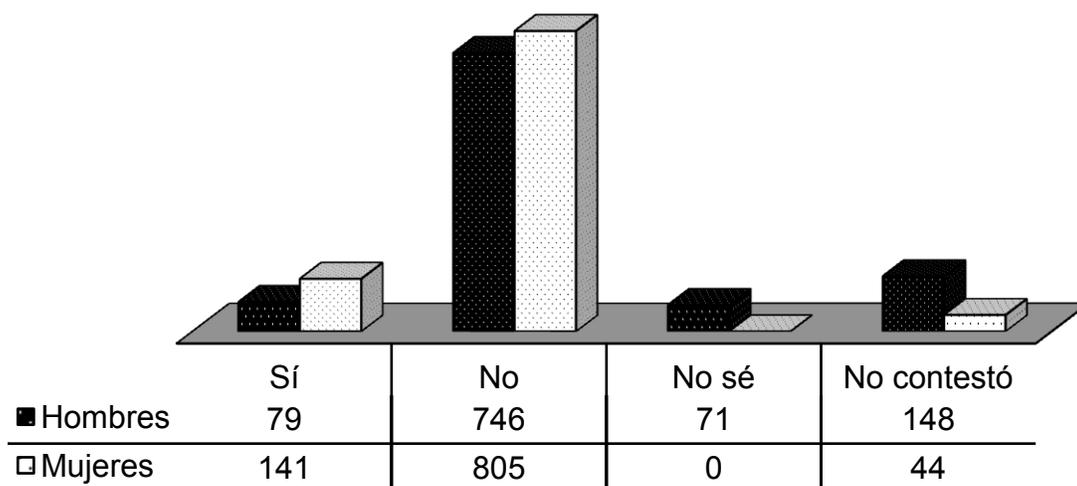
Fuente: Ídem.

### Embarazos

Los hombres que han iniciado vida sexual y que han embarazado a su pareja son el 7.6% y las mujeres que se han embarazado el 14.2%, (gráfico 8).

Gráfico 8

Embarazos en las alumnas y parejas de los alumnos del CCH Vallejo, febrero 2008.



Fuente: Ídem.

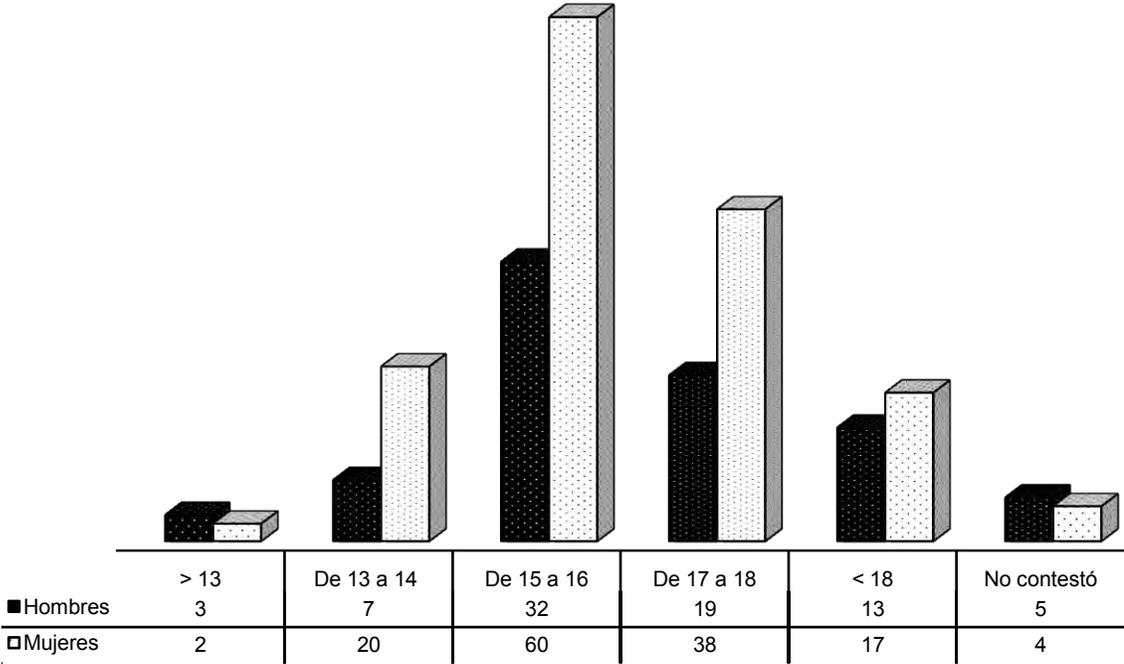
### Edad del primer embarazo

El primer embarazo de las mujeres 42.5% ocurrió entre los 15 y los 16 años, seguido por el 27% entre los 17 y los 18 años, el 14.2% entre los 13 y los 14 años,

el 12.1% eran mayores de 18 años y el 1.4% en menores de 13 años, 40.5%, los hombres embarazaron a su pareja cuando tenían entre los 15 y los 16 años, el 24.1%, entre los 17 y los 18, el 16.5%, eran mayores de 18 y el 8.8% tenía entre 13 y 14 años y el 3.8% eran menores de 13 años, (gráfico 9).

Gráfico 9

Edad (en años) del primer embarazo de las alumnas y de los alumnos cuando embarazaron a su pareja, CCH Vallejo



Fuente: Ídem.

## Número de embarazos en las alumnas

De las 141 alumnas que han estado embarazadas el 83.7% lo ha estado una vez, el 7.1% dos veces, el 2.8% tres o más veces, 6.4% de ellas no contestaron, (cuadro 6).

Cuadro 6

Veces que han estado embarazadas las alumnas del CCH Vallejo, febrero 2008.

| Embarazos        | Frecuencia | %     |
|------------------|------------|-------|
| Una vez          | 118        | 83.7  |
| Dos veces        | 10         | 7.1   |
| Tres veces o más | 4          | 2.8   |
| No contesto      | 9          | 6.4   |
| Total            | 141        | 100.0 |

Fuente: Ídem.

## Embarazadas a la fecha de la encuesta

A la fecha el 13.5% (19) manifestaron estar embarazadas (cuadro 7).

Cuadro 7

Alumnas embarazadas a la fecha de la encuesta, CCH Vallejo, febrero 2008.

| Embarazadas | Frecuencia | %     |
|-------------|------------|-------|
| Si          | 19         | 13.5  |
| No          | 106        | 75.2  |
| No contestó | 16         | 11.3  |
| Total       | 141        | 100.0 |

Fuente: Ídem.

**Tiempo de embarazo.**

De las que manifestaron estar embarazadas dos de ellas tienen un mes o menos de tiempo de embarazo, tres de 2 a 3 meses, cuatro de 4 a 5 meses, 8 de ellas tiene entre 6 y 7 meses, una entre 8 y los 9 meses, una de ellas no contestó, (cuadro 8).

Cuadro 8

Meses del embarazo actual de las alumnas del CCH Vallejo, febrero 2008.

| Meses de embarazo | Frecuencia | %     |
|-------------------|------------|-------|
| Uno o menos       | 2          | 10.5  |
| De 2 a 3          | 3          | 15.7  |
| De 4 a 5          | 4          | 21.1  |
| De 6 a 7          | 8          | 42.1  |
| De 8 a 9          | 1          | 5.3   |
| No contestaron    | 1          | 5.3   |
| Total             | 19         | 100.0 |

Fuente: Ídem.

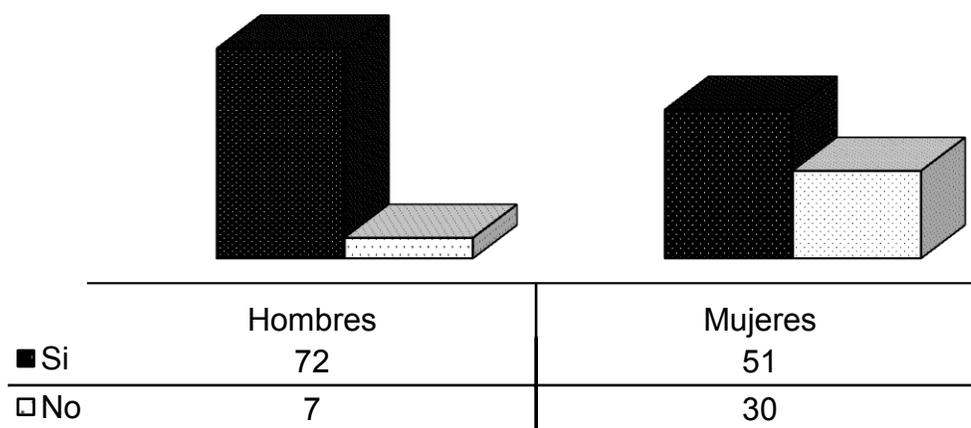
## Abortos

De las mujeres que han estado embarazadas el 63% se ha provocado el aborto.

En lo que corresponde a los embarazos de las parejas de los hombres en el 91.1% el aborto ha sido provocado (gráfico 10).

Gráfico 10

Abortos provocados en las alumnas y las parejas de los alumnos del CCH Vallejo, febrero 2008.



Fuente: Ídem.

#### Número de abortos en las alumnas

De las 141 embarazadas el 52.5% ha tenido un aborto, el 4.3% dos y el 0.7% tuvo tres o más abortos, 2.8% de ellas no contestaron, (cuadro 9).

Cuadro 9

Abortos que han tenido las alumnas del CCH Vallejo, febrero 2008.

| Abortos        | Frecuencia | %     |
|----------------|------------|-------|
| Ninguno        | 56         | 39.7  |
| Uno            | 74         | 52.5  |
| Dos            | 6          | 4.3   |
| Tres o más     | 1          | .7    |
| No contestaron | 4          | 2.8   |
| Total          | 141        | 100.0 |

Fuente: Ídem.

### Edad de las alumnas cuando abortaron

De estos abortos el 1.4% ocurrieron en alumnas menores a los 13 años, el 13.5% entre los 13 y los 14 años, el 21.3% entre 15 y 16 años, 12.8% de los 17 a los 18 años y el 1.4% más de 18 años, casi la mitad de ellas no contestó, (cuadro 10).

Cuadro 10

Edad a la cual ocurrieron los abortos en las alumnas del CCH Vallejo, febrero 2008.

| Edad (en años) | Frecuencia | %     |
|----------------|------------|-------|
| Menos de 13    | 2          | 1.4   |
| Entre 13 y 14  | 19         | 13.5  |
| Entre 15 y 16  | 30         | 21.3  |
| Entre 17 y 18  | 18         | 12.8  |
| Más de 18      | 2          | 1.4   |
| No contestaron | 70         | 49.6  |
| Total          | 141        | 100.0 |

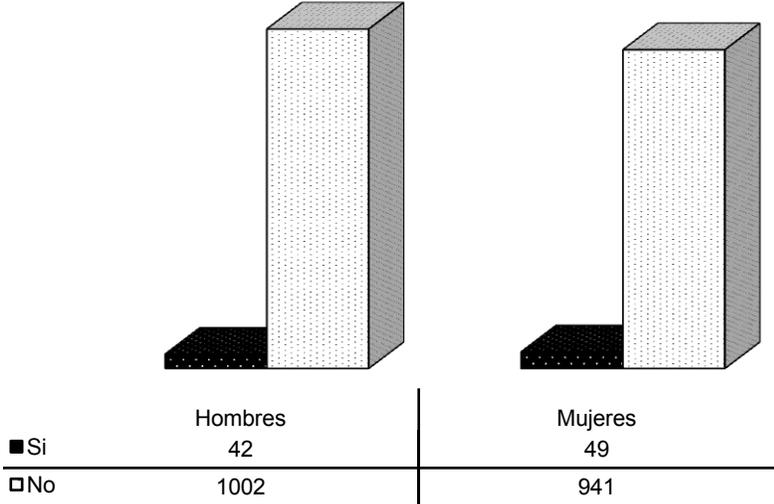
Fuente: Ídem.

### Patologías por infecciones de transmisión sexual

La mayoría de los alumnos encuestados no tienen patologías por infecciones de transmisión sexual sólo el 4.0% de los hombres y el 4.9% de las mujeres contestaron haber padecido o que les ha sido diagnosticado alguna de ellas, (gráfico 11).

Gráfico 11

Alumnos infectados por transmision sexual, CCH Vallejo, febrero 2008.



Fuente: Ídem.

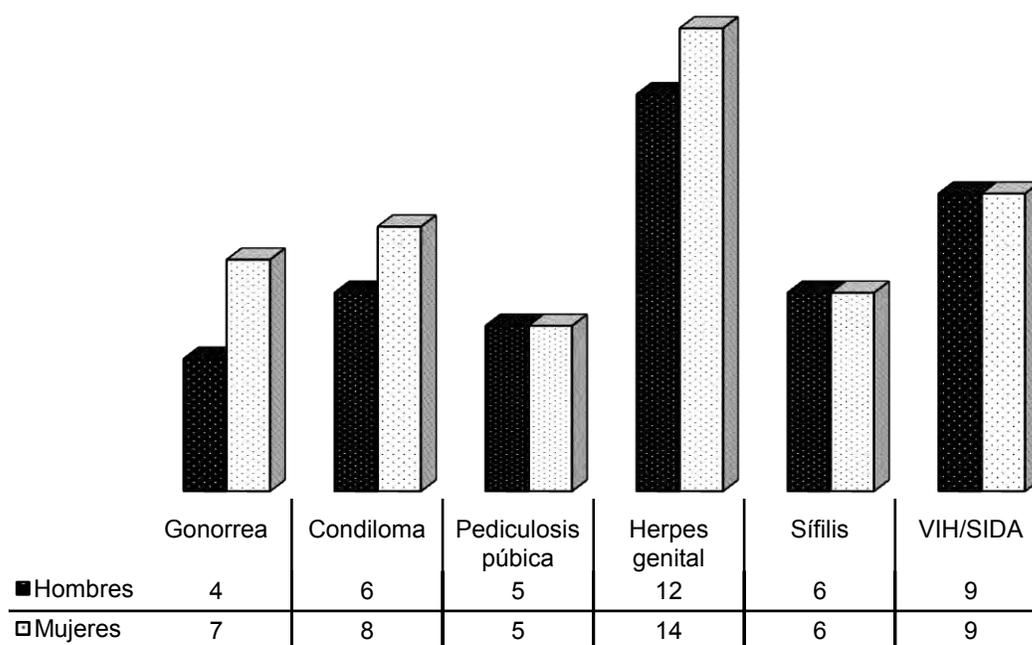
**Padecimientos o diagnósticos de ITS y VIH/SIDA**

De los hombres (42), el 9.5% padecieron o les diagnosticaron gonorrea, el 14.3% condiloma, el 11.9% pediculosis púbica, el 28.6% herpes genital, el 14.45 sífilis y el 21.45 VIH/SIDA.

De las mujeres el 14.3% gonorrea, el 16.3% condiloma, el 10.2% pediculosis púbica, el 28.6% herpes genital, el 12.2% sífilis y el 18.4% VIH/SIDA, (gráfico 12).

Gráfico 12

Padecimientos o diagnostico de ITS Y VIH/SIDA en alumnos del CCH Vallejo, febrero 2008.



Fuente: Ídem.

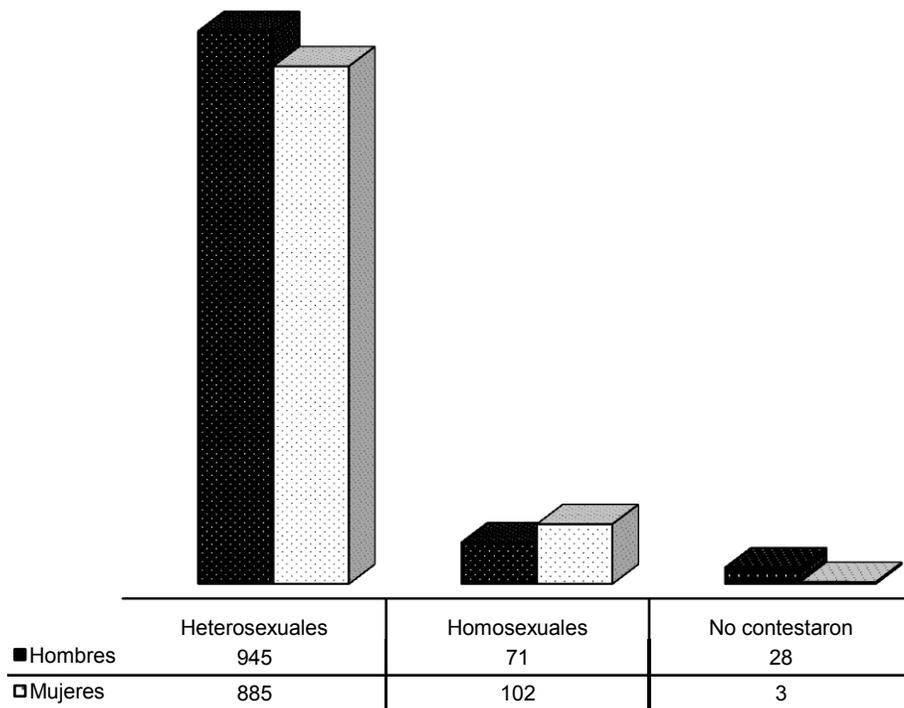
### Orientación sexual

De los hombres el 90.5% son heterosexuales, el 6.8% ha tenido relaciones homosexuales el 2.7% no contestó.

De las mujeres el 89.4% son heterosexual y el 10.3% ha tenido relaciones sexuales homosexuales, el 0.3% no contestó (gráfico 13).

Gráfico 13

Orientación sexual de los alumnos del CCH Vallejo, febrero 2008.



Fuente: Ídem.

### Relaciones sexuales con diferentes personas

De los hombres (71) que han tenido relaciones homosexuales el 45.1% lo han hecho únicamente con personas del mismo sexo, el 21.1% con hombres y mujeres por igual, el 16.9% con personas del sexo opuesto la mayoría de las veces y ocasionalmente con personas del mismo sexo, igualmente el 16.9% ha tenido relaciones con personas del mismo sexo la mayoría de las veces y ocasionalmente con personas del sexo opuesto.

De las mujeres (102) el 15.7% ha tenido relaciones sexuales únicamente con personas del mismo sexo, el 29.4% con hombres y mujeres por igual, la mayoría el 46.1% con personas del sexo opuesto la mayoría de las veces y ocasionalmente con las del mismo sexo, el 8.8% con personas del mismo sexo la mayoría de las veces y ocasionalmente con las del sexo opuesto, (cuadro 11).

Cuadro 11

Orientación homosexual de los alumnos del CCH Vallejo, febrero 2008.

| Orientación homosexual   | Hombres | %     | Mujeres | %     | Total |
|--|---------|-------|---------|-------|-------|
| Únicamente con personas del mismo sexo   | 32      | 45.1  | 16      | 15.7  | 48    |
| Con hombres y mujeres por igual  | 15      | 21.1  | 30      | 29.4  | 45    |
| Con personas del sexo <b>opuesto</b> la mayoría de las veces y ocasionalmente con las del mismo sexo | 12      | 16.9  | 47      | 46.1  | 59    |
| Con personas del <b>mismo</b> sexo la mayoría de las veces y ocasionalmente con las del sexo opuesto | 12      | 16.9  | 9       | 8.8   | 21    |
| Total  | 71      | 100.0 | 102     | 100.0 | 173   |

Fuente: Ídem.

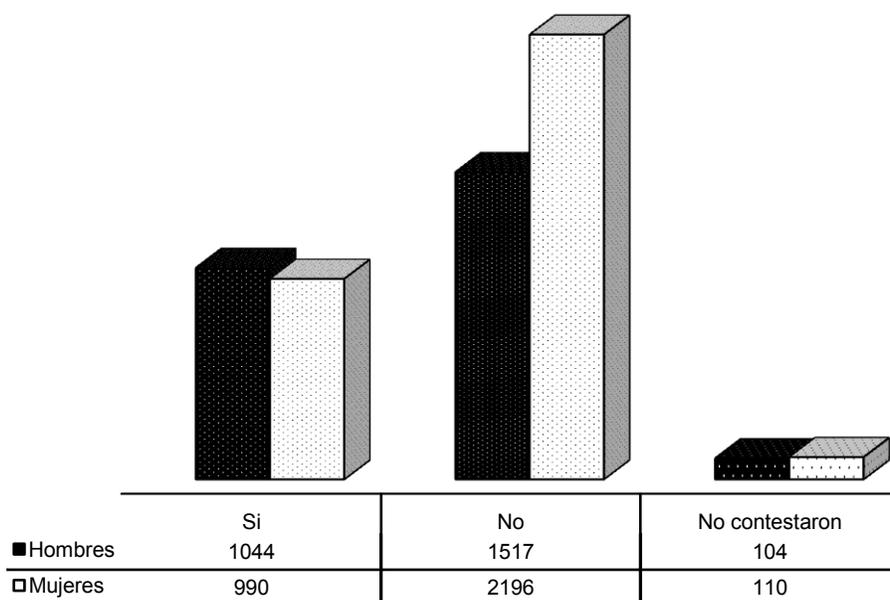
## Prácticas sexuales

### Inicio de vida sexual

Los alumnos que iniciaron vida sexual fueron 2034 que corresponde al 34.1% del total, siendo el 39.2% hombres y el 30.1% mujeres del total que ha iniciado vida sexual (gráfico 14).

Gráfico 14

Alumnos que han iniciado vida sexual, CCH Vallejo, 2008.



Fuente: Ídem.

## Relaciones sexuales

Durante su vida sexual; los hombres que han tenido relaciones sexuales con penetración el 37.2% lo han hecho con una sola mujer, el 18.1% con dos mujeres, el 12.1% con tres y el 24.7% con cuatro o más, el 4.5% contestó que con ninguna. De las mujeres el 55.6% lo ha hecho con un hombre, el 19.8% con dos, el 8.9% con tres, el 11.0% con cuatro o más y el 4.4% contestó que ninguno, (cuadro 12).

Cuadro 12

Número de personas del sexo opuesto con las que han tenido relaciones sexuales con penetración los alumnos del CCH Vallejo, febrero 2008.

| Número de relaciones | Hombre | %     | Mujer | %     | Total |
|----------------------|--------|-------|-------|-------|-------|
| Ninguna              | 47     | 4.5   | 44    | 4.4   | 91    |
| Una                  | 389    | 37.2  | 550   | 55.6  | 939   |
| Dos                  | 189    | 18.1  | 196   | 19.8  | 385   |
| Tres                 | 126    | 12.1  | 88    | 8.9   | 214   |
| Cuatro o más         | 258    | 24.7  | 109   | 11.0  | 367   |
| No contestaron       | 35     | 3.4   | 3     | 0.3   | 38    |
| Total                | 1044   | 100.0 | 990   | 100.0 | 2034  |

Fuente: Ídem.

### Parejas estables en los últimos seis meses

De los hombres el 29.9% no ha tenido ninguna, el 45.9% tuvo una sola, el 8.9% dos, el 3.0% tuvo tres o más y el 5.8% no ha tenido relaciones sexuales en este tiempo.

El 10.9% de las mujeres no han tenido ninguna, el 63.6% tuvieron una sola, el 11.3% han tenido dos, el 3.6% han tenido tres o más y el 7.1% de las mujeres no han tenido relaciones sexuales en este tiempo, (cuadro 13).

Cuadro 13

Parejas estables con las que han tenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses los alumnos del CCH Vallejo, febrero 2008.

| Parejas estables  | Hombres | %     | Mujeres | %     | Total |
|---|---------|-------|---------|-------|-------|
| Ninguna   | 312     | 29.9  | 108     | 10.9  | 420   |
| Una   | 479     | 45.9  | 630     | 63.6  | 1109  |
| Dos   | 93      | 8.9   | 112     | 11.3  | 205   |
| Tres o más  | 31      | 3.0   | 36      | 3.6   | 67    |
| No he tenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses | 61      | 5.8   | 70      | 7.1   | 131   |
| No contestó   | 68      | 6.5   | 34      | 3.5   | 102   |
| Total   | 1044    | 100.0 | 990     | 100.0 | 2034  |

Fuente: Ídem.

## Parejas casuales en los últimos seis meses

El 45.8% de los hombres no tuvieron ninguna, el 21.9% una, el 9.4% dos, el 7.9% tres o más.

De las mujeres el 68.5% una, el 3.4% dos, el 2.9% tres o más y el 4.4% no ha tenido relaciones sexuales en este período, (cuadro 14).

Cuadro 14

Parejas casuales con las que han tenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses los alumnos del CCH Vallejo, febrero 2008.

| Parejas casuales  | Hombres | %     | Mujeres | %     | Total |
|---|---------|-------|---------|-------|-------|
| Ninguna   | 479     | 45.8  | 678     | 68.5  | 1157  |
| Una   | 229     | 21.9  | 149     | 15.1  | 378   |
| Dos   | 98      | 9.4   | 34      | 3.4   | 132   |
| Tres o más  | 82      | 7.9   | 29      | 2.9   | 111   |
| No he tenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses | 76      | 7.3   | 44      | 4.4   | 120   |
| No contestaron  | 80      | 7.7   | 56      | 5.7   | 136   |
| Total   | 1044    | 100.0 | 990     | 100.0 | 2934  |

Fuente: Ídem.

### **Pareja con diagnóstico de VIH/SIDA.**

Los alumnos que contestaron que tuvieron parejas con diagnóstico de VIH/SIDA fueron 9 de los cuales 3 son hombres y 6 mujeres, (cuadro 15).

Cuadro 15

Parejas con diagnóstico de SIDA que han tenido los alumnos del CCH Vallejo, febrero 2008.

| Parejas con diagnóstico de SIDA | Hombres | %     | Mujeres | %     | Total |
|---------------------------------|---------|-------|---------|-------|-------|
| Si                              | 3       | .3    | 6       | .6    | 9     |
| No                              | 870     | 83.3  | 919     | 92.8  | 1789  |
| No contestaron                  | 171     | 16.4  | 65      | 6.6   | 236   |
| Total                           | 1044    | 100.0 | 990     | 100.0 | 2034  |

Fuente: Ídem.

### **Pareja sexual fallecida con sida.**

Sólo una mujer contestó que su pareja murió por SIDA, (cuadro 16).

Parejas con diagnóstico de SIDA fallecidos, CCH Vallejo, febrero 2008.

Cuadro 16

| Parejas sexuales muertos por el SIDA | Hombres | Mujeres | Total |
|--------------------------------------|---------|---------|-------|
| Si                                   | 0       | 1       | 1     |
| No                                   | 3       | 4       | 7     |
| No contestó                          | 0       | 1       | 1     |
| Total                                | 3       | 6       | 9     |

Fuente: Ídem.

### **Parejas sexuales usuarias de drogas intravenosas.**

105 de los estudiantes dijeron haber tenido parejas sexuales usuarias de drogas intravenosas de las cuales el 3.9% son hombres y 6.5% mujeres, (cuadro 17).

Cuadro 17

Parejas usuarias de drogas intravenosas que han tenido los alumnos del CCH Vallejo, febrero 2008.

| Parejas sexuales usuarias de drogas intravenosas | Hombres | %     | mujeres | %     | Total |
|--|---------|-------|---------|-------|-------|
| Si   | 41      | 3.9   | 64      | 6.5   | 105   |
| No   | 809     | 77.5  | 846     | 85.5  | 1655  |
| No contestaron                                   | 194     | 18.6  | 80      | 8.0   | 274   |
| Total  | 1044    | 100.0 | 990     | 100.0 | 2034  |

Fuente: Ídem.

### **Parejas sexuales bisexuales**

El 12.3% de los hombres y el 7.6% de las mujeres dijo haber tenido o tienen parejas bisexuales, (cuadro 18).

Cuadro 18

Parejas con orientación bisexuales que han tenido los alumnos del CCH Vallejo, febrero 2008.

| Pareja bisexual | Hombres | %     | Mujeres | %     | Total |
|-----------------|---------|-------|---------|-------|-------|
| Si              | 128     | 12.3  | 75      | 7.6   | 203   |
| No              | 722     | 69.2  | 820     | 82.8  | 1542  |
| No contestaron  | 194     | 18.5  | 95      | 9.6   | 289   |
| Total           | 1044    | 100.0 | 990     | 100.0 | 2034  |

Fuente: Ídem.

### **Relaciones con sexoservidoras**

El 84.0% de los alumnos, no ha tenido relaciones sexuales con sexoservidoras, el 5.7 una sola vez, el 1.5% dos, el 0.5% tres, el 0.7% cuatro o más y el 7.65 no contestó, (cuadro 19).

Cuadro 19

Sexoservidoras con las que han tenido relaciones sexuales con penetración los alumnos del CCH Vallejo, febrero 2008.

| Relaciones con sexoservidoras | Frecuencia | %     |
|-------------------------------|------------|-------|
| Ninguna                       | 877        | 84.0  |
| Una                           | 59         | 5.7   |
| Dos                           | 16         | 1.5   |
| Tres                          | 5          | 0.5   |
| Cuatro o más                  | 7          | 0.7   |
| No contestó                   | 80         | 7.6   |
| Total                         | 1044       | 100.0 |

Fuente: Ídem.

## Relaciones homosexuales de los alumnos

De los 71 alumnos con orientación homosexual el 14.1% tuvo relaciones sexuales con penetración con un hombre, el 14.1% con dos, el 9.8% con tres y el 29.6% con cuatro o más, el 32.4% no contestó, (cuadro 20).

Cuadro 20

Hombres con los que han tenido relaciones sexuales con penetración los alumnos encuestados del CCH Vallejo, febrero 2008.

| Con cuántos hombres ha tenido relaciones sexuales | Frecuencia | %     | % acumulado |
|---|------------|-------|-------------|
| Con uno   | 10         | 14.1  | 14.1        |
| Con dos   | 10         | 14.1  | 28.2        |
| Con tres  | 7          | 9.8   | 38.0        |
| Con cuatro o más                                  | 21         | 29.6  | 67.6        |
| No contestó                                       | 23         | 32.4  | 100.0       |
| Total   | 71         | 100.0 |             |

Fuente: Ídem.

### Edad de la primera relación homosexual.

El 7% contestó que su primera relación homosexual la realizó antes de los 10 años, el 8.4% entre los 10 y los 12 años, el 29.6% entre los 13 y los 15 años, de los 16 a los 18 años el 25.45% y después de los 18 años solo un alumno, el 28.2% no contestó, (cuadro 21).

Cuadro 21

Edad a la que tuvieron su primera relación homosexual los alumnos del CCH Vallejo, febrero 2008.

| Edad (en años)         | Frecuencia | %     | % acumulado |
|------------------------|------------|-------|-------------|
| Antes de los 10 años   | 5          | 7.0   | 7.0         |
| Entre los 10 y 12 años | 6          | 8.4   | 15.4        |
| Entre los 13 y 15 años | 21         | 29.6  | 45.0        |
| Entre los 16 y 18 años | 18         | 25.4  | 70.4        |
| Después de los 18 años | 1          | 1.4   | 71.8        |
| No contestó            | 20         | 28.2  | 100.0       |
| Total                  | 71         | 100.0 |             |

Fuente: Ídem.

### **Pareja homosexual estable.**

El 32.4% de ellos no tuvo ninguna pareja homosexual estable, el 29.6% tuvo una, el 5.2% tuvo dos, solo un alumno tuvo tres o más parejas estables y tres de ellos no han tenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses, (cuadro 22).

Cuadro 22

Parejas estables hombres que han tenido en los últimos 6 meses los alumnos del CCH Vallejo, febrero 2008.

| Parejas estables  | Frecuencia | %     | %<br>acumulado |
|---|------------|-------|----------------|
| Ninguna   | 23         | 32.4  | 32.4           |
| Una   | 21         | 29.6  | 62.0           |
| Dos   | 4          | 5.6   | 67.6           |
| Tres o más  | 1          | 1.4   | 69.0           |
| No he tenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses | 3          | 4.2   | 73.2           |
| No contestó   | 19         | 26.8  | 100.0          |
| Total   | 71         | 100.0 |                |

Fuente: Ídem.

### **Pareja homosexual casual.**

De las parejas casuales que tuvieron los alumnos con orientación homosexual el 25.4% contestó que ninguna, el 21.1% una, el 7% dos, tres o más el 16.9% y el 2.8% no ha tenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses, (cuadro 23).

Cuadro 23

Parejas casuales hombres con los que han tenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses los alumnos del CCH Vallejo, febrero 2008.

| Parejas casuales  | Frecuencia | %     |
|---|------------|-------|
| Ninguna   | 18         | 25.4  |
| Una   | 15         | 21.1  |
| Dos   | 5          | 7.0   |
| Tres o más  | 12         | 16.9  |
| No ha tenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses | 2          | 2.8   |
| No contestaron  | 19         | 26.8  |
| Total   | 71         | 100.0 |

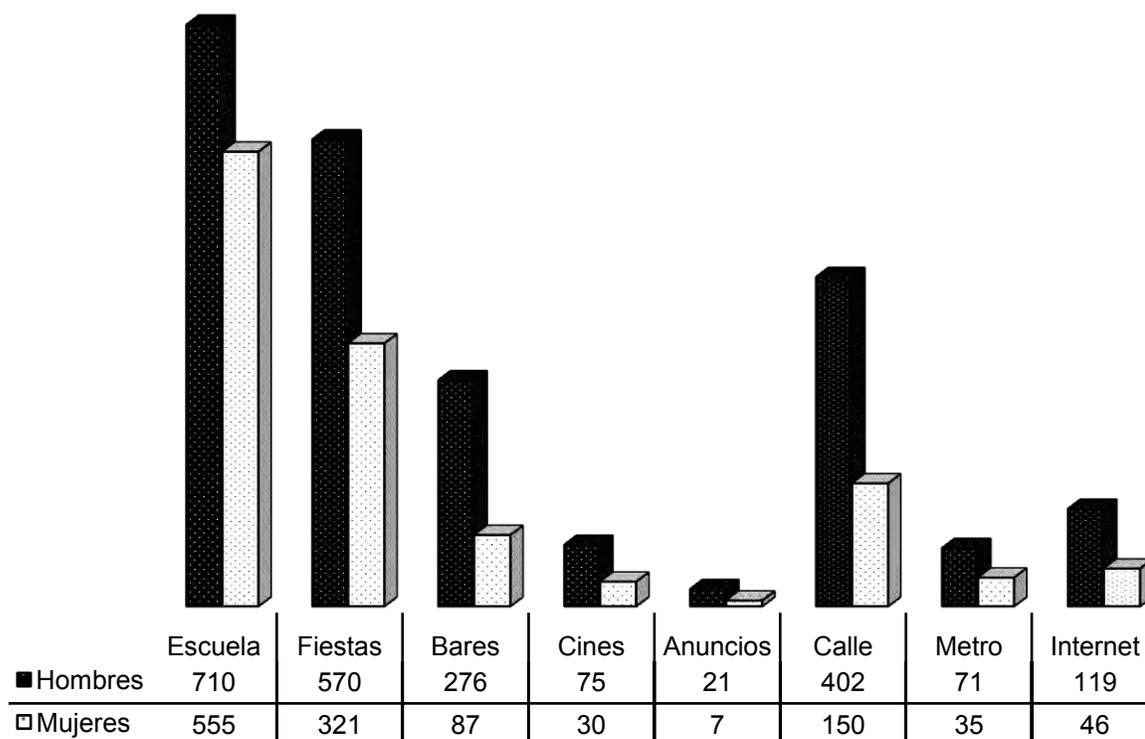
Fuente: Ídem.

### Lugares más frecuentes en donde conocen a sus parejas sexuales.

El lugar más frecuente en donde conocen a sus parejas sexuales los estudiantes encuestados es en la escuela con el 68% los hombres y el 56.1% las mujeres, en fiestas o reuniones el 54.6% de los hombres y el 32.4% las mujeres, el 26.4% de los hombres en comparación con el 8.8% de las mujeres en los bares o discotecas, en los cines el 7.2% de los hombres y el 3% de las mujeres, por los anuncios en revistas, periódicos o TV el 2% de los hombres y el 0.7% las mujeres, el 38.5% de los hombres y el 15.2% de las mujeres en la calle con los vecinos, el 6.8% de los hombres y el 5.2% de las mujeres en el metro y por Internet el 11.4% de los hombres contra el 4.6% de las mujeres, (Gráfico 15).

Gráfico 15

Lugares más frecuentes en donde conocen a sus parejas sexuales los alumnos del CCH Vallejo, febrero 2008.



Fuente: Ídem.

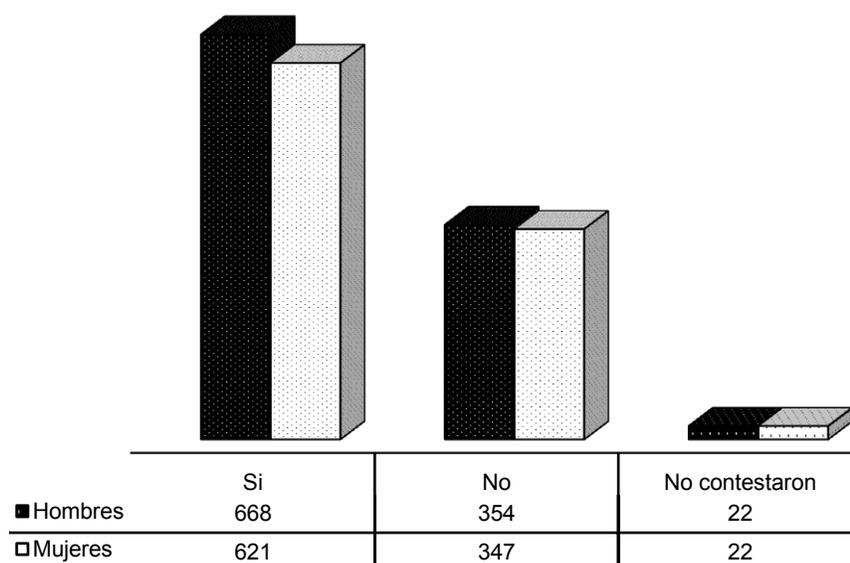
## Uso del condón y anticonceptivos.

### Uso del condón en la primer relación sexual.

En la primera relación sexual que tuvieron los estudiantes sólo el 64% de los hombres y el 62.7% de las mujeres contestaron haber usado condón, (gráfico 16).

Gráfico 16

Uso del condón en la primera relación sexual por los alumnos del CCH Vallejo, febrero 2008.



Fuente: Ídem.

### Por qué no usaron el condón en su primera relación sexual.

El 50.3% de los hombres contestó que no había uno disponible, el 4.0% mi pareja no quiso, el 4.2% yo no quise, el 3.0% no lo recuerdan, el 26.0% no lo consideramos necesario, no teníamos confianza, y el 2.5% no contestaron.

De las mujeres el 39.5% contestó que no había uno disponible, el 4.3% mi pareja no quiso, el 3.6% yo no quise, el 18.2% no lo recuerdan, el 32.1% no lo consideramos necesario, nos teníamos confianza y el 2.3% no contestaron, (cuadro 24).

Cuadro 24

Razones del no uso del condón en su primera relación sexual de los alumnos del CCH Vallejo, febrero 2008.

| Porque no uso el condón en su primera relación sexual | Hombres | %     | Mujeres | %     | Total |
|---|---------|-------|---------|-------|-------|
| No había uno disponible                               | 178     | 50.3  | 137     | 39.5  | 315   |
| Mi pareja no quiso                                    | 14      | 4.0   | 15      | 4.3   | 29    |
| Yo no quise   | 15      | 4.2   | 13      | 3.6   | 28    |
| No lo recuerdan                                       | 46      | 13.0  | 63      | 18.2  | 109   |
| No lo consideramos necesario, nos teníamos confianza  | 92      | 26.0  | 111     | 32.1  | 203   |
| No contestaron  | 9       | 2.5   | 8       | 2.3   | 17    |
| Total   | 354     | 100.0 | 347     | 100.0 | 701   |

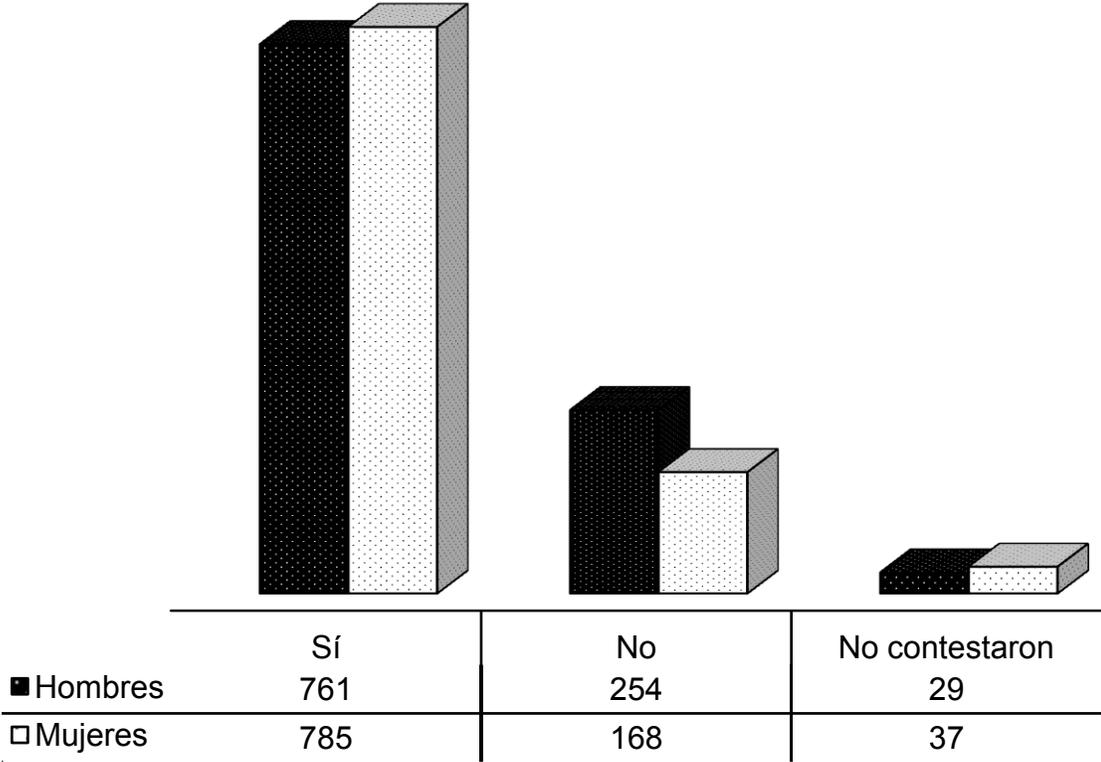
Fuente: Ídem.

### Uso de algún método anticonceptivo

El 72.9% de los hombres y el 79.3% de las mujeres dijo haber usado algún método anticonceptivo, y el 24.3% de los hombres con el 17% de las mujeres dijo no haber usado ninguno, (gráfico 17).

Gráfico 17

Uso de algún método anticonceptivo por los alumnos del CCH Vallejo, febrero 2008.



Fuente: Ídem.

**Métodos anticonceptivos utilizados**

El método más usado es el condón masculino con el 94% de los hombres y el 89.8% de las mujeres seguido alarmantemente por la pastilla de emergencia, ya que el 38.6% de los hombres y el 60.9% de las mujeres contestaron haberla utilizado, el método del coito interrumpido lo practican el 33% de los hombres y el 47.8% de las mujeres, las pastillas el 34.7% de los hombres y el 40.8% de las mujeres, el del ritmo el 18.8% de los hombres y el 29% de las mujeres, siendo las espumas el de menor uso con el 2.4% de los hombres y el 3.4% de las mujeres, (cuadro 25).

Cuadro 25

Métodos anticonceptivos utilizados durante la vida sexual de los alumnos del CCH Vallejo, febrero 2008.

| Métodos anticonceptivos    | Hombres | % *  | Mujeres | % *  | Total |
|----------------------------|---------|------|---------|------|-------|
| Pastillas                  | 264     | 34.7 | 320     | 40.8 | 584   |
| Espumas                    | 18      | 2.4  | 27      | 3.4  | 45    |
| Condón masculino           | 715     | 94.0 | 705     | 89.8 | 1420  |
| Método del ritmo           | 143     | 18.8 | 228     | 29.0 | 71    |
| Coito interrumpido         | 251     | 33.0 | 375     | 47.8 | 626   |
| Pastilla del día siguiente | 294     | 38.6 | 478     | 60.9 | 772   |

\* Los porcentajes están calculados sobre el total de hombres (1044) y el total de mujeres (990) que iniciaron vida sexual.

Fuente: Ídem.

### Primer método anticonceptivo utilizado.

De los alumnos que no utilizaron el condón masculino en su primer relación sexual el 0.2% de la mujeres usaron espumas, el método del ritmo fue utilizado por el 1.8% de los hombres y el 2.5% de las mujeres, el coito interrumpido lo aplicaron el 5% de los hombres y el 6.4% de las mujeres, siendo la pastilla de emergencia utilizada por las parejas de los hombres en el 3.8% y por las mujeres el 8%, (cuadro 26).

Cuadro 26

Primer método anticonceptivo utilizado por los alumnos del CCH Vallejo, febrero 2008.

| método anticonceptivo      | Hombre | %     | Mujer | %     | Total |
|----------------------------|--------|-------|-------|-------|-------|
| Espumas                    | 0      | -     | 2     | 0.2   | 2     |
| Método del ritmo           | 19     | 1.8   | 25    | 2.5   | 44    |
| Coito interrumpido         | 52     | 5.0   | 63    | 6.4   | 115   |
| Condón masculino           | 668    | 64.0  | 621   | 62.7  | 1289  |
| Pastilla del día siguiente | 40     | 3.8   | 79    | 8.0   | 119   |
| No contestaron             | 265    | 25.4  | 200   | 20.2  | 465   |
| Total                      | 1044   | 100.0 | 990   | 100.0 | 2034  |

Fuente: Ídem.

### Uso del condón con parejas estables.

En las relaciones con parejas estables el 39.5% de los hombres y el 31.5% de las mujeres siempre usaron condón, el 19.4% de los hombres y el 27.4% de las mujeres lo usaron la mayoría de las veces, el 5.5% de los hombres y el 8.8% de las mujeres usaron condón la mitad de las veces, casi ninguna vez los usaron el 7.9% de los hombres y el 13.2% de las mujeres quienes no lo usaron ninguna vez fueron el 5.8% de los hombres y el 9.5% de las mujeres, los demás no contestaron, (cuadro 27).

Cuadro 27

Uso del condón con las parejas estables con las que tuvieron relaciones sexuales en los últimos 6 meses los alumnos del CCH Vallejo, febrero 2008.

| Uso del condón         | Hombres | %     | Mujeres | %     | Total |
|------------------------|---------|-------|---------|-------|-------|
| Siempre                | 412     | 39.5  | 312     | 31.5  | 724   |
| La mayoría de la veces | 201     | 19.3  | 271     | 27.4  | 472   |
| La mitad de las veces  | 57      | 5.5   | 87      | 8.8   | 144   |
| Casi ninguna vez       | 82      | 7.9   | 131     | 13.2  | 213   |
| Ninguna vez            | 62      | 5.8   | 94      | 9.5   | 156   |
| No contesto            | 230     | 22.0  | 95      | 9.6   | 325   |
| Total                  | 1044    | 100.0 | 990     | 100.0 | 2034  |

Fuente: Ídem.

### Uso del condón con parejas casuales.

Los que siempre usaron condón con sus parejas casuales fueron el 39.5% de los hombres y el 19.6% de las mujeres, la mayoría de las veces el 9.1% de los hombres y el 10% de las mujeres, en la mitad de las veces el 2.4% de los hombres y el 1.4% de las mujeres, los que casi ninguna vez lo usaron fueron el 3.2% de los hombres y 2.7% de las mujeres, el 5.8% de los hombres y el 4.5% de las mujeres ninguna vez lo usaron, el 40% de los hombres y el 61.8% de las mujeres no contestaron, ( cuadro 28).

Cuadro 28

Uso del condón con las parejas casuales con las cuales tuvieron relaciones sexuales en los últimos 6 meses los alumnos del CCH Vallejo, febrero 2008.

| Uso del condón          | hombres | %     | Mujeres | %     | Total |
|-------------------------|---------|-------|---------|-------|-------|
| Siempre                 | 412     | 39.5  | 194     | 19.6  | 606   |
| La mayoría de las veces | 95      | 9.1   | 99      | 10.0  | 194   |
| La mitad de las veces   | 25      | 2.4   | 13      | 1.4   | 38    |
| Casi ninguna vez        | 33      | 3.2   | 27      | 2.7   | 60    |
| Ninguna vez             | 61      | 5.8   | 45      | 4.5   | 106   |
| No contestaron          | 418     | 40.0  | 612     | 61.8  | 1030  |
| Total                   | 1044    | 100.0 | 990     | 100.0 | 2034  |

Fuente: Ídem.

### Uso del condón con sexoservidoras.

De los 87 estudiantes que contestaron haber tenido relaciones con sexoservidoras el 66.7% siempre uso condón el 6.9% la mayoría de las veces, el 1.1% casi ninguna vez y el 11.5% no lo usó ninguna vez, 12 de los encuestados no contestó, (cuadro 29).

Cuadro 29

Uso del condón con sexoservidoras por los alumnos del CCH Vallejo, febrero 2008.

| Uso del condón         | Frecuencia | %     |
|------------------------|------------|-------|
| Siempre                | 58         | 66.7  |
| La mayoría de la veces | 6          | 6.9   |
| Casi ninguna vez       | 1          | 1.1   |
| Ninguna vez            | 10         | 11.5  |
| No contestó            | 12         | 13.8  |
| Total                  | 87         | 100.0 |

Fuente: Ídem.

### Uso del condón por los hombres con parejas estables homosexuales.

De ellos el 21.1% siempre uso el condón con sus parejas homosexuales estables el 18.3% la mayoría de las veces, el 12.7% casi ninguna vez, el 8.5% no lo usó y 28 de ellos no contestaron, (cuadro 30).

Cuadro 30

Uso del condón con las parejas estables hombres con los que han tenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses los alumnos del CCH Vallejo, febrero 2008.

| Uso del condón          | Frecuencia | %     |
|-------------------------|------------|-------|
| Siempre                 | 15         | 21.1  |
| La mayoría de las veces | 13         | 18.3  |
| Casi ninguna vez        | 9          | 12.7  |
| Ninguna vez             | 6          | 8.5   |
| No contestaron          | 28         | 39.4  |
| Total                   | 71         | 100.0 |

Fuente: Ídem.

### Uso del condón por hombres con parejas casuales homosexuales.

El 26.8% siempre uso condón, el 14.1% la mayoría de las veces el 2.8% la mitad de las veces el 5.6% casi ninguna vez y el 4.2% no lo usó ninguna vez, (cuadro 31).

Cuadro 31

Uso del condón con las parejas casuales con los cuales han tenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses los alumnos del CCH Vallejo, febrero 2008.

| Uso del condón          | Frecuencia | %     |
|-------------------------|------------|-------|
| Siempre                 | 19         | 26.8  |
| La mayoría de las veces | 10         | 14.1  |
| La mitad de las veces   | 2          | 2.8   |
| Casi ninguna vez        | 4          | 5.6   |
| Ninguna vez             | 3          | 4.2   |
| No contestó             | 33         | 46.5  |
| Total                   | 71         | 100.0 |

Fuente: Ídem.

### Uso del condón con parejas con VIH/SIDA.

Sólo uno de los hombres uso condón con su pareja con VIH/ SIDA y 2 no contestaron, de las 3 mujeres; una mujer dijo que lo uso la mayoría de las veces y dos no contestaron, (cuadro 32).

Cuadro 32  
Uso del condón con parejas con diagnóstico de VIH/SIDA de los alumnos del CCH Vallejo, febrero 2008.

| Uso del condón          | Hombres | %     | Mujeres | %     | total |
|-------------------------|---------|-------|---------|-------|-------|
| Siempre                 | 1       | 33.3  | 3       | 50.0  | 4     |
| La mayoría de las veces | 0       | -     | 1       | 16.7  | 1     |
| No contestaron          | 2       | 66.7  | 2       | 33.3  | 4     |
| Total                   | 3       | 100.0 | 6       | 100.0 | 9     |

Fuente: Ídem.

### Uso del condón con parejas sexuales usuarias de drogas intravenosas.

De los hombres el 48.8% siempre uso condón, el 48.8% lo usó en la mayoría de las veces, de las mujeres 32.8% siempre usó el condón, y el 65.6% lo usó la mayoría de las veces (cuadro 33).

Cuadro 33

Utilización del condón con las parejas que usan drogas intravenosas de los alumnos del CCH Vallejo, febrero 2008.

| Uso del condón          | Hombres | %     | Mujeres | %     | Total |
|-------------------------|---------|-------|---------|-------|-------|
| Siempre                 | 20      | 48.8  | 21      | 32.8  | 41    |
| La mayoría de las veces | 19      | 46.3  | 42      | 65.6  | 61    |
| No contestaron          | 2       | 4.9   | 1       | 1.6   | 3     |
| Total                   | 41      | 100.0 | 64      | 100.0 | 105   |

Fuente: Ídem.

## Uso del condón con parejas bisexuales

De los hombres el 53.1% dijeron usar siempre el condón cuando tienen relaciones sexuales con estas parejas, el 20.3% la mayoría de las veces, 5.5% la mitad de las veces, 5.5 % casi nunca, y el 10.9% no lo usan. De las mujeres 42.7% dijeron usarlo siempre, 17.3% la mayoría de la veces, el 5.3% la mitad de las veces 6.7% casi nunca y 8.7% nunca (cuadro 34). Cuadro 34

Uso del condón con parejas bisexuales de los alumnos del CCH Vallejo, febrero 2008.

| Uso del condón         | Hombres | %     | Mujeres | %     | Total |
|------------------------|---------|-------|---------|-------|-------|
| Siempre                | 68      | 53.1  | 32      | 42.7  | 100   |
| La mayoría de la veces | 26      | 20.3  | 13      | 17.3  | 39    |
| La mitad de las veces  | 7       | 5.5   | 4       | 5.3   | 11    |
| Casi ninguna vez       | 7       | 5.5   | 5       | 6.7   | 12    |
| Ninguna vez            | 14      | 10.9  | 14      | 8.7   | 28    |
| No contestaron         | 6       | 4.7   | 7       | 9.3   | 13    |
| Total                  | 128     | 100.0 | 75      | 100.0 | 203   |

Fuente: ídem.

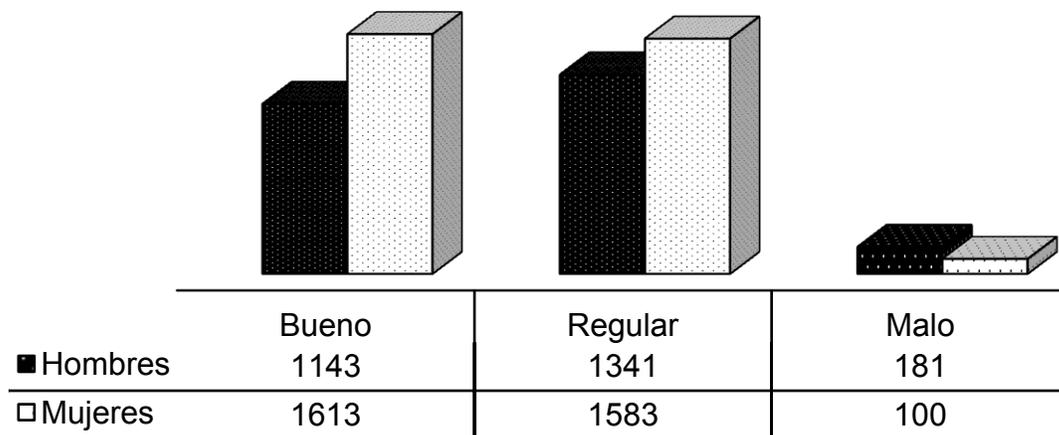
## Conocimientos, opiniones y actitudes.

### Conocimientos generales sobre infecciones de transmisión sexual, uso del condón y anticonceptivos.

El conocimiento en el 50.3% de los hombres es regular, seguido por el 42.9% bueno y el 6.8% malo, en las mujeres el 48.0% es regular, el 48.9% bueno y el 3.0% malo, (gráfico 18).

Gráfico 18

Grado de conocimiento general sobre ITS, uso del condón y anticonceptivos de los alumnos del CCH Vallejo.



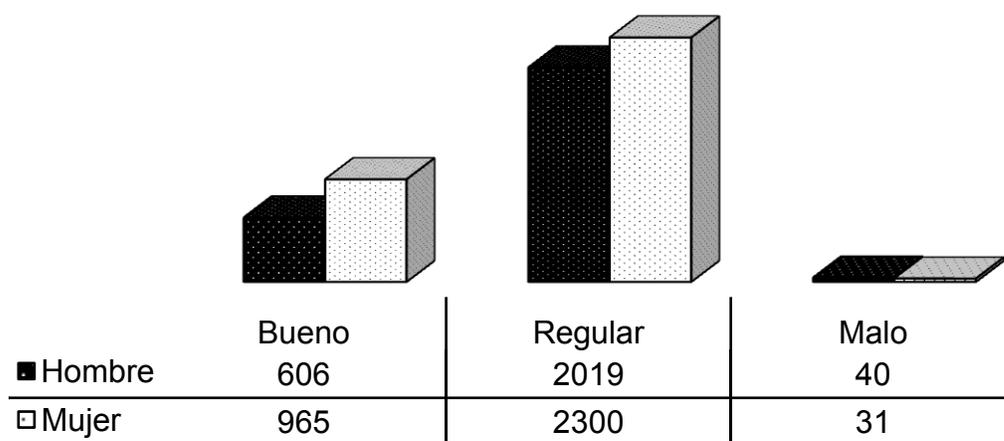
Fuente: Ídem.

### Conocimientos sobre las manifestaciones clínicas de las ITS.

El 22.7% de los hombres tiene buen conocimiento, el 75.8% regular y el 1.5% malo, de las mujeres: el 29.3% bueno, el 69.8% regular y el .9% malo, (gráfico 19).

Gráfico 19

Conocimientos sobre las manifestaciones clínicas de las ITS, alumnos CCH Vallejo, febrero 2008.



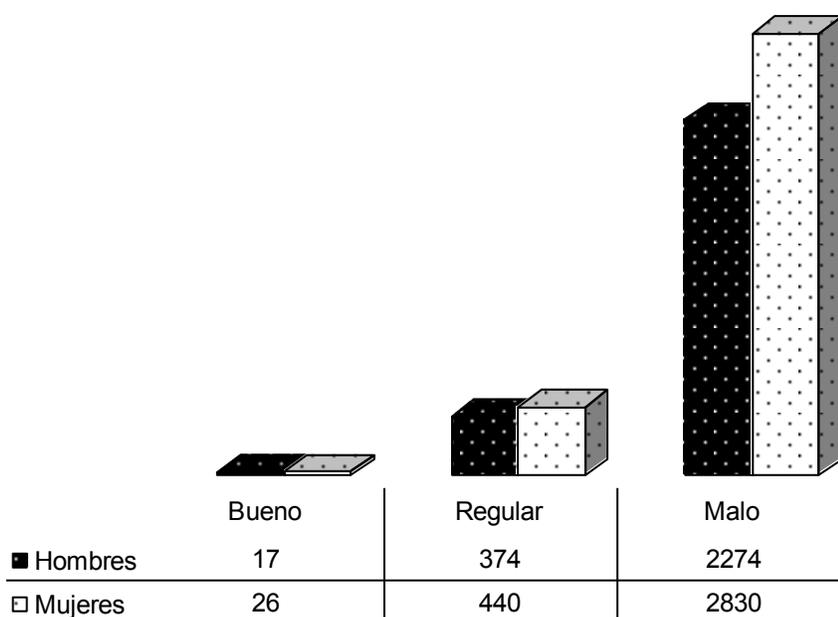
Fuente: Ídem.

### Conocimientos sobre los tiempos de incubación de las ITS.

En los hombres el conocimiento es malo en un 85.3%, regular en un 14.0% y solo en el 0.6% es bueno, en las mujeres el conocimiento es malo en un 85.9%, es regular en un 13.3% y sólo es bueno en un 0.8% (gráfico 20).

Gráfico 20

Nivel de conocimientos sobre los tiempos de incubación de las ITS de los alumnos del CCH Vallejo, febrero 2008.



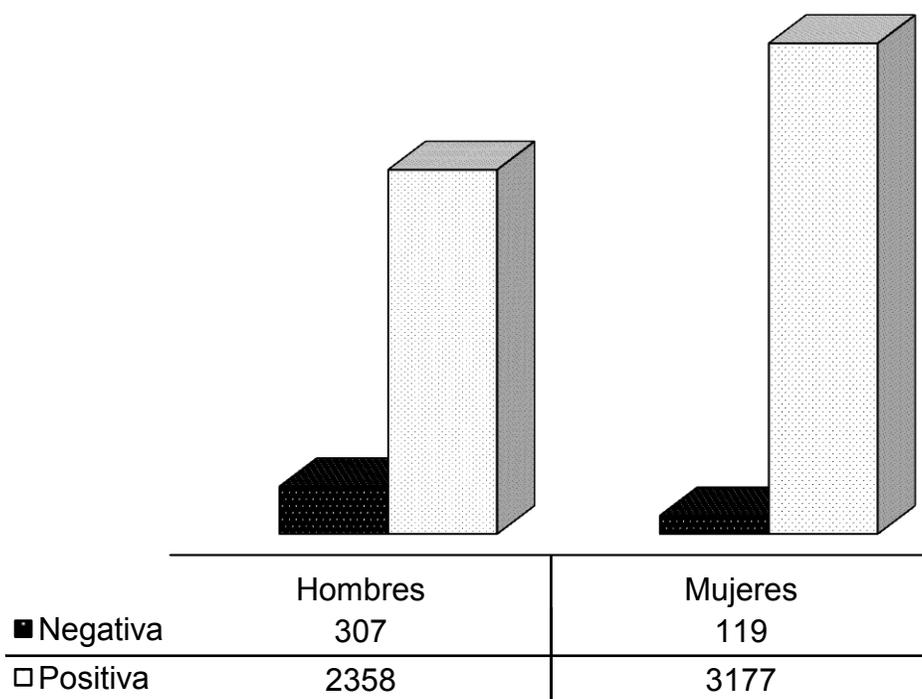
Fuente: Ídem.

### Actitud hacia el uso del condón.

En los hombres el 88.5% es positiva y el 11.5% negativa, en las mujeres el 96.4% es positiva y el 3.6% negativa, (gráfico 21).

Gráfico 21

Actitud hacia el uso del condón por los alumnos del CCH Vallejo, febrero 2008.



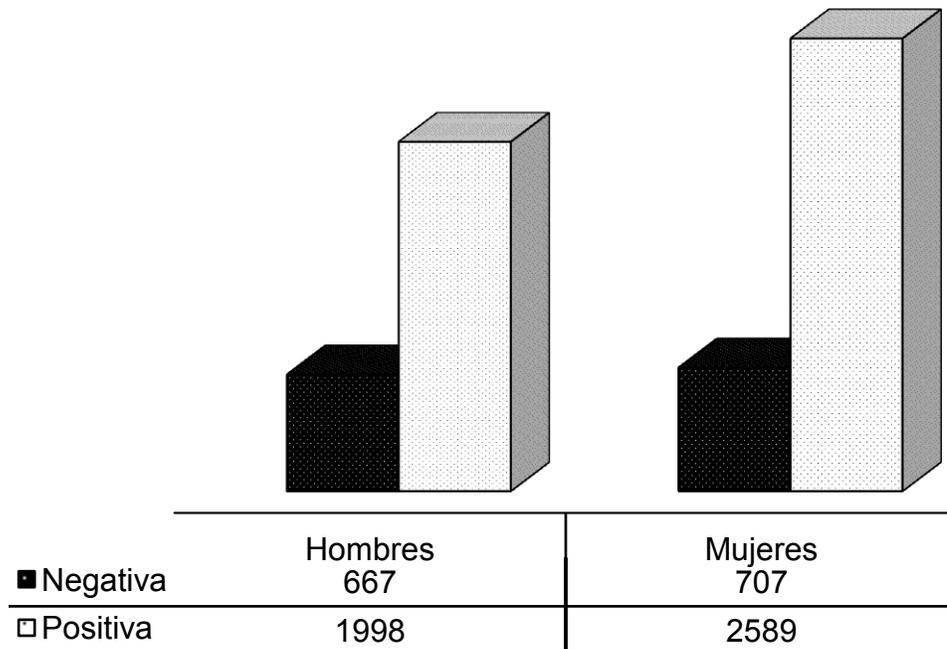
Fuente: Ídem.

### Opinión sobre personas con ITS.

El 75% de los hombres tiene opinión positiva y el 25% negativa, en las mujeres el 78.5% positiva y el 21.5% negativa, (gráfico 22).

Gráfico 22

Opinión sobre las personas que tienen alguna ITS por los alumnos del CCH Vallejo, febrero 2008.



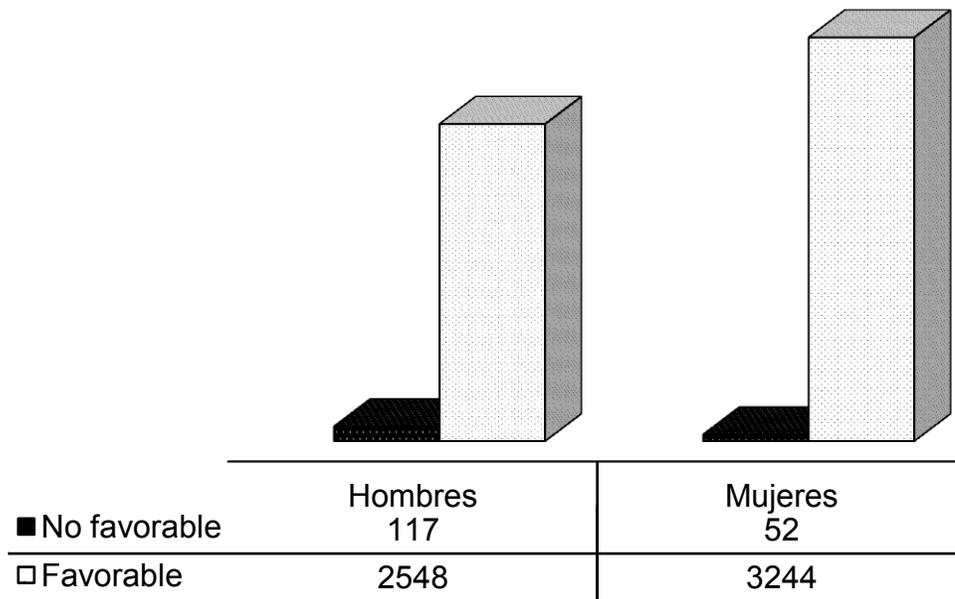
Fuente: Ídem.

### Opinión sobre el uso del condón.

En los hombres el 95.6% favorable y el 4.4% no favorable, en las mujeres el 98.4% favorable y el 1.6% no favorable, (gráfico 23).

Gráfico 23

Opinión sobre el uso del condón por los alumnos del CCH Vallejo, febrero 2008.



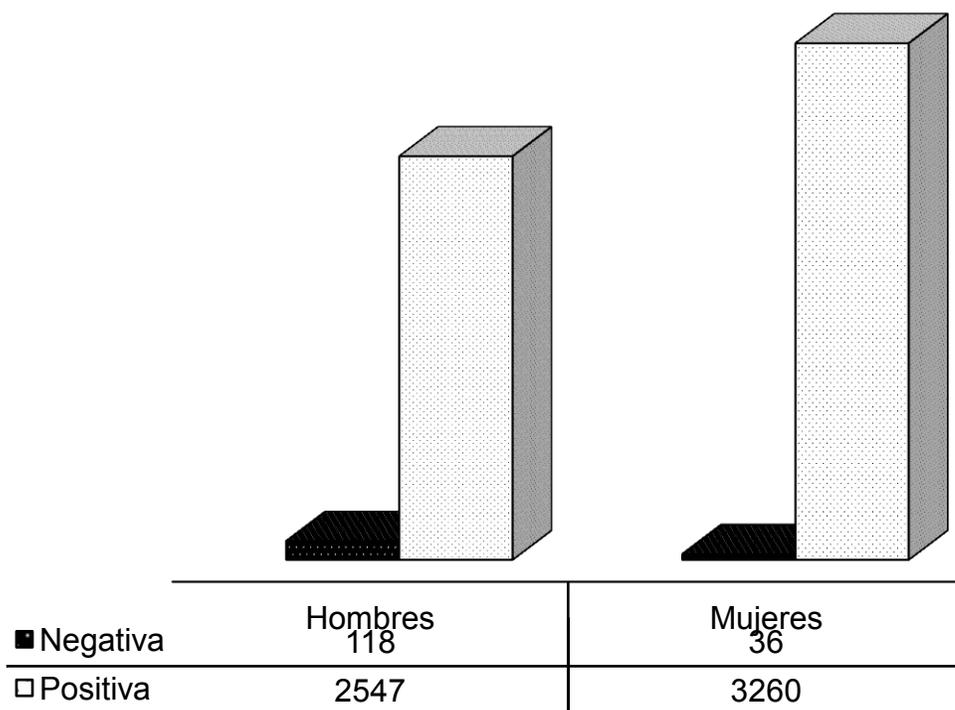
Fuente: Ídem.

### Opinión sobre las medidas preventivas de las ITS.

El 95.6% de los hombres tienen una opinión positiva y el 4.4% negativa, en las mujeres el 98.9% tienen una opinión positiva y el 1.1% negativa, (gráfico 24).

Gráfico 24

Opinión sobre las medidas de prevención de algunas ITS por los alumnos del CCH Vallejo, febrero 2008.



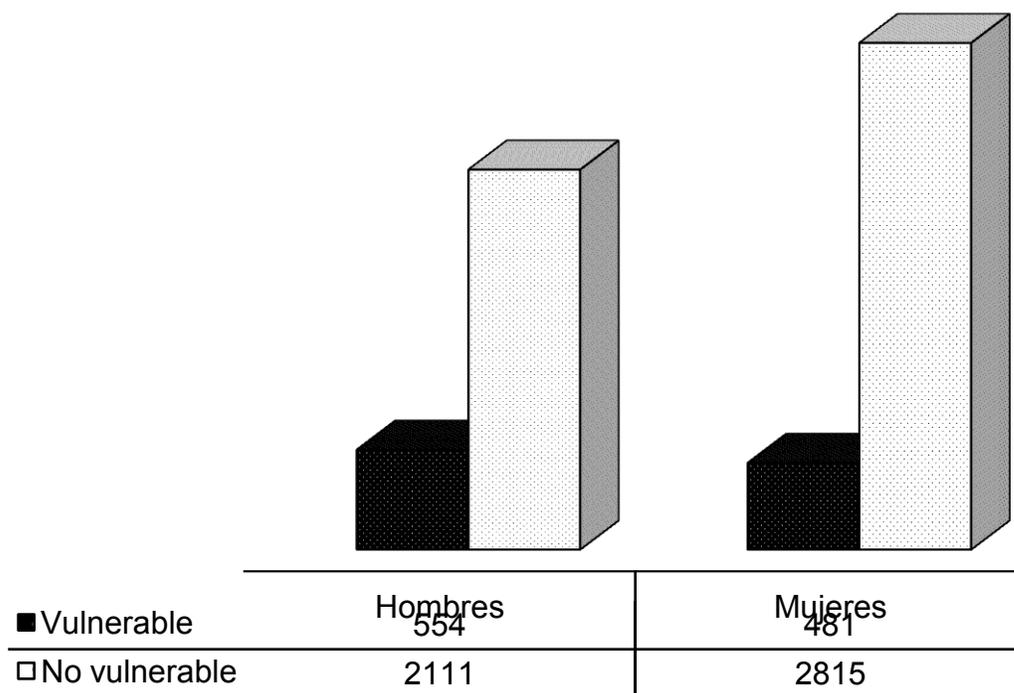
Fuente: Ídem.

### Autopercepción de riesgo.

En los hombres el 79.2% la auto-percepción de riesgo es positiva y el 20.8% negativa, en las mujeres el 85.45% tienen una auto-percepción de riesgo es positiva y el 14.6% negativa, (gráfico 25).

Gráfico 25

Autopercepción de riesgo de los alumnos del CCH  
Vallejo, febrero 2008.



Fuente: Ídem.

Discusión de resultados.

En el presente estudio se encontró:

De los 5961 alumnos encuestados el 55.3% son mujeres y el 44.7% son hombres.

Como era de esperarse la mayoría de la población es soltera 96.5 %.

El promedio de edad es de 16 años. El 96% son menores de 20 años; según la definición de la OMS, están considerados como en etapa adolescente y la define como el período de la vida que transcurre entre los 10 y los 19 años, y se divide en 2 fases: la adolescencia temprana, que abarca desde los 10 a los 14 años, y la adolescencia tardía que comprende desde los 15 a los 19 años. Esta etapa y los primeros años de la juventud son cruciales, porque en ellas se producen profundos cambios físicos, psicológicos y sociales que impactan el resto de la vida de los seres humanos.

En relación a la vivienda los datos obtenidos el 33% coinciden con el promedio general de habitantes por vivienda, el cual es de 4.4 habitantes, de acuerdo con los resultados del XII Censo General de Población ENEGI 2000; el 49% están fuera de este promedio con cinco ó más habitantes por vivienda.

De acuerdo al mismo Censo, la religión católica es las predominantes en nuestro país, seguida de la protestante testigos de Jehová, adventistas y mormonas, los datos recabados concuerdan con los datos del Censo, sólo destacan el 18% de los alumnos que respondieron que no profesan ninguna religión. Lo cual tiene un significado importante si atendemos a los aspectos sociales de cada religión, según James Boswell en su tratado Christianity Social menciona que religión y sexualidad siempre están vinculados que toda religión conlleva siempre una moral sexual, entendida no tanto como parte de la moral general o común a todos, sino como la parte de la moral religiosa que implica restricciones u obligaciones al comportamiento sexual humano. La cual varía enormemente en el tiempo entre unas y otras épocas, así como entre distintas civilizaciones o culturas. Las normas sociales, los estándares de conducta de las sociedades en cuanto a la sexualidad, suelen ligarse a creencias religiosas de una u otra religión.

De acuerdo con esto, la mayor parte de las religiones han visto la necesidad de dirigir la cuestión de un papel "propio" de la sexualidad en las interacciones humanas. Diferentes religiones tienen diferentes códigos de moral sexual, que regulan la actividad sexual o asignan valores normativos a ciertas acciones o pensamientos cargados de contenido sexual.

En cuanto a la escolaridad de los padres Ramírez Aranda y etal.; en donde entrevisto a padres de familia de escuelas secundarias de Monterrey Nuevo León.

La mayoría de los encuestados pertenecía al sexo femenino, madres de familia (69.0%) y el 51.3% tenía 40 años o más. La gran mayoría pertenecía a la religión católica (86.6%). Las madres de los estudiantes se dedican al hogar en 59.8% de los casos, mientras que 43.5% los padres contaba con estudios profesionales o más y otros trabajan como empleados (31.7%). concluyó que los padres de mayor escolaridad están de acuerdo en la abstinencia como medida de prevención en mayor porcentaje, que los de menor escolaridad. Y que esta tendencia no se observa con respecto a las relaciones monógamas o a las relaciones sexuales con sexoservidoras, en donde es casi exactamente igual en los padres con nivel de secundaria, preparatoria y profesional. El hablar del uso del condón va más de acuerdo con los de mayor escolaridad, Los de nivel profesional más que los de escolaridad de primaria o menos, están de acuerdo en posponer las prácticas sexuales hasta el matrimonio.

Los argumentos utilizados por los padres de familia para no dar información a sus hijos fue en primer lugar falta de conocimientos, vergüenza, consideración de que la edad de los hijos era considerada inapropiada, el que el (la) hij@ sea del sexo opuesto, no tener confianza y una buena comunicación y finalmente expresaron falta de tiempo para platicar con sus hijos.

Lo anterior contrasta en cuanto a escolaridad de padres y madres de familia de los alumnos del CCH, en donde hay padres de familia que no asistieron a la escuela un 1.8%; aunque es un porcentaje pequeño es importante, considerando que hay un porcentaje de 16% de no respuesta, este es unos de las preguntas con más alto porcentaje de no respuesta, lo cual podría deberse a que la escolaridad de los padres es nula o mínima, con nivel de primaria un 25%, y un 43% tiene estudios de secundaria el menor porcentaje de escolaridad es el de las madres, las cuales tienen más contacto con los hijos.

En cuanto al inicio de vida sexual, el promedio de inicio en los varones está entre los 13 y los 15 años y en las mujeres es entre 16 y 18 años.

Así mismo la actividad sexual coital en estudiantes de bachillerato era de 5% en las mujeres y 27% los hombres, en los estudiantes encuestados del CCH Vallejo se encontró que en las mujeres se incremento a 30.1% y en los hombres a 39.2%.

Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT). En cuanto a las relaciones sexuales, en adolescentes encontró que el 14.4% de los adolescentes del país refieren haberlas tenido; y existe un aumento considerable conforme aumenta la edad, pues de los 12 a los 15 años, 2% de adolescentes reportan haber iniciado su vida sexual, mientras que en el grupo de 16 a 19 años, son 29.6% los que refieren ya haberla iniciado.

Así mismo reporta que del total de adolescentes que tuvieron relaciones sexuales, se observa que el porcentaje de utilización de algún método anticonceptivo en la Primera relación sexual es más alto en los hombres. En efecto, 63.5% de ellos declaró haber utilizado condón; cerca de 8% indicó el uso de hormonales, y 29%

no utilizó ningún método. En las mujeres la utilización reportada es menor: sólo 38% de las adolescentes mencionó que su pareja usó condón y 56.6% declaró no haber utilizado métodos anticonceptivos en la primera relación sexual.

Así mismo concluye la ENSANUT 2006, que entre las repercusiones de las prácticas sexuales sin protección que enfrentan los adolescentes se encuentran los embarazos no deseados y el incremento de las infecciones de transmisión sexual, por lo que se requiere mejorar la educación sexual de este grupo poblacional, así como el conocimiento y formas de uso de métodos anticonceptivos, en especial en lo que concierne a las mujeres jóvenes de nuestro país.

Estos resultados ubican al embarazo en la adolescencia como un problema relevante en nuestro país, sobre todo en las mujeres de 12 a 15 años, ya que en estas edades constituye un elevado riesgo para la salud tanto de la madre como del hijo.

Muchos jóvenes empiezan a tener relaciones sexuales sin haber recibido información exacta acerca de la salud de la reproducción. Esta falta de información puede hacerles correr el riesgo de embarazos no planificados y de infecciones de transmisión sexual (ITS). La educación relativa a la salud sexual puede ser un medio para ayudar a los jóvenes a prevenir esos problemas y mejorar su futura salud de la reproducción.

Varios estudios han demostrado que la educación sexual puede ayudar a retrasar el primer acto sexual en los adolescentes que no están sexualmente activos. Para los adolescentes que ya tienen relaciones sexuales, incluidos los que están casados, la educación sexual puede fomentar el uso correcto y sistemático de la anticoncepción o la protección contra las ITS. Los estudios indican que los temores de que los programas de educación sexual fomentan o aumentan la actividad sexual parecen infundados.

Los programas de salud sexual más eficaces son los que incluyen información que no se limita a la salud de la reproducción. Esos programas también pueden ayudar a los jóvenes a mejorar sus técnicas de comunicación y negociación, cimentar sus valores y cambiar los comportamientos de riesgo.

La información básica acerca de la salud de la reproducción es importante para los jóvenes; así como lo es la información básica relativa a otras cuestiones de salud.

De estos han embarazado a su pareja 79, y 141 mujeres han estado embarazadas, de las que se han embarazado el 63% se ha provocado el aborto, y en 91% de los hombres que embarazaron a su pareja el aborto fue provocado, la edad de las alumnas que se provocaron el aborto va de los 13 a los 18 años.

A este respecto la ENSANUT 2006 reporta que la tasa de embarazo en niñas y adolescentes de entre 12 a 19 años fue de 79 por cada mil mujeres. En el informe se estima que 695 mil 100 adolescentes han estado embarazadas alguna vez.

Según el informe "La infancia cuenta en México 2006" de la Red por los Derechos de la Infancia en México, en el año 2000 hubo 179 mil 413 adolescentes entre 15 y 17 años de edad con al menos un hijo, y en 2005 se registraron 164 mil 108.

Por otra parte IPAS, México AC, en su documento sobre el aborto en México que la penalización del aborto ha impedido de contar con datos confiables y actualizados sobre su incidencia y sobre la frecuencia de las complicaciones y las muertes que ocasiona. Como indica un estudio realizado en seis países latinoamericanos cuyas leyes sobre el aborto son restrictivas –Brasil, Colombia, Chile, México, Perú y República Dominicana-, los datos disponibles incluyen sólo una mínima parte de los abortos que se practican. Y que a pesar de estas dificultades para conocer la magnitud real del problema, en México existen evidencias que permiten ubicar al aborto como un problema social y de salud pública de gran trascendencia. A mediados de los años 90 se calculaba una cifra anual de un millón 700 mil abortos, estimándose que alrededor de la mitad eran inducidos

Datos más recientes, del Consejo Nacional de Población (2000), indican que la incidencia del aborto ha disminuido de 230 mil abortos por año en el período 1985-1987 a 196 mil en el período 1995-1997.

Las complicaciones del aborto representan la tercera causa de mortalidad materna en el país (Secretaría de Salud, 1997; Consejo Nacional de Población, 2000) y se ha señalado que muchas de las muertes maternas atribuidas a la hemorragia del embarazo son en realidad provocadas por complicaciones de abortos inseguros.

Se encontró que uno de cada 22 estudiantes han padecido o les habían diagnosticado alguna ITS incluyendo el VIH/SIDA, esta cifra es similar a la presentada por la OMS donde uno de cada 20 adolescentes contraen anualmente alguna ITS curable sin incluir el VIH/SIDA.

En relación a las ITS "la Organización Mundial de la Salud señala que 85% de los casos de enfermedades de transmisión sexual ocurren en jóvenes de entre 15 y 30 años". Las estadísticas también revelan que este grupo cambia de pareja dos o tres veces al año.

Además destaca que a nivel mundial, más de la mitad de las nuevas infecciones de VIH están sucediendo entre los jóvenes de 15 a 24 años de edad, y de estas más de dos tercios de esas nuevas infecciones ocurren en mujeres.

También el uso el condón en la primera relación sexual se incrementó de 35.5% a 62.7% en las mujeres y de 42.2% a 64% en los hombres.

De los resultados preliminares de la Encuesta Nacional de Juventud 2000 los jóvenes de entre los 12 y 29 años reportan al 55% con actividad sexual coital de los cuales el 65% dijo utilizar el condón como método de protección contra las ITS y la adquisición de VIH/SIDA y el 68% tuvo su primera relación sexual entre los 15 y 19 años.

En comparación con el presente estudio se tiene que del total de alumnos encuestados el 34.1% tienen actividad sexual de los cuales el 69.8% usa condón y el 88.9% tuvo su primera relación sexual entre los 13 y 18 años.

En la población adolescente se ha incrementado el contagio de las ITS incluyendo el VIH/SIDA, han aumentado las cifras de la actividad sexual coital mayormente en las mujeres, aunque también se ve que ha aumentado el uso del condón.

Orientación sexual, la mayoría dijo ser heterosexual 91% en varones y 89% de las mujeres. El resto manifestó tener prácticas consideradas de riesgo, como son las relaciones homosexuales.

Parejas con diagnóstico de VIH/SIDA, fueron 9, de las cuales 3 son hombres y 6 son mujeres. De estas una mujer contestó que su pareja murió de SIDA.

En cuanto al uso de drogas intravenosas 105 estudiantes dijeron que sus parejas son usuarias de estas drogas.

Existe bisexualidad en las parejas en el 12% de los hombres y 7.6 de las mujeres.

Uso de métodos anticonceptivos sólo el 73% de los hombres y el 79% de las mujeres dijo haber usado algún método anticonceptivo. De estos el método más utilizado es el condón masculino, seguido alarmantemente por la pastilla del día siguiente.

Los estudiantes con mal conocimiento general sobre las ITS, uso del condón y anticonceptivos tienen una actitud negativa hacia el uso del condón que los hace vulnerables al riesgo de contraer alguna ITS.

Los estudiantes con mal conocimiento general sobre las ITS, uso del condón y anticonceptivos tienen una opinión desfavorable hacia las personas que tienen alguna ITS que los hace vulnerables a contraer alguna ITS.

Los estudiantes con mal conocimiento general sobre las ITS, uso del condón y anticonceptivos tienen una opinión desfavorable hacia el uso del condón que los hace vulnerables a contraer alguna ITS.

Los estudiantes con mal conocimiento general sobre las ITS, uso del condón y anticonceptivos tienen auto percepción negativa de riesgo a contraer SIDA que los hace vulnerables a contagiarse de SIDA.

Los estudiantes con mal conocimiento sobre las manifestaciones clínicas de las ITS y el VIH/SIDA presentan una actitud negativa al uso del condón o que lo hace vulnerables al riesgo de contraer alguna ITS y VIH/SIDA.

Los estudiantes con mal conocimiento sobre las manifestaciones clínicas de las ITS y el VIH/SIDA presentan una opinión negativa sobre las personas que padecen alguna ITS que lo hace vulnerable al riesgo de contraer alguna ITS o VIH/SIDA.

Los estudiantes con mal conocimiento sobre las manifestaciones clínicas de las ITS y VIH/SIDA es diferente con la auto-percepción de riesgo que tienen de contraer SIDA.

Los estudiantes con buen conocimiento sobre los tiempos de incubación de las ITS y VIH/SIDA tienen una opinión favorable sobre las personas que padecen alguna ITS que los hace menos vulnerables a contraer alguna.

Los estudiantes con mal conocimiento sobre los tiempos de incubación de las ITS y VIH/SIDA tienen una auto-percepción negativa al riesgo de contraer SIDA, que los hace más vulnerables a este riesgo.

*Educación a los hijos es, en esencia,  
enseñarles a valerse sin nosotros*  
*Mario Sarmiento*

## VI. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

La importancia de las actividades prácticas en comunidad en la formación de los futuros médicos generales es, sin duda una práctica pedagógica que debe estar presente dentro del currículo médico.

Derivado de la experiencia en programa piloto de prácticas comunitarias llevado a cabo en el Colegio de Ciencias y Humanidades y Escuela Nacional Preparatoria; la inclusión del trabajo en comunidad se ha considerado en la actual revisión del Plan de estudios de la Facultad, como parte del programa académico en las asignaturas de Salud Pública. Consideramos un acierto esta inclusión y esperamos que los objetivos y metas se cumplan que los aspectos pedagógicos y de servicio sean satisfactorios.

La participación del pedagogo como parte del equipo multidisciplinario en el equipo de salud ha permitido conjugar los conocimientos de pedagogía con los de la salud pública.

En cuanto a los resultados derivados de la encuesta:

Si bien es cierto que la sexualidad es una constante en el proceso de vida de las personas, es en la etapa de la adolescencia en que adquiere una relevancia muy importante, ya que en este período los jóvenes consolidan su propia identidad sexual. Además con la madurez sexual adquieren la capacidad reproductiva, que aunada a los procesos de autonomía y socialización, les permitirán tener relaciones interpersonales íntimas que posiblemente les permitirán formar sus propias familias. El inicio de la capacidad reproductiva y el ejercicio de la sexualidad son cambios de mucha importancia. Si los jóvenes no cuentan con información y orientación adecuadas, pueden vivir estos cambios desde una posición muy vulnerable es por ello que deben estar involucrados, la familia, la escuela, los medios de comunicación y el sector salud. También es importante destacar que la transmisión de la información debe ir acompañada de una discusión abierta acerca de los valores y derechos reproductivos.

Por estar la sexualidad atravesada por prohibiciones, tabúes y prejuicios, se debe aumentar la capacidad de comunicación en torno a cuestiones vinculadas al ejercicio sexual, y establecer vínculos de comunicación y afectividad entre los actores.

Ya que los adolescentes muchas veces no cuentan con los elementos adecuados para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos de manera libre, responsable y segura, tienen ideas erróneas sobre la sexualidad, lo que deriva en prácticas de riesgo que asimismo se traducen en embarazos no deseados, abortos (con todas

sus consecuencias) las infecciones de transmisión sexual y relaciones violentas o de abuso en la pareja.

La mayoría de las alumnas que han estado embarazadas ha sido a edades consideradas de alto riesgo tanto para ellas, como para el producto, además de que lógicamente entran otros factores de carácter social y psicológico que agravan todavía más esta situación.

La educación de los adolescentes sobre salud sexual es una de las cuestiones más debatidas y de mayor carga emocional. Las diferencias de opinión son muy grandes cuando se trata de dilucidar hasta qué punto debe ser explícito el material utilizado, la extensión ideal, con qué frecuencia debe hacerse llegar a sus destinatarios y a qué edad debe iniciarse dicha educación. Se ha llegado incluso a formular la pregunta: ¿acaso es necesario educar a las y los adolescentes en materia de sexo y salud sexual?

Por otra parte educadores en sexualidad sostienen que el problema no es si los jóvenes y aún los niños, deben recibir educación sobre salud sexual, sino cómo y qué clase de educación van a recibir. Ya que es imposible apartar y no siempre deseable a la población infantil de las influencias sexuales de los modelos adultos de comportamiento, en los medios de comunicación televisión y los anuncios comerciales la bombardean constantemente, pero el silencio y las respuestas evasivas de parte de los padres suelen ser modelos a seguir más eficaces. Dejar de prestar los jóvenes información y servicios apropiados y oportunos por temor a legitimar y alentar la actividad sexual no es una opción viable y resulta contraproducente.

Entre las medidas que se han propuesto para prevenir las infecciones de transmisión sexual está el uso del condón como una de las medidas más importantes. Aunque hay que reconocer que el uso del condón está asociado a factores socioculturales los cuales hay que tomar en cuenta en la planeación de programas de educación para la salud.

La no utilización del condón en su primera relación y con la pareja estable, tiene la idea que conocer a la persona con la que se tiene relaciones sexuales es una forma eficaz de protección. Por otra parte, también se puede leer entre líneas que existen estereotipos de género y subyace una relación de poder entre varones y mujeres, generalmente es el varón quién decide el uso, o no del condón, afectando la capacidad de las jóvenes para exigir su uso, como conducta que las prevenga de ITS y embarazos no deseados.

La promoción del condón femenino, resaltando sus ventajas, hacerlo más accesible, física y económicamente podría ser una estrategia que le permitiría a las jóvenes tomar el control frente a la negativa del varón a cuidarse usando el condón masculino.

La mayoría de los estudiantes tienen una opinión favorable hacia el uso del condón, y medidas preventivas para las ITS. Sería deseable que esta opinión abarcara al 100% promoviendo actividades de educación para la salud, para que sea incorporada a su práctica sexual.

Existen prácticas de riesgo como relaciones con parejas bisexuales en donde el condón es apenas utilizado menos de 50% de las ocasiones.

Sin contar con los que tienen una actitud negativa hacia el uso del condón, los que no se sienten vulnerables para contraer estas enfermedades, es precisamente esta condición, la que los hace vulnerables al riesgo de contraer alguna ITS,

Los conocimientos en relación a las infecciones de transmisión sexual no son suficientes por lo que se propone que en las asignaturas del área biológica y social retomen los contenidos sobre las ITS, básicamente sobre manifestaciones clínicas, periodos de incubación, mitos (concepciones falsas) prejuicios y modelos de relación subyacen alrededor de la sexualidad y el sexo. El conocimiento es primordial para la protección.

Resulta importante considerar a la población adolescente en relación al VIH/SIDA y las enfermedades de transmisión sexual porque es en esta etapa cuando muchos inician su vida sexual en general con poca o mala información y sin prácticas de protección.

La mejor estrategia de prevención es la información la cual debe estar ligada a la educación sexual impartida en la escuela y fuera de ella.

La transmisión de la información debe ir acompañada de una discusión abierta acerca de los derechos reproductivos de los jóvenes.

Proponemos que la educación para la salud sea concebida como un proceso de formación, para que cada individuo se responsabilice, adquiera los conocimientos básicos e incorpore hábitos y actitudes favorables a la salud que redunde en la promoción de la salud individual y colectiva. Es decir, como un intento de responsabilizar al alumno y de prepararlo para que, poco a poco, adopte un estilo de vida lo más sano posible y conductas positivas de salud.

La escuela puede ser un lugar adecuado para informar y educar sexualmente a los alumnos, pues permite acceder a un elevado número de jóvenes antes de que inicien activamente en el terreno sexual. Las de riesgo, que una vez establecida serán difícil de modificar.

Incorporar la educación para la salud a los programas de formación en los cuales se consideren los siguientes puntos: Incorporen métodos de aprendizaje activos. Refuercen los valores individuales y las normas grupales. Promuevan el desarrollo de actitudes favorables a la salud.

De acuerdo a la experiencia obtenida en la práctica puede reconocerse que una estrategia especialmente efectiva es el trabajo en grupo de iguales; esto tiene algunas ventajas son: mayor adecuación de los contenidos y estrategias, mayor motivación y crédito de la información. (Ya que los adolescentes conceden mucho mayor valor a la información obtenida en el grupo que a la suministrada desde arriba). El alumno debe llegar a hacer suya la actividad de aprendizaje, y el educador debe jugar el papel de facilitador del aprendizaje en este sentido hay que procurar siempre usar métodos participativos.

Una estrategia poco utilizada, pero eficaz, es el empleo de compañeros escolares especialmente entrenados para actuar como educadores. Ofrecen las siguientes ventajas: (a) Representan una fuente de información más creíble para los otros alumnos. (b) Pueden comunicar la información en el mismo lenguaje que usan los destinatarios de la misma, por lo que les resultará más comprensible.

Hay que tomar en cuenta además que cuando los hijos han rebasado en escolaridad a los padres, la mayoría ya no los considera como fuente aceptable de información, y acuden, con sus maestros a con sus pares.

La difusión de la información deberá contemplar todos los espacios posibles: lugares de convivencia en las escuelas, utilización de los medios masivos de comunicación, creación de un blog en Internet, centro de orientación entre otros.

Además cada escuela los estudiantes cuenten con material bibliográfico accesible y actualizado, que les permita tener acceso a conocimientos acerca de las infecciones de transmisión sexual, medidas de prevención y centros de salud en donde acudir para recibir atención y/o orientación. La información sobre los diferentes métodos anticonceptivos ser clara, sencilla y precisa (contraindicaciones, uso exacto, porcentaje de falla).

Es urgente en particular, que en forma llana y concisa se de difusión, sobre indicaciones y contraindicaciones en relación a la pastilla de emergencia. Pues existen muchos mitos en su administración, ya que está considerada como el segundo método anticonceptivo más utilizado.

Que cada plantel considere la posibilidad de tener en lugares estratégicos expendedores de condones masculinos y femeninos a un costo muy bajo.

En los programas de educación para la salud, es deseable en posible involucrar a los padres de familia; pues estos juegan un papel importante en comunicar de forma efectiva sus propios valores a sus hijos, siendo autocríticos dándoles no sólo información sino también habilidades que ayudarán a los adolescentes a tomar decisiones sanas cuando exploren su sexualidad.

Los resultados de algunos estudios también han indicado el valor de la familia en la vida de los jóvenes. Aquellos que se sienten conectados a su familia tienen

menor probabilidad de fumar, consumir alcohol, usar drogas y tener relaciones sexuales a una edad temprana y condiciones de desprotección.

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud en su comunicado de prensa sobre la cumbre ministerial sobre VIH/ y jóvenes, revelan que la inclusión de la educación en sexualidad en los programas de estudio mejora las actitudes, conductuales del adolescente y el adulto joven. La educación integral en sexualidad deberá tratar de diversos temas, desde abstinencia, información apropiada para la edad y la realidad joven. Estos programas han demostrado reducir el número de parejas sexuales y aumentar el uso de condones entre los adolescentes sexualmente activos.

Contrariamente a lo que popularmente se dice que los jóvenes que tienen información sobre sexualidad y métodos anticonceptivos, los expertos de la OPS; sostienen que no hay evidencia de que los jóvenes que reciben educación integral en sexualidad anticipen su iniciación sexual, al contrario, las evidencias indican que la educación sexual conduce a los jóvenes a la adopción de prácticas de autoprotección incluyendo la postergación del inicio de vida sexual.

Carece de fundamento la acusación de que la educación sobre salud sexual incita a la actividad sexual, pero, en contraste, se peca de optimismo y de falta de realismo al presentarla como la panacea frente a las tasas inaceptablemente altas de ITS y embarazos no deseados entre adolescentes.

Según la OPS, número estimado de nueva infecciones por VIH en las Américas en 2007 fue de 160000, y el número total de personas con VIH en la región hoy es 3,1 millones. A nivel mundial, se estima que la mitad de todas las nuevas infecciones ocurre en jóvenes entre los 15 y 24 años.

Hay que contar también con la familia y los profesionales de la salud, para que refuercen las actitudes y conocimientos sobre patrones de conducta sexual segura y responsable enseñados en la escuela.

La educación sobre salud sexual puede lograr que las prácticas sexuales de las y los adolescentes sean más seguras, pero no es, con frecuencia, el elemento más influyente, de manera que el potencial de la educación para el desarrollo de pautas de comportamiento debe evaluarse en el contexto de otras influencias sobre la salud sexual de la población adolescente.

## Referencias bibliográficas

1. Alcalá R. J. "La represión sexual en el discurso médico en el siglo XIX mexicano. Tesis para obtener la licenciatura en filosofía. Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM. Abril de 2008.
2. Benavides L, "La enseñanza de la medicina preventiva y la insectología en el plan B". Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. Año 1 No 1, 1959.
3. Bronfman M., "Ciencias sociales y SIDA". Rev. Salud Pública de México 41(2):83-84. 1999.
4. Caballero-Hoyos R., Villaseñor-Sierra A. "Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes urbanos: consenso cultural de dudas e incertidumbres" Rev. Salud Pública de México.
5. Calderón-Jaimes E., "Tratamiento y prevención de las enfermedades de transmisión sexual". Rev. Sal. Púb. Méx. 41(4):334-343.1999.
6. Camacho ME. Evolución natural de la infección por VIH. En: Ponce de León R.S., Rangel FMS., SIDA. Aspectos clínicos y terapéuticos. México, D. F., Ed. McGraw\_Hill Interamericana, 2000:115-138.
7. Carrillo AM. Periódico mural del Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina de la UNAM Marzo 2007. Año 4 No 20 "Miguel E. Bustamante creador del Departamento de Salud Pública 1956-2006.
8. Consejo Nacional de Población. Comunicado de prensa 34/06, México 2006. Facultad de Medicina, Plan de Estudios de la Carrera de Médico Cirujano 1985, México, UNAM, 1985.
9. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. "Convención de la enseñanza de la medicina, plan B" México Año 1 No 2, 1959.
10. Facultad de Medicina. Programa Institucional de Prácticas Comunitarias. UNAM, Julio de 2004.
11. Facultad de Medicina. Programa de Medicina General Integral. Evaluación de Programa de Medicina General Integral. UNAM.1986.
12. Facultad de Medicina, UNAM. Informe de verificación de la COMAEM 2003.
13. Facultad de Medicina, UNAM. Programa Institucional de Prácticas Comunitarias Documento General. 2007.

14. Gebara, Ivone. La sed de sentido, Ed. Doble clic, Montevideo Uruguay, 2002, [p.97,99, (el cuerpo) 63 y 66].
15. El aborto en México. Documento de IPAS México A.C. "Algunos datos sobre el aborto en México". Pp12. México 2002.
16. Magis-Rodríguez C., Del Rio-Chiriboga C. Epidemiología del VIH y del SIDA en México. En: Ponce de León R.S., Rangel FMS., SIDA. Aspectos clínicos y terapéuticos. México, D. F. ed. McGraw\_hill Interamericana, 2000:1-1.
17. Micher C JM, Silva G JS. Nivel de conocimientos y prácticas de riesgo para enfermedades de transmisión sexual (ETS) en alumnos de primer ingreso a la Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM. SIDA-ETS 1997; 3: 68-73.
18. Revista Cubana de Medicina General Integral. La consulta de ginecología infantil juvenil en función de la educación sexual. 1999; 15(2):184-190. Formato pdf. Junio 2009. *Miguel Lugones Botell<sup>1</sup>, Patricia Pedroso Hernández, Orlando Perera Boza y Mercedes Acosta Jiménez.*
19. Santos Preciado J.I., "La salud de adolescentes: cambio de paradigma de un enfoque de daños a la salud al de estilos de vida sana". Revista de Salud Pública de México 45(1): 5-7. 2003.
20. Oficina Regional de la organización mundial de la salud. Cumbre Ministerial sobre VIH. 26/9/2008 <http://www.paho.org/spanish/dd/pin/ps080620a.htm>
21. Pérez IJA. Encuesta Nacional de Juventus 2000. Resultados Preliminares; México, D. F. Secretaría de Educación Pública, 2001.
22. *Periódico la Jornada .Suplemento letra ese, Salud, sexualidad y Sida No. 156 jueves 2 de Julio de 2009* [www.letraese.org.mx/educacionsexual.htm](http://www.letraese.org.mx/educacionsexual.htm)
23. Encuesta Nacional de salud y nutrición (ENSANUT) 2006, Instituto Nacional de Salud Publica. Secretaria de Salud <http://www.todoendabetes.org/diabe2/pdf/ensanut2006.pdf>
24. Tapia-Aguirre Vilma Arillo-Santillán E., Allen B., Ángeles-Llerenas A., Cruz-Valdéz A., Lazcano-Ponce E. "Associations among Condom Use, Sexual Behavior, and Knowledge about HIV/AIDS. A Study of 13,293 Public School Students. Archives of Medical Research 2004. 35:334-343.

25. UNAIDS. Integración de la prevención del VIH y de las ETS en el medio escolar: documento de posición. Ginebra, Suiza: UUNAIDS/ONUSIDA, 1997.
26. Villaseñor-Sierra A., Caballero-Hoyos R., Hidalgo-San Martín A, Santos-Preciado JL. “Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor del uso de condón en adolescentes”. *Salud Pública de México* 2003. 45(2): S73-S80.
27. [www.ciberhabitat.gob.mx/gobierno/censo/](http://www.ciberhabitat.gob.mx/gobierno/censo/) *XII Censo General de Población 2000*.
28. Ramírez Aranda, JM, González González, JM, Cavazos Ríos JJ, Ríos Garza T. “Actitudes los padres sobre sexualidad en sus hijos, valores y medidas preventiva de SIDA” *Revista de Salud Pública y Nutrición* Vol. 7 No.1 Enero-Marzo 2006. México.

## ANEXO 1

CUESTIONARIO HOMBRES

CUESTIONARIO MUJERES

## **CUESTIONARIO HOMBRES**

***UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO***

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA**

ESTE ES UN CUESTIONARIO QUE SE HA DISEÑADO PARA QUE LO RESPONDA USTED MISMO.

CONTIENE ASPECTOS SOBRE ALGUNOS HÁBITOS Y OPINIONES SUYAS CON RESPECTO A INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL. TAMBIÉN INCLUYE PREGUNTAS DE CARACTER PERSONAL, POR LO QUE CABE ENFATIZAR QUE LA INFORMACIÓN QUE NOS PROPORCIONE, SERÁ UTILIZADA ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE CON FINES ESTADÍSTICOS Y DE INVESTIGACIÓN MÉDICA.

AUNQUE MUCHAS DE LAS PREGUNTAS INCLUYEN ASPECTOS ÍNTIMOS DE SU VIDA, LE GARANTIZAMOS LA ABSOLUTA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN QUE NOS

PROPORCIONE Y LE SOLICITAMOS NOS RESPONDA CON SINCERIDAD.

SI ALGUNA PREGUNTA NO ES LO SUFICIENTEMENTE CLARA, POR FAVOR DÍGASELO AL ENTREVISTADOR.

**GRACIAS POR SU TIEMPO**

**INFORMACIÓN ESTRICAMENTE CONFIDENCIAL**

En el lector óptico, deje en blanco los círculos que dicen "EXAMEN" y "DEPARTAMENTAL". En donde dice "VERSIÓN" se anotará el sexo, rellene el círculo del número 1 si es usted hombre y el del número 2 si es usted mujer. Enseguida anote la fecha del día de hoy tal como se le indica en el lector. En donde dice "FOLIO" anote su edad. Para ello hay 4 espacios; rellene los círculos del "0" en las dos primeras columnas y en las siguientes rellene los números que correspondan a su edad. Por ejemplo, si usted tiene 16 años, rellenará los círculos: 0016. Inicie ahora a responder la encuesta, directamente en el lector óptico.

**1.- ¿CUÁL ES SU ESTADO CIVIL?**

- a) SOLTERO
- b) CASADO
- c) UNIÓN LIBRE
- d) SEPARADO/DIVORCIADO
- e) VIUDO

**2- ¿CUÁNTOS CUARTOS TIENE SU CASA? SIN CONTAR COCINA, BAÑOS, NI PASILLOS.**

- a) UNO
- b) DOS
- c) TRES
- d) CUATRO
- e) CINCO O MÁS

**3- ¿CUÁNTOS DE ESTOS CUARTOS SE USAN COMO DORMITORIO?**

- a) UNO
- b) DOS
- c) TRES
- d) CUATRO
- e) CINCO O MÁS

**4- ¿CUÁNTAS PERSONAS VIVEN EN SU CASA (COMEN Y DUERMEN), INCLUYENDO NIÑOS Y RECIÉN NACIDOS?**

- a) UNO
- b) DOS
- c) TRES
- d) CUATRO
- e) CINCO O MÁS

**5.- ¿CUÁL ES SU RELIGIÓN?**

- a) CATÓLICA
- b) PROTESTANTE O EVANGÉLICA
- c) JUDÁICA
- d) NINGUNA
- e) OTRA

**6.- ADEMÁS DE ESTUDIAR, ¿TIENE UD. OTRA OCUPACIÓN?**

- a) SÍ
- b) NO (*Pase a la pregunta 8*)

**7.- ¿A QUÉ SE DEDICA UD. ADEMÁS DE ESTUDIAR?  
(SI TIENE DOS O MÁS ANOTE LA PRINCIPAL ECONÓMICAMENTE)**

- a) COMERCIANTE
- b) OBRERO
- c) TRABAJADOR POR CUENTA PROPIA
- d) EMPLEADO DE GOBIERNO
- e) EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO

**8.- ¿CUÁL ES LA ESCOLARIDAD DE SU PADRE O TUTOR? (SI NO LA SABE, DEJE ESTA PREGUNTA EN BLANCO)**

- a) NO FUE A LA ESCUELA
- b) PRIMARIA
- c) SECUNDARIA O PREVOCACIONAL
- d) PREPARATORIA O VOCACIONAL
- e) LICENCIATURA O MÁS

**9.- ¿CUÁL ES LA ESCOLARIDAD DE SU MADRE O TUTORA? (SI NO LA SABE, DEJE ESTA PREGUNTA EN BLANCO)**

- a) NO FUE A LA ESCUELA
- b) PRIMARIA
- c) SECUNDARIA O PREVOCACIONAL
- d) PREPARATORIA O VOCACIONAL
- e) LICENCIATURA O MÁS

**EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES, ¿HA TENIDO POR MÁS DE 15 DÍAS EN FORMA CONTINUA O INTERMITENTE LO SIGUIENTE?:**

- 10.- PÉRDIDA DE PESO (MÁS DE 5 Kg.) SIN MOTIVO APARENTE: a) SÍ b) NO
- 11.- FIEBRE: a) SÍ b) NO
- 12.- DIARREA: a) SÍ b) NO
- 13.- MANCHAS BLANCAS EN LA LENGUA (ALGODONCILLO): a) SÍ b) NO
- 14.- NÓDULOS O “BOLAS” GRANDES EN CUELLO, AXILAS O  
ÍNGLES (GANGLIOS INFLAMADOS): a) SÍ b) NO
- 15.- DEBILIDAD QUE LE OBLIGUE A PERMANECER EN CAMA: a) SÍ b) NO
- 16.- ¿HA RECIBIDO AZT DURANTE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES?  
a) SÍ  
b) NO  
c) NO SABE
- 17.- ¿LE PRACTICARON LA CIRCUNCISIÓN?  
a) SÍ  
b) NO
- 18.- ¿HA TENIDO USTED RELACIONES SEXUALES ALGUNA VEZ EN LA VIDA?  
a) SÍ  
b) NO *(Pase a la pregunta 69 y lea el encabezado)*
- 19.- ESA PRIMERA VEZ ¿USARON CONDÓN?  
a) SÍ *(Pase a la pregunta 21)*  
b) NO
- 20.- ¿PORQUÉ NO USARON CONDÓN?  
a) NO HABÍA UNO DISPONIBLE  
b) MI PAREJA NO QUERÍA  
c) YO NO QUERÍA  
d) NO RECUERDA  
e) NO ERA NECESARIO, NOS TENÍAMOS CONFIANZA
- 21.- ¿QUÉ EDAD TENÍA LA PERSONA CON QUIEN TUVO RELACIONES SEXUALES POR  
PRIMERA VEZ?  
a) MENOS DE 10 AÑOS  
b) ENTRE 10 Y 12 AÑOS  
c) ENTRE 13 Y 15 AÑOS  
d) ENTRE 16 Y 18 AÑOS  
e) MÁS DE 18 AÑOS

**¿ALGUNA VEZ EN SU VIDA HA PADECIDO O LE HAN DIAGNOSTICADO LO SIGUIENTE?**

- 22.- SECRECIÓN CON PUS POR EL PENE (GONORREA)** a) Sí  
b) NO
- 23.- CARNOSIDAD VERRUGOSA (CONDILOMAS)** a) Sí  
b) NO
- 24.- LADILLAS O PIOJOS PÚBLICOS (PEDICULOSIS PUBICA)** a) Sí  
b) NO
- 25.- VESICULAS CON ARDOR Y COMEZÓN EN GENITALES (HERPES)** a) Sí  
b) NO
- 26.- ULCERA EN GENITALES Y GANGLIOS INFLAMADOS EN LA INGLE (SÍFILIS)** a) Sí  
b) NO
- 27.- VIH / SIDA** a) Sí b) NO

**28.- ¿HA USADO ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO CON SU PAREJA?**

- a) Sí  
b) NO (*Pase a la pregunta 36*)

**¿CUÁLES DE LOS SIGUIENTES MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HA USADO A PARTIR DEL INICIO DE SU VIDA SEXUAL?**

- 29.- ESPUMAS** a) Sí b) NO
- 30.- CONDÓN MASCULINO** a) Sí b) NO
- 31.- MÉTODO DEL RITMO** a) Sí b) NO
- 32.- COITO INTERRUMPIDO** a) Sí b) NO

**DURANTE SU RELACIÓN, SU(S) PAREJA(S) SEXUAL(ES) HA(N) EMPLEADO:**

- 33.- PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS** a) Sí b) NO
- 34.- PASTILLA DEL DÍA SIGUIENTE (ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA)** a) Sí  
b) NO

**35.- ¿CÚAL FUE EL PRIMER MÉTODO QUE UTILIZÓ USTED EN SU VIDA?**

- a) ESPUMAS  
b) RITMO  
c) COITO INTERRUMPIDO  
d) CONDÓN MASCULINO  
e) PASTILLA DEL DÍA SIGUIENTE

**36.- USTED PREFIERE TENER RELACIONES SEXUALES:**

- a) ÚNICAMENTE CON MUJERES  
b) ÚNICAMENTE CON HOMBRES  
c) CON HOMBRES Y MUJERES POR IGUAL  
d) CON MUJERES LA MAYORÍA DE LAS VECES Y OCASIONALMENTE CON HOMBRES

e) CON HOMBRES LA MAYORÍA DE LAS VECES Y OCASIONALMENE CON MUJERES

**LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A CUALQUIER PAREJA FEMENINA CON LA QUE HAYA TENIDO RELACIONES SEXUALES. SI NO, POR FAVOR PASE A LA PREGUNTA 48 Y LEA EL ENCABEZADO**

**37.- ¿CON CUANTAS MUJERES HA TENIDO RELACIONES SEXUALES (CON PENETRACIÓN)?**

- a) NINGUNA (*Pase a la pregunta 48 y lea el encabezado*)
- b) UNA
- c) DOS
- d) TRES
- e) CUATRO Ó MÁS

**38.- ¿A QUE EDAD TUVO SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL CON UNA MUJER?**

- a) ANTES DE LOS 10 AÑOS
- b) ENTRE LOS 10 Y 12 AÑOS
- c) ENTRE LOS 13 Y 15 AÑOS
- d) ENTRE LOS 16 Y 18 AÑOS
- e) DESPUÉS DE LOS 18 AÑOS

**39.- EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, DE LA(S) MUJER(ES) CON QUIEN(ES) HA TENIDO RELACIONES SEXUALES ¿CUÁNTAS HAN SIDO PAREJAS ESTABLES (NO CASUALES, ES DECIR, CON QUIEN SALE USTED EXCLUSIVAMENTE)?**

- a) NINGUNA (*Pase a la pregunta 41*)
- b) UNA
- c) DOS
- d) TRES O MÁS
- e) NO HE TENIDO RELACIONES EN LOS ULTIMOS SEIS MESES

**40.- CON SU(S) PAREJA(S) ESTABLE(S) ¿USA CONDÓN?**

- a) SIEMPRE
- b) LA MAYORÍA DE LAS VECES
- c) LA MITAD DE LAS VECES
- d) CASI NINGUNA VEZ
- e) NINGUNA VEZ

**41.- EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES DE LA(S) MUJER(ES) CON QUIEN(ES) HA TENIDO RELACIONES SEXUALES ¿CUÁNTAS HAN SIDO PAREJAS CASUALES (CON QUIEN NO SALE USTED EXCLUSIVAMENTE, PERO TUVO RELACIONES SEXUALES Y NO PAGÓ POR ELLO)?**

- a) NINGUNA (*Pase a la pregunta 43*)
- b) UNA
- c) DOS
- d) TRES O MÁS
- e) NO HE TENIDO RELACIONES EN LOS ULTIMOS SEIS MESES

**42.- CON SU(S) COMPAÑERA(S) CASUAL(ES) ¿USA CONDÓN?**

- a) SIEMPRE
- b) LA MAYORÍA DE LAS VECES
- c) LA MITAD DE LAS VECES
- d) CASI NINGUNA VEZ
- e) NINGUNA VEZ

**43.- ¿CON CUANTAS PROSTITUTAS HA TENIDO USTED RELACIONES SEXUALES EN SU VIDA?**

- a) NINGUNA (*Pase a la pregunta 45*)
- b) UNA
- c) DOS
- d) TRES
- e) CUATRO O MÁS

**44.- CUANDO TUVO O HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON PENETRACIÓN, CON PROSTITUTAS ¿USA O USÓ CONDÓN?**

- a) SIEMPRE
- b) LA MAYORÍA DE LAS VECES
- c) LA MITAD DE LAS VECES
- d) CASI NINGUNA VEZ
- e) NINGUNA VEZ

**45.- ¿HA EMBARAZADO A (ALGUNAS DE) SU(S) PAREJA(S)?**

- a) SÍ
- b) NO
- c) NO SÉ } *Pase a la pregunta 48*

**46.- ¿PROVOCARON EL ABORTO EN ESA(S) OCASIÓN(ES)?**

- a) SÍ
- b) NO

**47.- ¿QUÉ EDAD TENÍA USTED, CUANDO EMBARAZÓ A SU PAREJA?**

- a) MENOS DE 13 AÑOS
- b) ENTRE 13 Y 14 AÑOS
- c) ENTRE 15 Y 16 AÑOS
- d) ENTRE 17 Y 18 AÑOS
- e) MÁS DE 18 AÑOS

**AHORA QUISIERAMOS PREGUNTARLE ACERCA DE SUS PAREJAS MASCULINAS. SI USTED NO HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES, POR FAVOR PASE A LA PREGUNTA 54 SI NUNCA HA TENIDO RELACIONES SEXUALES PASE POR FAVOR A LA PREGUNTA 69 LEA EL ENCABEZADO.**

**48.- EN TODA SU VIDA ¿CON CUÁNTOS HOMBRES QUE LO PENETREN O HAYA USTED PENETRADO, HA TENIDO RELACIONES SEXUALES?**

- a) NINGUNO (*Pase a la pregunta 54*)
- b) 1
- c) 2
- d) 3

e) 4 ó más

**49.- ¿A QUÉ EDAD TUVO SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL CON UN HOMBRE?**

- a) ANTES DE LOS 10 AÑOS
- b) ENTRE LOS 10 Y 12 AÑOS
- c) ENTRE LOS 13 Y 15 AÑOS
- d) ENTRE LOS 16 Y 18 AÑOS
- e) DESPUÉS DE LOS 18 AÑOS

**50.- EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, DE LOS HOMBRES CON QUIENES HA TENIDO RELACIONES SEXUALES ¿CUÁNTOS HAN SIDO PAREJAS ESTABLES (ES DECIR, CON QUIEN SALE USTED EXCLUSIVAMENTE)?**

- a) NINGUNO (*Pase a la pregunta 52*)
- b) UNO
- c) DOS
- d) TRES O MÁS
- e) NO HE TENIDO RELACIONES EN LOS ULTIMOS SEIS MESES

**51.- CUANDO PENETRA A, O HA SIDO PENETRADO POR, SU(S) PAREJA(S) ESTABLE(S) ¿USA CONDÓN?**

- a) SIEMPRE
- b) LA MAYORÍA DE LAS VECES
- c) LA MITAD DE LAS VECES
- d) CASI NINGUNA VEZ
- e) NINGUNA VEZ

**52.- EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, DE LOS HOMBRES CON QUIEN(ES) HA TENIDO RELACIONES SEXUALES ¿CUÁNTOS HAN SIDO PAREJAS CASUALES (CON QUIEN NO SALE EXCLUSIVAMENTE, PERO TUVO RELACIONES Y NO PAGÓ?**

- a) NINGUNO (*Pase a la pregunta 54*)
- b) UNO
- c) DOS
- d) TRES O MÁS
- e) NO HE TENIDO RELACIONES EN LOS ULTIMOS SEIS MESES

**53.- CUANDO PENETRA A, O HA SIDO PENETRADO POR SU, COMPAÑERO CASUAL ¿USA CONDÓN?**

- a) SIEMPRE
- b) LA MAYORÍA DE LAS VECES
- c) LA MITAD DE LAS VECES
- d) CASI NINGUNA VEZ
- e) NINGUNA VEZ

**¿EN CUÁL DE LOS SIGUIENTES LUGARES CONOCIÓ (O SUELE CONOCER) A SU(S) PAREJA(S) SEXUAL(ES)?**

**54.- ESCUELA**

a) SÍ

b) NO

**55.- REUNIONES O FIESTAS**

a) SÍ

b) NO

- 56.- BARES O DISCOTECAS a) SÍ b) NO
- 57.- CINES a) SÍ b) NO
- 58.- ANUNCIOS DE REVISTAS, PERIÓDICOS O TV a) SÍ b) NO
- 59.- CALLE (VECINOS) a) SÍ b) NO
- 60.- METRO a) SÍ b) NO
- 61.- INTERNET (CHAT, MESSENGER) a) SÍ b) NO
- 62.- ¿A SU PAREJA O ALGUNA DE SUS PAREJAS LE HAN DIAGNOSTICADO SIDA?

- a) SÍ  
 b) NO  
 c) NO SABE } *Pase a la pregunta 64*

63.- CUANDO TIENE O HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON SU PAREJA CON SIDA, ¿HA USADO CONDÓN?

- a) SIEMPRE d) CASI NINGUNA VEZ  
 b) LA MAYORÍA DE LAS VECES e) NINGUNA VEZ  
 c) LA MITAD DE LAS VECES

64.- ¿ALGUNA DE SUS PAREJAS SEXUALES HA MUERTO POR SIDA?

- a) SÍ  
 b) NO  
 c) NO SABE

65.- ¿SU PAREJA O ALGUNA DE SUS PAREJAS SEXUALES ES O HA SIDO USUARIA(O) DE DROGAS INTRAVENOSAS?

- a) SÍ  
 b) NO  
 c) NO SABE } *Pase a la pregunta 67*

66.- CUANDO TIENE O HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON ESTA(S) PAREJA(S), ¿HA USADO CONDÓN?

- a) SIEMPRE  
 b) LA MAYORÍA DE LAS VECES  
 c) LA MITAD DE LAS VECES  
 d) CASI NINGUNA VEZ  
 e) NINGUNA VEZ

67.- ¿SU PAREJA O ALGUNA DE SUS PAREJAS SEXUALES ES O HA SIDO BISEXUAL?

- a) SÍ  
 b) NO  
 c) NO SABE } *Pase a la pregunta 69 y lea el encabezado*

**68.- CUANDO TIENE O HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON ESTA(S) PAREJA(S), ¿HA USADO CONDÓN?**

- a) SIEMPRE
- b) LA MAYORÍA DE LAS VECES
- c) LA MITAD DE LAS VECES
- d) CASI NINGUNA VEZ
- e) NINGUNA VEZ

**LAS SIGUIENTES SON AFIRMACIONES. INDIQUE EN CUÁLES ESTÁ DE ACUERDO Y EN CUÁLES NO. NO HAY RESPUESTAS CORRECTAS O EQUIVOCADAS, SOLAMENTE SON OPINIONES.**

**69.- ES O SERÍA FÁCIL PARA MÍ INCORPORAR LA UTILIZACIÓN DEL CONDÓN EN MI PRÁCTICA SEXUAL (PRÁCTICA DE SEXO PROTEGIDO)**

- a) TOTALMENTE DE ACUERDO
- b) DE ACUERDO EN GENERAL
- c) NO TENGO OPINIÓN AL RESPECTO
- d) EN DESACUERDO EN GENERAL
- e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

**70.- ES O SERÍA FÁCIL PARA MÍ LIMITAR LA CANTIDAD DE PAREJAS SEXUALES**

- a) TOTALMENTE DE ACUERDO
- b) DE ACUERDO EN GENERAL
- c) NO TENGO OPINIÓN AL RESPECTO
- d) EN DESACUERDO EN GENERAL
- e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

**71.- EL USO DEL CONDÓN O PRESERVATIVO EN MIS RELACIONES SEXUALES ME DA O DARÍA TRANQUILIDAD.**

- a) TOTALMENTE DE ACUERDO
- b) DE ACUERDO EN GENERAL
- c) NO TENGO OPINIÓN AL RESPECTO
- d) EN DESACUERDO EN GENERAL
- e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

**72.- ME PRODUCEN O PRODUCIRÍAN DESCONFIANZA LAS PERSONAS QUE USAN CONDÓN.**

- a) TOTALMENTE DE ACUERDO
- b) DE ACUERDO EN GENERAL
- c) NO TENGO OPINIÓN AL RESPECTO
- d) EN DESACUERDO EN GENERAL
- e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

**73.- SE DEBERÍA USAR CONDÓN EN CADA RELACION SEXUAL.**

- a) TOTALMENTE DE ACUERDO
- b) DE ACUERDO EN GENERAL

- c) NO TENGO OPINIÓN AL RESPECTO
- d) EN DESACUERDO EN GENERAL
- e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

**74.- NO TENDRÍA PORQUÉ NOTIFICAR A MI COMPAÑERA(O) DEL RESULTADO DEL EXAMEN, SI FUERA SEROPOSITIVO A VIH.**

- a) TOTALMENTE DE ACUERDO
- b) DE ACUERDO EN GENERAL
- c) NO TENGO OPINIÓN AL RESPECTO
- d) EN DESACUERDO EN GENERAL
- e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

**75.- TENGO SUFICIENTE CONOCIMIENTO SOBRE EL SIDA PARA PODER PROTEGERME**

- a) TOTALMENTE DE ACUERDO
- b) DE ACUERDO EN GENERAL
- c) NO TENGO OPINIÓN AL RESPECTO
- d) EN DESACUERDO EN GENERAL
- e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

**76.- SE DEBERÍA AISLAR A TODAS LAS PERSONAS SEROPOSITIVAS A VIH**

- a) TOTALMENTE DE ACUERDO
- b) DE ACUERDO EN GENERAL
- c) NO TENGO OPINIÓN AL RESPECTO
- d) EN DESACUERDO EN GENERAL
- e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

**77.- EL CONDÓN REDUCE LA SENSACIÓN DE PLACER DE QUIÉN LO USA.**

- a) TOTALMENTE DE ACUERDO
- b) DE ACUERDO EN GENERAL
- c) NO TENGO OPINIÓN AL RESPECTO
- d) EN DESACUERDO EN GENERAL
- e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

**78.- TEMERÍA TENER QUE CUIDAR A UN MIEMBRO DE LA FAMILIA QUE TUVIESE SIDA.**

- a) TOTALMENTE DE ACUERDO
- b) DE ACUERDO EN GENERAL
- c) NO TENGO OPINIÓN AL RESPECTO
- d) EN DESACUERDO EN GENERAL
- e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

**79.- ES NORMAL QUE ALGUIEN QUE TIENE VIDA SEXUAL ACTIVA, ADQUIERA ALGUNA VEZ, ALGUNA INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL.**

- a) TOTALMENTE DE ACUERDO
- b) DE ACUERDO EN GENERAL
- c) NO TENGO OPINIÓN AL RESPECTO
- d) EN DESACUERDO EN GENERAL
- e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

**80.- PENSAR EN APOYAR A ALGUIEN QUE TIENE SIDA ME HACE SENTIR BIEN.**

- a) TOTALMENTE DE ACUERDO
- b) DE ACUERDO EN GENERAL
- c) NO TENGO OPINIÓN AL RESPECTO
- d) EN DESACUERDO EN GENERAL
- e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

**81.- NO DEBERÍA PERMITIRSE QUE PERSONAS CON SIDA SE CASEN.**

- a) TOTALMENTE DE ACUERDO
- b) DE ACUERDO EN GENERAL
- c) NO TENGO OPINIÓN AL RESPECTO
- d) EN DESACUERDO EN GENERAL
- e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

**DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ELIJA LA RESPUESTA QUE  
CONSIDERE CORRECTA.**

**82.- SI USTED FUERA SEROPOSITIVO PARA VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) ¿QUÉ PROBABILIDADES CONSIDERA QUE TENDRIA DE DESARROLLAR SIDA EN LOS PRÓXIMOS 5 AÑOS?**

- a) 0%
- b) 25% A 50%
- c) 75%
- d) 100%
- e) NO SABE

**83.- EL USO DEL CONDÓN EN CADA RELACION SEXUAL, REDUCE LA POSIBILIDAD DE ADQUIRIR ENFERMEDADES DE TRASMISIÓN SEXUAL, PERO NO LA ELIMINA.**

- a) CIERTO
- b) FALSO
- c) NO SÉ

**84.- EL MÉTODO NATURAL ANTICONCEPTIVO MÁS SEGURO EN UNA PAREJA ES EL DEL RITMO.**

- a) CIERTO
- b) FALSO
- c) NO SÉ

**85.- LOS CONDONES O PRESERVATIVOS SE DAÑAN CON LA LUZ, EL CALOR Y TIENEN FECHA DE CADUCIDAD.**

- a) CIERTO
- b) FALSO
- c) NO SÉ

**86.- EL CLORO DESTRUYE EL VIRUS DEL SIDA.**

- a) CIERTO
- b) FALSO
- c) NO SÉ

**87.- EL NONOXYNOL-9 DESTRUYE AL VIRUS DEL SIDA.**

- a) CIERTO
- b) FALSO
- c) NO SÉ

**88.- EL VIRUS DEL SIDA ES CAPAZ DE CRUZAR EL MATERIAL DEL QUE ESTÁN HECHOS LOS CONDOMES.**

- a) CIERTO
- b) FALSO
- c) NO SÉ

**89.- SER SEROPOSITIVO PARA VIH Y ESTAR ENFERMO DE SIDA, ES LO MISMO.**

- a) CIERTO
- b) FALSO
- c) NO SÉ

**90.- EXISTE UNA VACUNA QUE PROTEJA CONTRA EL SIDA.**

- a) CIERTO
- b) FALSO
- c) NO SÉ

**91.- UNA MUJER EMBARAZADA INFECTADA, PUEDE TRANSMITIR EL VIRUS DEL SIDA A SU HIJO**

- a) CIERTO
- b) FALSO
- c) NO SÉ

**92.- EL SIDA SE TRANSMITE POR SECRECIONES VAGINALES.**

- a) CIERTO
- b) FALSO
- c) NO SÉ

**93.- EL SIDA SE TRANSMITE POR SEMEN.**

- a) CIERTO
- b) FALSO
- c) NO SÉ

**94.- EL SEXO PROTEGIDO CONSISTE EN NO DEJAR QUE LOS FLUIDOS SEXUALES ENTREN AL ORGANISMO.**

- a) CIERTO
- b) FALSO
- c) NO SÉ

**95.- LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, PUEDEN SER TRANSMITIDAS DE UNA MUJER EMBARAZADA A SU HIJO.**

- a) CIERTO
- b) FALSO
- c) NO SÉ

**96.- UNA DE LAS FORMAS DE TRANSMISIÓN DEL SIDA ES:**

- a) POR UN BESO EN LA MEJILLA
- b) EN LOS BAÑOS PÚBLICOS
- c) POR TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA
- d) POR CONTACTO CON ANIMALES DOMÉSTICOS
- e) NO SÉ

**97.- ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DE LA EXPOSICIÓN A LA INFECCIÓN, SE PRESENTAN LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA GONORREA?**

- a) INMEDIATAMENTE
- b) DÍAS
- c) SEMANAS
- d) MESES/AÑOS
- e) NO SÉ

**98.- ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DE LA EXPOSICIÓN A LA INFECCIÓN, SE PRESENTAN LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL CONDILOMA?**

- a) INMEDIATAMENTE
- b) DÍAS
- c) SEMANAS
- d) MESES/AÑOS
- e) NO SÉ

**99.- ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DE LA EXPOSICIÓN A LA INFECCIÓN, SE PRESENTAN LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA PEDICULOSIS PÚBLICA?**

- a) INMEDIATAMENTE
- b) DÍAS
- c) SEMANAS
- d) MESES/AÑOS
- e) NO SÉ

**100.- ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DE LA EXPOSICIÓN A LA INFECCIÓN, SE PRESENTAN LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL HERPES GENITAL?**

- a) INMEDIATAMENTE
- b) DÍAS
- c) SEMANAS
- d) MESES/AÑOS
- e) NO SÉ

**101.- ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DE LA EXPOSICIÓN A LA INFECCIÓN, SE PRESENTAN LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA SÍFILIS?**

- a) INMEDIATAMENTE
- b) DÍAS
- c) SEMANAS
- d) MESES/AÑOS
- e) NO SÉ

**102.- ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DE LA EXPOSICIÓN A LA INFECCIÓN, SE PRESENTAN LAS PRIMERAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL SIDA?**

- a) INMEDIATAMENTE
- b) DÍAS
- c) SEMANAS
- d) MESES/AÑOS
- e) NO SÉ

CON RESPECTO A LAS SIGUIENTES INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, MARQUE LA OPCIÓN CORRECTA, DEPENDIENDO DE LA FORMA EN QUE SE MANIFIESTA CLÍNICAMENTE (PUEDE MARCAR MÁS DE UNA OPCIÓN), SI DESCONOCE LA RESPUESTA, DEJE EN BLANCO LA PREGUNTA.

**103.- LA GONORREA SE MANIFIESTA CLÍNICAMENTE MEDIANTE:**

- a) SECRECIÓN PURULENTO EN URETRA Y/O VAGINA
- b) ARDOR AL ORINAR
- c) VERRUGAS CON ASPECTO DE COLIFLOR EN GENITALES
- d) COMEZÓN EN PUBIS
- e) VESÍCULAS

**104.- EL CONDILOMA, SE MANIFIESTA CLÍNICAMENTE MEDIANTE:**

- a) SECRECIÓN PURULENTO EN URETRA O VAGINA
- b) ARDOR AL ORINAR
- c) VERRUGAS CON ASPECTO DE COLIFLOR EN GENITALES
- d) COMEZÓN EN PUBIS
- e) VESÍCULAS

**105.- LA PEDICULOSIS PÚBICA (LADILLAS) SE MANIFIESTA CLÍNICAMENTE MEDIANTE:**

- a) SECRECIÓN PURULENTO EN URETRA O VAGINA
- b) ARDOR AL ORINAR
- c) VERRUGAS CON ASPECTO DE COLIFLOR EN GENITALES
- d) COMEZÓN EN PUBIS
- e) VESÍCULAS

**106.- EL HERPES GENITAL SE MANIFIESTA CLÍNICAMENTE MEDIANTE:**

- a) SECRECIÓN PURULENTO EN URETRA O VAGINA
- b) ARDOR AL ORINAR
- c) VERRUGAS CON ASPECTO DE COLIFLOR EN GENITALES
- d) COMEZÓN EN PUBIS
- e) VESÍCULAS

**107.- LA SÍFILIS SE MANIFIESTA CLÍNICAMENTE MEDIANTE:**

- a) SECRECIÓN PURULENTO EN URETRA O VAGINA
- b) ARDOR AL ORINAR
- c) VERRUGAS CON ASPECTO DE COLIFLOR EN GENITALES
- d) COMEZÓN EN PUBIS
- e) VESÍCULAS

**108.- EL VIH (VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA) SE MANIFIESTA CLÍNICAMENTE MEDIANTE:**

- a) SECRECIÓN PURULENTO EN URETRA O VAGINA
- b) ARDOR AL ORINAR
- c) VERRUGAS CON ASPECTO DE COLIFLOR EN GENITALES
- d) COMEZÓN
- e) NINGÚN SÍNTOMA

**109.- EL SIDA (SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA) SE MANIFIESTA CLÍNICAMENTE MEDIANTE:**

- a) SECRECIÓN PURULENTO EN URETRA O VAGINA
- b) ARDOR AL ORINAR
- c) VERRUGAS CON ASPECTO DE COLIFLOR EN GENITALES
- d) COMEZÓN
- e) NINGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS

CON RESPECTO A LAS SIGUIENTES INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, MARQUE LA OPCIÓN CORRECTA, DEPENDIENDO DE LA FORMA EN QUE SE PUEDEN PREVENIR (PUEDE MARCAR MÁS DE UNA OPCIÓN), SI DESCONOCE LA RESPUESTA, DEJE EN BLANCO LA PREGUNTA.

**110.- LA GONORREA SE PUEDE PREVENIR CON:**

- a) FIDELIDAD MUTUA CON PAREJA NO INFECTADA
- b) RELACIONES SEXUALES CASUALES
- c) USO DE CONDÓN
- d) TRATAMIENTO CON ANTIBIOTICOS O ANTIVIRALES
- e) RETRASAR EL INICIO DE LA VIDA SEXUAL

**111.- EL CONDILOMA SE PUEDE PREVENIR CON:**

- a) FIDELIDAD MUTUA CON PAREJA NO INFECTADA
- b) RELACIONES SEXUALES CASUALES
- c) USO DE CONDÓN
- d) TRATAMIENTO CON ANTIBIOTICOS O ANTIVIRALES
- e) RETRASAR EL INICIO DE LA VIDA SEXUAL

**112.- LA PEDICULOSIS PÚBLICA (LADILLAS) SE PUEDE PREVENIR CON:**

- a) FIDELIDAD MUTUA CON PAREJA NO INFECTADA
- b) RELACIONES SEXUALES CASUALES
- c) HIGIENE PERSONAL
- d) TRATAMIENTO CON ANTIBIOTICOS O ANTIVIRALES
- e) RETRASAR EL INICIO DE LA VIDA SEXUAL

**113.- LA SÍFILIS SE PUEDE PREVENIR CON:**

- a) FIDELIDAD MUTUA CON PAREJA NO INFECTADA
- b) RELACIONES SEXUALES CASUALES
- c) USO DE CONDÓN
- d) TRATAMIENTO CON ANTIBIOTICOS O ANTIVIRALES
- e) RETRASAR EL INICIO DE LA VIDA SEXUAL

**114.- EL VIH SE PUEDE PREVENIR CON:**

- a) FIDELIDAD MUTUA CON PAREJA NO INFECTADA
- b) RELACIONES SEXUALES CASUALES
- c) USO DE CONDÓN
- d) TRATAMIENTO CON ANTIBIOTICOS O ANTIVIRALES
- e) RETRASAR EL INICIO DE LA VIDA SEXUAL

**115.- EL SIDA SE PUEDE PREVENIR CON:**

- a) FIDELIDAD MUTUA CON PAREJA NO INFECTADA
- b) RELACIONES SEXUALES CASUALES
- c) USO DE CONDÓN
- d) TRATAMIENTO CON ANTIBIOTICOS O ANTIVIRALES
- e) RETRASAR EL INICIO DE LA VIDA SEXUAL

# **CUESTIONARIO MUJERES**

***UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO***

***FACULTAD DE MEDICINA***

***DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA***

ESTE ES UN CUESTIONARIO QUE SE HA DISEÑADO PARA QUE LO RESPONDA USTED MISMA.

CONTIENE ASPECTOS SOBRE ALGUNOS HÁBITOS Y OPINIONES SUYAS, CON RESPECTO A INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL. TAMBIÉN INCLUYE PREGUNTAS DE CARACTER PERSONAL, POR LO QUE CABE ENFATIZAR QUE LA INFORMACIÓN QUE NOS PROPORCIONE, SERÁ UTILIZADA ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE CON FINES ESTADÍSTICOS Y DE INVESTIGACIÓN MÉDICA.

AUNQUE MUCHAS DE LAS PREGUNTAS INCLUYEN ASPECTOS ÍNTIMOS DE SU VIDA, LE GARANTIZAMOS LA ABSOLUTA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN QUE NOS PROPORCIONE Y LE SOLICITAMOS NOS RESPONDA CON SINCERIDAD.

SI ALGUNA PREGUNTA NO ES LO SUFICIENTEMENTE CLARA, POR FAVOR DÍGASELO AL ENTREVISTADOR

**GRACIAS POR SU TIEMPO**

## **INFORMACIÓN ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL**

En el lector óptico, deje en blanco los círculos que dicen "EXAMEN" y "DEPARTAMENTAL". En donde dice "VERSIÓN" se anotará el sexo, rellene el círculo del número 1 si es usted hombre y el del número 2 si es usted mujer. Enseguida anote la fecha del día de hoy tal como se le indica en el lector. En donde dice "FOLIO" anote su edad. Para ello hay 4 espacios; rellene los círculos del "0" en las dos primeras columnas y en las siguientes rellene los números que correspondan a su edad. Por ejemplo, si usted tiene 16 años, rellenará los círculos: 0016. Inicie ahora a responder la encuesta, directamente en el lector óptico.

### **1.- ¿CUÁL ES SU ESTADO CIVIL?**

- a) SOLTERA
- b) CASADA
- c) UNIÓN LIBRE
- d) SEPARADA/DIVORCIADA
- e) VIUDA

### **2- ¿CUÁNTOS CUARTOS TIENE SU CASA? SIN CONTAR COCINA, BAÑOS, NI PASILLOS.**

- a) UNO
- b) DOS
- c) TRES
- d) CUATRO
- e) CINCO O MÁS

### **3- ¿CUÁNTOS DE ESTOS CUARTOS SE USAN COMO DORMITORIO?**

- a) UNO
- b) DOS
- c) TRES
- d) CUATRO
- e) CINCO O MÁS

### **4- ¿CUÁNTAS PERSONAS VIVEN EN SU CASA (COMEN Y DUERMEN), INCLUYENDO NIÑOS Y RECIÉN NACIDOS?**

- f) UNO
- g) DOS
- h) TRES
- i) CUATRO
- j) CINCO O MÁS

### **5.- ¿CUÁL ES SU RELIGIÓN?**

- f) CATÓLICA
- g) PROTESTANTE O EVANGÉLICA
- h) JUDÁICA
- i) NINGUNA
- j) OTRA

### **6.- ADEMÁS DE ESTUDIAR, ¿TIENE UD. OTRA OCUPACIÓN?**

- c) SÍ
- d) NO (*Pase a la pregunta 8*)

**7.- ¿A QUÉ SE DEDICA UD. ADEMÁS DE ESTUDIAR? (SI TIENE DOS O MÁS ANOTE LA PRINCIPAL ECONÓMICAMENTE)**

- f) COMERCIANTE
- g) OBRERA
- h) TRABAJADORA POR CUENTA PROPIA
- i) EMPLEADA DE GOBIERNO
- j) EMPLEADA DEL SECTOR PRIVADO

**8.- ¿CUÁL ES LA ESCOLARIDAD DE SU PADRE O TUTOR? (SI NO LA SABE, DEJE ESTA PREGUNTA EN BLANCO)**

- f) NO FUE A LA ESCUELA
- g) PRIMARIA
- h) SECUNDARIA O PREVOCACIONAL
- i) PREPARATORIA O VOCACIONAL
- j) LICENCIATURA O MÁS

**9.- ¿CUÁL ES LA ESCOLARIDAD DE SU MADRE O TUTORA? (SI NO LA SABE, DEJE ESTA PREGUNTA EN BLANCO)**

- f) NO FUE A LA ESCUELA
- g) PRIMARIA
- h) SECUNDARIA O PREVOCACIONAL
- i) PREPARATORIA O VOCACIONAL
- j) LICENCIATURA O MÁS

**EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES, ¿HA TENIDO POR MÁS DE 15 DÍAS EN FORMA CONTINUA O INTERMITENTE LO SIGUIENTE?:**

**10.- PÉRDIDA DE PESO (MÁS DE 5 Kg.) SIN MOTIVO APARENTE:** a) SÍ b) NO

**11.- FIEBRE:** a) SÍ b) NO

**12.- DIARREA:** a) SÍ b) NO

**13.- MANCHAS BLANCAS EN LA LENGUA (ALGODONCILLO):** a) SÍ b) NO

**14.- NÓDULOS O “BOLAS” GRANDES EN CUELLO, AXILAS O  
ÍNGLES (GANGLIOS INFLAMADOS):** a) SÍ b) NO

**15.- DEBILIDAD QUE LE OBLIGUE A PERMANECER EN CAMA:** a) SÍ b) NO

**16.- ¿HA RECIBIDO AZT DURANTE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES?**

- d) SÍ
- e) NO
- f) NO SABE

**ANTECEDENTES GINECO - OBSTÉTRICOS**

**17.- ¿QUÉ EDAD TENÍA CUANDO TUVO SU PRIMERA REGLA O MENSTRUACIÓN?**

- a) ANTES DE LOS 10 AÑOS
- b) ENTRE LOS 10 Y 12 AÑOS
- c) ENTRE LOS 13 Y 15 AÑOS
- d) ENTRE LOS 16 Y 18 AÑOS
- e) DESPUÉS DE LOS 18 AÑOS

**18.- ¿HA INICIADO RELACIONES SEXUALES?**

- a) SÍ
- b) NO (*Pase a la pregunta 73 y lea el encabezado*)

**19.- ¿A QUÉ EDAD TUVO SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL, (CON PENETRACIÓN)?**

- a) ANTES DE LOS 10 AÑOS
- b) ENTRE LOS 10 Y 12 AÑOS
- c) ENTRE LOS 13 Y 15 AÑOS
- d) ENTRE LOS 16 Y 18 AÑOS
- e) DESPUÉS DE LOS 18 AÑOS

**20.- ESA PRIMERA VEZ ¿USARON CONDÓN?**

- a) SÍ (*Pase a la pregunta 22*)
- b) NO

**21.- ¿PORQUÉ NO USARON CONDÓN?**

- a) NO HABÍA UNO DISPONIBLE
- b) MI PAREJA NO QUERÍA
- c) YO NO QUERÍA
- d) NO RECUERDA
- e) NO LO CONSIDERAMOS NECESARIO, NOS TENÍAMOS CONFIANZA

**22.- ¿QUÉ EDAD TENÍA LA PERSONA CON QUIÉN TUVO RELACIONES SEXUALES POR PRIMERA VEZ?**

- a) MENOS DE 10 AÑOS
- b) ENTRE 10 Y 12 AÑOS
- c) ENTRE 13 Y 15 AÑOS
- d) ENTRE 16 Y 18 AÑOS
- e) MAS DE 18 AÑOS

**23.- EN SU VIDA SEXUAL, ¿HA USADO ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO CON SU PAREJA?**

- a) SÍ
- b) NO (*Pase a la pregunta 38*)

**EN TODA SU VIDA DE LOS SIGUIENTES MÉTODOS ¿CUÁLES HA UTILIZADO ALGUNA VEZ?**

- 24.- PASTILLAS a) SÍ b) NO
- 25.- INYECCIONES HORMONALES a) SÍ b) NO
- 26.- ÓVULOS a) SÍ b) NO
- 27.- DIAFRAGMA a) SÍ b) NO
- 28.- DISPOSITIVO INTRAUTERINO a) SÍ b) NO
- 29.- ESPUMAS a) SÍ b) NO
- 30.- CONDÓN MASCULINO a) SÍ b) NO
- 31.- CONDÓN FEMENINO a) SÍ b) NO
- 32.- VASECTOMÍA EN SU PAREJA a) SÍ b) NO
- 33.- MÉTODO DEL RITMO a) SÍ b) NO
- 34.- COITO INTERRUMPIDO a) SÍ b) NO
- 35.- PASTILLA DEL DÍA SIGUIENTE a) SÍ b) NO (PASE A LA 37)

**36.- LA PASTILLA DEL DÍA SIGUIENTE, EN ESTE ÚLTIMO AÑO ¿CUÁNTAS VECES LA HA UTILIZADO?**

- a) UNA VEZ
- b) DOS A TRES VECES
- c) CUATRO A SEIS
- d) SIETE O MÁS

**37.- ¿CÚAL FUE EL PRIMER MÉTODO QUE UTILIZÓ USTED EN SU VIDA?**

- f) ESPUMAS
- g) MÉTODO DEL RITMO
- h) COITO INTERRUMPIDO
- i) CONDÓN MASCULINO
- j) PASTILLA DEL DÍA SIGUIENTE

**38.- ¿USTED HA ESTADO EMBARAZADA?**

- a) SÍ
- b) NO (*Pase a la pregunta 46*)

**39.- ¿A QUÉ EDAD TUVO UD. SU PRIMER EMBARAZO?**

- a) MENOS DE 13 AÑOS
- b) ENTRE 13 Y 14 AÑOS
- c) ENTRE 15 Y 16 AÑOS
- d) ENTRE 17 Y 18 AÑOS
- e) MÁS DE 18 AÑOS

**40.- ¿CUÁNTAS VECES HA ESTADO EMBARAZADA?**

- a) NINGUNA (*Pase a la pregunta 46*)
- b) UNA VEZ
- c) DOS VECES
- d) TRES VECES O MÁS

**41.- ¿CUÁNTOS ABORTOS HA TENIDO?**

- a) NINGUNO (*Pase a la pregunta 44*)
- b) UNO
- c) DOS
- d) TRES O MÁS

**42.- ¿ALGUNO DE ESOS ABORTOS FUE PROVOCADO?**

- a) SÍ
- b) NO (*Pase a la pregunta 44*)

**43.- ¿QUÉ EDAD TENÍA USTED, CUANDO ESTO SUCEDIÓ?**

- a) MENOS DE 13 AÑOS
- b) ENTRE 13 Y 14 AÑOS
- c) ENTRE 15 Y 16 AÑOS
- d) ENTRE 17 Y 18 AÑOS
- e) MÁS DE 18 AÑOS

**44.- ¿ESTÁ ACTUALMENTE EMBARAZADA?**

- 1) SÍ
- 2) NO (*Pase a la pregunta 46*)

**45.- ¿CUÁNTOS MESES TIENE DE EMBARAZO?**

- a) UNO O MENOS
- b) 2 Ó 3 MESES
- c) 4 Ó 5 MESES
- d) 6 Ó 7 MESES
- e) 8 Ó 9 MESES

**¿ALGUNA VEZ EN SU VIDA HA PADECIDO O LE HAN DIAGNOSTICADO LO SIGUIENTE?**

- |   |       |       |
|---|-------|-------|
| <b>46.- SECRECIÓN CON PUS POR LA VAGINA (GONORREA)</b>                      | a) SÍ | b) NO |
| <b>47.- CARNOSIDAD VERRUGOSA (CONDILOMAS)</b>                               | a) SÍ | b) NO |
| <b>48.- LADILLAS O PIOJOS PÚBICOS (PEDICULOSIS PÚBICA)</b>                  | a) SÍ | b) NO |
| <b>49.- VESICULAS CON ARDOR Y COMEZÓN EN GENITALES (HERPES)</b>             | a) SÍ | b) NO |
| <b>50.- ÚLCERA EN GENITALES Y GANGLIOS INFLAMADOS EN LA INGLE (SÍFILIS)</b> | a) SÍ | b) NO |
| <b>51.- VIH / SIDA</b>  | a) SÍ | b) NO |

**52.- USTED PREFERE TENER RELACIONES SEXUALES:**

- a) ÚNICAMENTE CON HOMBRES
- b) ÚNICAMENTE CON MUJERES
- c) CON HOMBRES Y MUJERES POR IGUAL
- d) CON HOMBRES LA MAYORÍA DE LAS VECES Y OCASIONALMENTE CON MUJERES
- e) CON MUJERES LA MAYORÍA DE LAS VECES Y OCASIONALMENE CON HOMBRES

**53.- ¿CON CUÁNTOS HOMBRES HA TENIDO RELACIONES SEXUALES (CON PENETRACIÓN)?**

- a) NINGUNO (*Pase a la pregunta 73 y lea el encabezado*)
- b) UNO
- c) DOS
- d) TRES
- e) CUATRO O MÁS

**54.- EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES DE EL(LOS) HOMBRE(S) CON QUIEN(ES) HA TENIDO RELACIONES SEXUALES ¿CUÁNTOS HAN SIDO PAREJAS ESTABLES (NO CASUALES, ES DECIR, CON QUIEN SALE USTED EXCLUSIVAMENTE)?**

- a) NINGUNA (*Pase a la pregunta 56*)
- b) UNA
- c) DOS
- d) TRES O MÁS
- e) NO HE TENIDO RELACIONES SEXUALES EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES

**55.- CUANDO HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON SU(S) PAREJA(S) ESTABLE(S) ¿USA CONDÓN?**

- a) SIEMPRE
- b) LA MAYORÍA DE LAS VECES
- c) LA MITAD DE LAS VECES
- d) CASI NINGUNA VEZ
- e) NINGUNA VEZ

**56.- EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, DE EL (LOS) HOMBRE(S) CON QUIEN(ES) HA TENIDO RELACIONES SEXUALES ¿CUÁNTOS HAN SIDO PAREJAS CASUALES (CON QUIEN NO SALE USTED EXCLUSIVAMENTE, PERO TUVO RELACIONES SEXUALES Y NO PAGÓ POR ELLO)?**

- a) NINGUNA (*Pase a la pregunta 58*)
- b) UNA
- c) DOS
- d) TRES O MÁS
- e) NO HE TENIDO RELACIONES SEXUALES EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES

**57.- CUANDO HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON SU COMPAÑERO(S) CASUAL(ES)  
¿USA CONDÓN?**

- a) SIEMPRE
- b) LA MAYORÍA DE LAS VECES
- c) LA MITAD DE LAS VECES
- d) CASI NINGUNA VEZ
- e) NINGUNA VEZ

**¿EN CUÁL DE LOS SIGUIENTES LUGARES CONOCIÓ (O SUELE CONOCER) A SU(S)  
PAREJA(S) SEXUAL(ES)?**

- |   |       |       |
|---|-------|-------|
| <b>58.- ESCUELA</b>                               | a) SÍ | b) NO |
| <b>59.- REUNIONES O FIESTAS</b>                   | a) SÍ | b) NO |
| <b>60.- BARES O DISCOTECAS</b>                    | a) SÍ | b) NO |
| <b>61.- CINES</b>                                 | a) SÍ | b) NO |
| <b>62.- ANUNCIOS DE REVISTAS, PERIÓDICOS O TV</b> | a) SÍ | b) NO |
| <b>63.- CALLE</b>                                 | a) SÍ | b) NO |
| <b>64.- METRO</b>                                 | a) SÍ | b) NO |
| <b>65.- INTERNET (CHAT, MESSENGER)</b>            | a) SÍ | b) NO |

**66.- ¿A SU PAREJA O ALGUNA DE SUS PAREJAS LE HAN DIAGNOSTICADO SIDA?**

- a) SÍ
  - b) NO
  - c) NO SABE
- } *Pase a la pregunta 68*

**67.- CUANDO TIENE O HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON SU PAREJA CON SIDA,  
¿HA USADO CONDÓN?**

- a) SIEMPRE
- b) LA MAYORÍA DE LAS VECES
- c) LA MITAD DE LAS VECES
- d) CASI NINGUNA VEZ
- e) NINGUNA VEZ

**68.- ¿ALGUNA DE SUS PAREJAS SEXUALES HA MUERTO POR SIDA?**

- a) SÍ
- b) NO
- c) NO SABE

**69.- ¿SU PAREJA O ALGUNA DE SUS PAREJAS SEXUALES ES O HA SIDO USUARIO DE  
DROGAS INTRAVENOSAS?**

- a) SÍ
  - b) NO
  - c) NO SABE
- } *Pase a la pregunta 71*

**70.- CUANDO TIENE O HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON ESTA(S) PAREJA(S), ¿HA USADO CONDÓN?**

- a) SIEMPRE
- b) LA MAYORÍA DE LAS VECES
- c) LA MITAD DE LAS VECES
- d) CASI NINGUNA VEZ
- e) NINGUNA VEZ

**71.- ¿SU PAREJA O ALGUNA DE SUS PAREJAS SEXUALES ES O HA SIDO BISEXUAL?**

- a) SÍ
  - b) NO
  - c) NO SABE
- } *Pase a la pregunta 73 y lea el encabezado*

**72.- CUANDO TIENE O HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON ESTA(S) PAREJA(S), ¿HA USADO CONDÓN?**

- a) SIEMPRE
- b) LA MAYORÍA DE LAS VECES
- c) LA MITAD DE LAS VECES
- d) CASI NINGUNA VEZ
- e) NINGUNA VEZ

**LAS SIGUIENTES SON AFIRMACIONES. INDIQUE EN CUÁLES ESTÁ DE ACUERDO Y EN CUALES NO. NO HAY RESPUESTAS CORRECTAS O EQUIVOCADAS, SOLAMENTE SON OPINIONES.**

**73.- ES O SERÍA FÁCIL PARA MÍ INCORPORAR LA UTILIZACIÓN DEL CONDÓN EN MI PRÁCTICA SEXUAL (PRÁCTICA DE SEXO PROTEGIDO)**

- a) TOTALMENTE DE ACUERDO
- b) DE ACUERDO EN GENERAL
- c) NO TENGO OPINIÓN AL RESPECTO
- d) EN DESACUERDO EN GENERAL
- e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

**74.- ES O SERÍA FÁCIL PARA MÍ LIMITAR LA CANTIDAD DE PAREJAS SEXUALES**

- a) TOTALMENTE DE ACUERDO
- b) DE ACUERDO EN GENERAL
- c) NO TENGO OPINIÓN AL RESPECTO
- d) EN DESACUERDO EN GENERAL
- e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

**75.- EL USO DEL CONDÓN O PRESERVATIVO EN MIS RELACIONES SEXUALES ME DA O DARÍA TRANQUILIDAD.**

- a) TOTALMENTE DE ACUERDO
- b) DE ACUERDO EN GENERAL

- c) NO TENGO OPINIÓN AL RESPECTO
- d) EN DESACUERDO EN GENERAL
- e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

**76.- ME PRODUCEN O PRODUCIRÍAN DESCONFIANZA LAS PERSONAS QUE USAN CONDÓN.**

- a) TOTALMENTE DE ACUERDO
- b) DE ACUERDO EN GENERAL
- c) NO TENGO OPINIÓN AL RESPECTO
- d) EN DESACUERDO EN GENERAL
- e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

**77.- SE DEBERÍA USAR CONDÓN EN CADA RELACION SEXUAL.**

- TOTALMENTE DE ACUERDO
- a) DE ACUERDO EN GENERAL
- b) NO TENGO OPINIÓN AL RESPECTO
- c) EN DESACUERDO EN GENERAL
- d) TOTALMENTE EN DESACUERDO

**78.- NO TENDRÍA PORQUÉ NOTIFICAR A MI COMPAÑERA(O) DEL RESULTADO DEL EXAMEN, SI FUERA SEROPOSITIVO A VIH.**

- a) TOTALMENTE DE ACUERDO
- b) DE ACUERDO EN GENERAL
- c) NO TENGO OPINIÓN AL RESPECTO
- d) EN DESACUERDO EN GENERAL
- e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

**79.- TENGO SUFICIENTE CONOCIMIENTO SOBRE LA TRANSMISIÓN DEL SIDA PARA PODER PROTEGERME**

- a) TOTALMENTE DE ACUERDO
- b) DE ACUERDO EN GENERAL
- c) NO TENGO OPINIÓN AL RESPECTO
- d) EN DESACUERDO EN GENERAL
- e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

**80.- SE DEBERÍA AISLAR A TODAS LAS PERSONAS SEROPOSITIVAS A VIH**

- a) TOTALMENTE DE ACUERDO
- b) DE ACUERDO EN GENERAL
- c) NO TENGO OPINIÓN AL RESPECTO
- d) EN DESACUERDO EN GENERAL
- e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

**81.- EL CONDÓN REDUCE LA SENSACIÓN DE PLACER DE QUIÉN LO USA.**

- a) TOTALMENTE DE ACUERDO
- b) DE ACUERDO EN GENERAL
- c) NO TENGO OPINIÓN AL RESPECTO
- d) EN DESACUERDO EN GENERAL
- e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

**82.- TEMERÍA TENER QUE CUIDAR A UN MIEMBRO DE LA FAMILIA QUE TUVIESE SIDA.**

- a) TOTALMENTE DE ACUERDO
- b) DE ACUERDO EN GENERAL
- c) NO TENGO OPINIÓN AL RESPECTO
- d) EN DESACUERDO EN GENERAL
- e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

**83.- ES NORMAL QUE ALGUIEN QUE TIENE VIDA SEXUAL ACTIVA, ADQUIERA ALGUNA VEZ, ALGUNA INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL.**

- a) TOTALMENTE DE ACUERDO
- b) DE ACUERDO EN GENERAL
- c) NO TENGO OPINIÓN AL RESPECTO
- d) EN DESACUERDO EN GENERAL
- e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

**84.- PENSAR EN APOYAR A ALGUIEN QUE TIENE SIDA ME HACE SENTIR BIEN.**

- a) TOTALMENTE DE ACUERDO
- b) DE ACUERDO EN GENERAL
- c) NO TENGO OPINIÓN AL RESPECTO
- d) EN DESACUERDO EN GENERAL
- e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

**85.- NO DEBERÍA PERMITIRSE QUE PERSONAS CON SIDA SE CASEN.**

- a) TOTALMENTE DE ACUERDO
- b) DE ACUERDO EN GENERAL
- c) NO TENGO OPINIÓN AL RESPECTO
- d) EN DESACUERDO EN GENERAL
- e) TOTALMENTE EN DESACUERDO

**DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ELIJA LA RESPUESTA QUE CONSIDERE CORRECTA.**

**86.- SI USTED FUERA SEROPOSITIVO PARA VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) ¿QUÉ PROBABILIDADES CONSIDERA QUE TENDRIA DE DESARROLLAR SIDA EN LOS PRÓXIMOS 5 AÑOS?**

- a) 0%
- b) 25% A 50%
- c) 75%
- d) 100%
- e) NO SÉ

**87.- EL USO DEL CONDÓN EN CADA RELACION SEXUAL, REDUCE LA POSIBILIDAD DE ADQUIRIR ENFERMEDADES DE TRASMISIÓN SEXUAL, PERO NO LA ELIMINA.**

- a) CIERTO
- b) FALSO
- c) NO SÉ

**88.- EL MÉTODO NATURAL ANTICONCEPTIVO MÁS SEGURO EN UNA PAREJA ES EL DEL RITMO.**

- a) CIERTO
- b) FALSO
- c) NO SÉ

**89.- LOS CONDONES O PRESERVATIVOS SE DAÑAN CON LA LUZ, EL CALOR Y TIENEN FECHA DE CADUCIDAD.**

- a) CIERTO
- b) FALSO
- c) NO SÉ

**90.- EL CLORO DESTRUYE EL VIRUS DEL SIDA.**

- a) CIERTO
- b) FALSO
- c) NO SÉ

**91.- EL NONOXYNOL-9 DESTRUYE AL VIRUS DEL SIDA.**

- a) CIERTO
- b) FALSO
- c) NO SÉ

**92.- EL VIRUS DEL SIDA ES CAPAZ DE CRUZAR EL MATERIAL DEL QUE ESTÁN HECHOS LOS CONDONES.**

- a) CIERTO
- b) FALSO
- c) NO SÉ

**93.- SER SEROPOSITIVO PARA VIH Y ESTAR ENFERMO DE SIDA, ES LO MISMO.**

- a) CIERTO
- b) FALSO
- c) NO SÉ

**94.- EXISTE UNA VACUNA QUE PROTEJA CONTRA EL SIDA.**

- a) CIERTO
- b) FALSO
- c) NO SÉ

**95.- UNA MUJER EMBARAZADA INFECTADA, PUEDE TRANSMITIR EL VIRUS DEL SIDA A SU HIJO**

- a) CIERTO
- b) FALSO
- c) NO SÉ

**96.- EL SIDA SE TRANSMITE POR SECRECIONES VAGINALES.**

- a) CIERTO
- b) FALSO
- c) NO S

**97.- EL SIDA SE TRANSMITE POR SEMEN.**

- a) CIERTO
- b) FALSO
- c) NO SÉ

**98.- EL SEXO PROTEGIDO CONSISTE EN NO DEJAR QUE LOS FLUIDOS SEXUALES ENTREN AL ORGANISMO.**

- a) CIERTO
- b) FALSO
- c) NO SÉ

**99.- LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, PUEDEN SER TRANSMITIDAS DE UNA MUJER EMBARAZADA A SU HIJO.**

- a) CIERTO
- b) FALSO
- c) NO SÉ

**100.- UNA DE LAS FORMAS DE TRANSMISIÓN DEL SIDA ES:**

- a) POR UN BESO EN LA MEJILLA ANIMALES DOMÉSTICOS
- b) EN LOS BAÑOS PÚBLICOS
- c) POR TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA
- d) POR CONTACTO CON
- e) NO SÉ

**101.- ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DE LA EXPOSICIÓN A LA INFECCIÓN, SE PRESENTAN LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA GONORREA?**

- a) INMEDIATAMENTE
- b) DÍAS
- c) SEMANAS
- d) MESES/AÑOS
- e) NO SÉ

**102.- ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DE LA EXPOSICIÓN A LA INFECCIÓN, SE PRESENTAN LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL CONDILOMA?**

- a) INMEDIATAMENTE
- b) DÍAS
- c) SEMANAS
- d) MESES/AÑOS
- e) NO SÉ

**103.- ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DE LA EXPOSICIÓN A LA INFECCIÓN, SE PRESENTAN LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA PEDICULOSIS PÚBLICA?**

- f) INMEDIATAMENTE
- g) DÍAS
- h) SEMANAS
- d) MESES/AÑOS
- e) NO SÉ

**104.- ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DE LA EXPOSICIÓN A LA INFECCIÓN, SE PRESENTAN LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL HERPES GENITAL?**

- a) INMEDIATAMENTE
- b) DÍAS
- c) SEMANAS
- d) MESES/AÑOS
- e) NO SÉ

**105.- ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DE LA EXPOSICIÓN A LA INFECCIÓN, SE PRESENTAN LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA SÍFILIS?**

- a) INMEDIATAMENTE
- b) DÍAS
- c) SEMANAS
- d) MESES/AÑOS
- e) NO SÉ

**106.- ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DE LA EXPOSICIÓN A LA INFECCIÓN, SE PRESENTAN LAS PRIMERAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL SIDA?**

- a) INMEDIATAMENTE
- b) DÍAS
- c) SEMANAS
- d) MESES/AÑOS
- e) NO SÉ

CON RESPECTO A LAS SIGUIENTES INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, MARQUE LA OPCIÓN CORRECTA, DEPENDIENDO DE LA FORMA EN QUE SE MANIFIESTA CLÍNICAMENTE (PUEDE MARCAR MÁS DE UNA OPCIÓN), SI DESCONOCE LA RESPUESTA, DEJE EN BLANCO LA PREGUNTA

**107.- LA GONORREA SE MANIFIESTA CLÍNICAMENTE MEDIANTE:**

- a) SECRECIÓN PURULENTO EN URETRA Y/O VAGINA
- b) ARDOR AL ORINAR
- c) VERRUGAS CON ASPECTO DE COLIFLOR EN GENITALES
- d) COMEZÓN EN PUBIS
- e) VESÍCULAS

**108.- EL CONDILOMA, SE MANIFIESTA CLÍNICAMENTE MEDIANTE:**

- a) SECRECIÓN PURULENTO EN URETRA O VAGINA
- b) ARDOR AL ORINAR
- c) VERRUGAS CON ASPECTO DE COLIFLOR EN GENITALES
- d) COMEZÓN EN PUBIS
- e) VESÍCULAS

**109.- LA PEDICULOSIS PÚBLICA (LADILLAS) SE MANIFIESTA CLÍNICAMENTE MEDIANTE:**

- a) SECRECIÓN PURULENTO EN URETRA O VAGINA
- b) ARDOR AL ORINAR
- c) VERRUGAS CON ASPECTO DE COLIFLOR EN GENITALES
- d) COMEZÓN EN PUBIS
- e) VESÍCULAS

**110.- EL HERPES GENITAL SE MANIFIESTA CLÍNICAMENTE MEDIANTE:**

- a) SECRECIÓN PURULENTO EN URETRA O VAGINA
- b) ARDOR AL ORINAR
- c) VERRUGAS CON ASPECTO DE COLIFLOR EN GENITALES
- d) COMEZÓN EN PUBIS
- e) VESÍCULAS

**111.- LA SÍFILIS SE MANIFIESTA CLÍNICAMENTE MEDIANTE:**

- a) SECRECIÓN PURULENTO EN URETRA O VAGINA
- b) ARDOR AL ORINAR
- c) VERRUGAS CON ASPECTO DE COLIFLOR EN GENITALES
- d) COMEZÓN EN PUBIS
- e) VESÍCULAS

**112.- EL VIH (VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA) SE MANIFIESTA CLÍNICAMENTE MEDIANTE:**

- a) SECRECIÓN PURULENTO EN URETRA O VAGINA
- b) ARDOR AL ORINAR
- c) VERRUGAS CON ASPECTO DE COLIFLOR EN GENITALES
- d) COMEZÓN
- e) NINGÚN SÍNTOMA

**113.- EL SIDA (SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA), SE MANIFIESTA CLÍNICAMENTE MEDIANTE:**

- a) SECRECIÓN PURULENTO EN URETRA O VAGINA
- b) ARDOR AL ORINAR
- c) VERRUGAS CON ASPECTO DE COLIFLOR EN GENITALES
- d) COMEZÓN
- e) NINGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS

CON RESPECTO A LAS SIGUIENTES INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, MARQUE LA OPCIÓN CORRECTA, DEPENDIENDO DE LA FORMA EN QUE SE PUEDEN PREVENIR (PUEDE MARCAR MÁS DE UNA OPCIÓN), SI DESCONOCE LA RESPUESTA, DEJE EN BLANCO LA PREGUNTA.

**114.- LA GONORREA SE PUEDE PREVENIR CON:**

- a) FIDELIDAD MUTUA CON PAREJA NO INFECTADA
- b) RELACIONES SEXUALES CASUALES
- c) USO DE CONDÓN
- d) TRATAMIENTO CON ANTIBIOTICOS O ANTIVIRALES
- e) RETRASAR EL INICIO DE LA VIDA SEXUAL

**115.- EL CONDILOMA SE PUEDE PREVENIR CON:**

- a) FIDELIDAD MUTUA CON PAREJA NO INFECTADA
- b) RELACIONES SEXUALES CASUALES
- c) USO DE CONDÓN
- d) TRATAMIENTO CON ANTIBIOTICOS O ANTIVIRALES
- e) RETRASAR EL INICIO DE LA VIDA SEXUAL

**116.- LA PEDICULOSIS PÚBLICA (LADILLAS) SE PUEDE PREVENIR CON:**

- a) FIDELIDAD MUTUA CON PAREJA NO INFECTADA
- b) RELACIONES SEXUALES CASUALES
- c) HIGIENE PERSONAL
- d) TRATAMIENTO CON ANTIBIOTICOS O ANTIVIRALES
- e) RETRASAR EL INICIO DE LA VIDA SEXUAL

**117.- LA SÍFILIS SE PUEDE PREVENIR CON:**

- a) FIDELIDAD MUTUA CON PAREJA NO INFECTADA
- b) RELACIONES SEXUALES CASUALES
- c) USO DE CONDÓN
- d) TRATAMIENTO CON ANTIBIOTICOS O ANTIVIRALES
- e) RETRASAR EL INICIO DE LA VIDA SEXUAL

**118.- EL VIH SE PUEDE PREVENIR CON:**

- a) FIDELIDAD MUTUA CON PAREJA NO INFECTADA
- b) RELACIONES SEXUALES CASUALES
- c) USO DE CONDÓN
- d) TRATAMIENTO CON ANTIBIOTICOS O ANTIVIRALES
- e) RETRASAR EL INICIO DE LA VIDA SEXUAL

**119.- EL SIDA SE PUEDE PREVENIR CON:**

- a) FIDELIDAD MUTUA CON PAREJA NO INFECTADA
- b) RELACIONES SEXUALES CASUALES
- c) USO DE CONDÓN
- d) TRATAMIENTO CON ANTIBIOTICOS O ANTIVIRALES
- e) RETRASAR EL INICIO DE LA VIDA SEXUAL

## ANEXO 2

### ESCALA DE LIKERT

Para la elaboración de los cuestionarios se utilizó la escala de Likert.

### **Escala de Likert.**

La escala de tipo Likert es una [escala psicométrica](#) comúnmente utilizada en cuestionarios, y es la escala de uso más amplio en encuestas para la investigación. Cuando respondemos a un elemento de un cuestionario elaborado con la técnica de Likert, lo hacemos especificando el nivel de acuerdo o desacuerdo con una declaración (elemento, ítem o reactivo). La escala se llama así por [Rensis Likert](#), que publicó un informe describiendo su uso.

La escala de Likert mide actitudes o predisposiciones individuales en contextos sociales particulares. Se le conoce como escala sumada debido a que la puntuación de cada unidad de análisis se obtiene mediante la sumatoria de las respuestas obtenidas en cada ítem.

La escala se construye en función de una serie de ítems que reflejan una actitud positiva o negativa acerca de un estímulo o referente. Cada ítem está estructurado con cinco alternativas de respuesta:

- ( ) Totalmente de acuerdo
- ( ) De acuerdo
- ( ) Indiferente
- ( ) En desacuerdo
- ( ) Totalmente en desacuerdo

La unidad de análisis que responde a la escala marcará su grado de aceptación o rechazo hacia la proposición expresada en el ítem. Los ítems por lo general tienen implícita una dirección positiva o negativa.

En el caso de que el ítem posea una dirección negativa, la calificación se invierte. Los ítems se presentan en forma de enunciados cuyo grado de acuerdo o desacuerdo se solicita a la unidad de análisis. La cantidad de enunciados que integra una escala Likert varía de acuerdo a la naturaleza de la variable operacionalizada. Los pasos a seguir para la construcción de la escala son:

- 1.- Definición de la variable a medir.
- 2.- Operacionalización de la variable, es decir, se determina como se habrá de medir y se señalan los indicadores.

- 3.- Diseño de una cantidad suficiente de ítems favorables y desfavorables a la variable que se pretende medir. Weiers (1986) sugiere elaborar alrededor de 50 ítems, balanceando la escala con igual cantidad de enunciados favorables y desfavorables.
- 4.- Depuración de la escala por medio de un estudio piloto con el propósito de seleccionar los ítems que habrán de integrarse a la versión final de la escala.
- 5.-Administración de la versión final de la escala a las unidades de análisis que integran la unidad muestral del estudio.
- 6.- Asignación de una puntuación a cada ítem de acuerdo al procedimiento descrito con anterioridad.
- 7.- Obtención de la puntuación total de cada unidad muestral, reflejando la actitud global hacia la variable medida.