

# **UNIVERSIDAD DE SONORA**

**DIVISION DE CIENCIAS SOCIALES**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA**

**“Programa de Intervención Educativa sobre VIH/sida e  
ITS en adolescentes de la Escuela Secundaria número 61  
de Estación Pesqueira, Sonora”**

**Tesis de Maestría para Obtener el Grado de:**

**MAESTRÍA EN POLÍTICAS Y GESTIÓN DEL  
DESARROLLO SOCIAL**

**Presenta:**

**“El saber de mis hijos  
hará mi grandeza”**

**Claudia Soledad Bocanegra Luna**

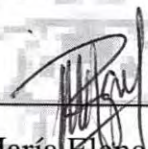
**Miguel Ángel Baeza Acopa**

**Hermosillo, Sonora**

**Noviembre del 2011**

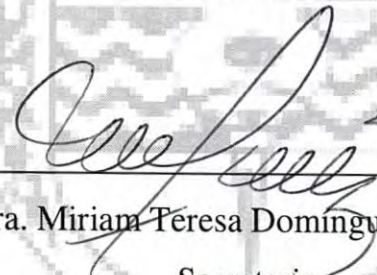
## FORMA DE APROBACIÓN

Los Miembros del Jurado Calificador designados para revisar el trabajo de Tesis de Claudia Soledad Bocanegra Luna y Miguel Ángel Baeza Acopa, lo han encontrado satisfactorio y recomiendan que sea aceptado como requisito parcial para obtener el Grado de Maestría en Políticas y Gestión del Desarrollo Social.



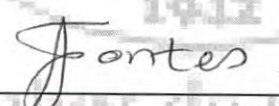
---

M.S.P. Dra. María Elena Reguera Torres  
Director de Tesis




---

Dra. Miriam Teresa Domínguez Guedea  
Secretario



---

M.C. Dra. Tania Lenina Fontes Martínez  
Vocal



---

M.S.P. Dr. Sergio Olvera Alba  
Suplente

## AGRADECIMIENTOS

A la **Dra. María Elena Reguera Torres**, por las innumerables horas de trabajo dedicadas a la culminación de este proyecto, todos los comentarios y sugerencias realizadas dieron la guía perfecta para lo que hoy concluimos, pero sobre todo por la amistad brindada.

A los **Maestros de la Maestría en Políticas y Gestión del Desarrollo Social**, por compartir sus conocimientos y experiencias, en especial a la **Maestra Maren Von der Borch**.

A la **Dra. Miriam Teresa Domínguez Guedea**, por las observaciones realizadas.

A la **Dra. Tania Lenina Fontes Martínez**, por compartir sus experiencias en todo momento.

Al **Dr. Sergio Olvera Alba**, por la disponibilidad y conocimientos compartidos.

## DEDICATORIAS

A nuestras familias y a todas las personas que aportaron de diversas formas su apoyo para culminar este proyecto, en especial al compañero incondicional nuestro hijo José Miguel



"El saber de mis hijos  
hará mi grandeza"



# ÍNDICE

<b>CAPÍTULO</b>	<b>PÁGINA</b>
<b>I.- Introducción</b>	4
<b>II.- Antecedentes</b>	8
<b>III.- Justificación</b>	11
<b>IV.- Planteamiento del Problema</b>	15
Objetivo General	
Objetivos Especificos	
<b>V.- Marco Teórico</b>	16
5.1.- Perspectivas del Desarrollo Social	18
5.1.1.- Desarrollo Humano	
5.1.2.- Desarrollo Social	
5.1.3.- Vulnerabilidad	
5.1.4.- Exclusión	
<b>VI.- Estrategia Metodológica</b>	24
6.1 Metodología	
<b>VII.- Diagnóstico Social</b>	26
7.1. Impacto del VIH/sida en la población y el desarrollo.	28
7.1.1.- Factores condicionantes, demográficos y sociales	
7.1.2.- Factores condicionantes relacionados con el estilo de vida	
7.1.3.- Propuestas Institucionales	
7.2.- Aspectos Demográficos	31
7.2.1.- Área de intervención “Estación Pesqueira Sonora México”	
7.2.2.- Información Institucional de Antropología e Historia (INAH)	
7.2.3.- Estructura para atención sanitaria.	
7.2.4.- Estructura Social	
7.2.5.- Educación y Cultura	
7.2.6.- Economía	

<b>VIII.- Marco Jurídico</b>	37
<b>IX.- Descripción del Problema Social</b>	43
9.1.- Análisis y Resultados del Instrumento de estudio	46
9.1.1.- Información General	
9.1.2.- Información por sexo	
9.1.3.- Información Grupal	
<b>X.- Conclusiones y Discusión</b>	51
10.1.- Proyecto de Innovación Social	57
10.2.- Descripción del Marco Lógico	62
El fin y el impacto	
Propósito de Impacto	
Componentes (resultados)	
Actividad	
<b>Anexos</b>	
Anexo 1	71
Anexo 2	73
Anexo 3	77
Anexo 4	98
<b>Bibliografía</b>	101

## I. INTRODUCCIÓN

Durante el año 2010, el número de adolescentes en el mundo fue mayor que nunca antes en la historia: 1, 2 millones de jóvenes, con edades comprendidas entre 10 y 19 años. Una gran proporción vive en Latinoamérica y el Caribe (*Oficina de censos de los Estados Unidos 2000*). ¿Podrá esta cohorte de jóvenes llenar su potencial como regalo para la región? La respuesta en gran medida, depende de la capacidad de las familias, los gobiernos y las comunidades para desarrollar el potencial humano de esta generación.<sup>1</sup>

México ha experimentado grandes transformaciones, sociales, económicas y demográficas durante el último tercio del siglo XX. Algunas de estas transformaciones, como el avance en el proceso de urbanización; los cambios culturales y económicos asociados a la mayor participación femenina en los ámbitos del trabajo y la escuela; la difusión masiva de la televisión que llevó a las comunidades rurales más dispersas nuevos modelos de comportamiento; la revolución sexual de fines de la década de los sesenta en Estados Unidos, con algunas repercusiones en los ámbitos urbanos mexicanos; y la instauración de una agresiva política de planificación familiar a mediados de los setenta, pudieron cambiar significativamente las condiciones en las cuales los jóvenes ingresaron a la vida sexual. Se ha llegado a afirmar incluso que en América Latina la década de los setenta, marco la ruptura del comportamiento tradicional en relación a la vida familiar y la sexualidad. Esta ruptura se ha advertido en cambios en el calendario de ciertos eventos relevantes. Por ejemplo la edad de inicio de la actividad sexual se aplazo en los noventa en relación con los setenta entre las mujeres, aunque no entre los hombres.

En cuanto a los cambios en la edad al inicio sexual, una parte importante del debate surge, porque no siempre se han utilizado, sistemáticamente, los indicadores adecuados para realizar comparaciones en el tiempo. Diferentes artículos utilizan la edad media de inicio sexual de los sexualmente activos en un determinado grupo de edades (por ejemplo, los sexualmente activos de 15 a 19 años) obtenida a partir de distintas encuestas, esta es una medida inadecuada ya que por una parte deja fuera del análisis a aquellos que no han experimentado relaciones sexuales y por otra se ve afectada por los cambios en la estructura de edades al interior del grupo en cuestión, situación que afecta particularmente a sociedades en rápido cambio demográfico, como es el caso de México. Para subsanar estos

problemas pueden utilizarse medidas más adecuadas, como la proporción de los sexualmente activos a una edad exacta, o la edad de inicio sexual calculada a partir de tablas de vida.<sup>2</sup>

La tasa de morbilidad y la mortalidad han sido utilizados tradicionalmente como indicadores de salud, los encargados de diseñar las políticas en salud consideran a la población adolescente como una población sana, debido a que presentan bajas tasas en estos indicadores; por lo tanto se le ha asignado a este grupo baja prioridad en las intervenciones relacionadas con salud. Recientemente el comportamiento de riesgo en la población adolescente tendrá gran impacto en el futuro, situación subestimada.<sup>3</sup>

En relación con las infecciones de transmisión sexual (ITS); en México al igual que en otros países del mundo, el programa de control de ITS, se enfocó de manera prioritaria a la detección y tratamiento de los casos; en cambio la prevención de las ITS, en el mejor de los casos, ha sido una prioridad secundaria. Durante la última década se agregaron a las ITS tradicionales (clamidia, gonorrea, sífilis, herpes tipo 1), que son de etiología bacteriana el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), herpes y virus del papiloma humano (VPH); ocasionando limitaciones con los métodos tradicionales de diagnóstico para la detección oportuna y tratamiento adecuado. Varios estudios han mostrado que a pesar del incremento en la información sobre los riesgos de tener relaciones sexuales sin protección de un condón (embarazos no planeados, sida y otras ITS), los adolescentes continúan realizando comportamientos de riesgo. La población de 15 a 24 años de edad, representa la mitad de los casos nuevos de infección por VIH; en 2005, 700 000 adolescentes menores de 15 años de edad fueron infectados con VIH.<sup>4</sup>

Posicionar a la prevención como el manejo principal para responder a la epidemia del VIH / Sida (Síndrome de inmunodeficiencia adquirida) en Latinoamérica y el Caribe (LAC), ha sido un objetivo difícil de alcanzar aún después de más de 25 años desde que se reportó el primer caso. Hacer frente a la problemática del VIH/Sida desde un abordaje preventivo enfocado en la educación, es una opción cuyo potencial no se ha ponderado a cabalidad.



La educación sexual para niños, niñas y adolescentes puede darse en el hogar, en la escuela, o en el sector salud. Dado que las escuelas tienen a los estudiantes como una población cautiva por largo tiempo y durante importantes períodos de su desarrollo, un objetivo de la educación sexual integral es fortalecer los asuntos que se tratan en el ambiente escolar. Además, es importante coordinar las estrategias educativas con las del sector salud para transmitir a los jóvenes información significativa, actualizada y trascendente para su completo desarrollo.

La sexualidad humana de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como: *“Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencia o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales”*.

Se considerada a la adolescencia como una etapa de la vida, que por su misma naturaleza, entrañaba graves conflictos y trastornos en la medida que el adolescente trataba de romper la dependencia de la niñez y luchaba por alcanzar una identidad adulta independiente. (Blos, 1962; Freud, 1958). Los problemas del adolescente eran vistos como algo común y corriente más que como signos de que algo andaba mal. Según la opinión de Offer (*Offer et al. 1981*), el adolescente normal enfrenta ese período de transición con pocos trastornos graves o comportamientos de alto riesgo. Mantiene y desarrolla su propia identidad y las relaciones con sus padres, al mismo tiempo que consolida nuevas destrezas y relaciones extra familiares.<sup>5</sup> Desde la perspectiva de esa adolescencia “normal”, aquellos adolescentes que efectivamente experimentan mayores trastornos, y que reiteradamente se involucran en comportamientos de riesgo, tienen dificultades en el presente y muchas probabilidades de tener problemas más adelante en la vida.<sup>6</sup> En consecuencia, las intervenciones eficaces dirigidas a la población adolescente pueden lograr resultados beneficiosos en cuanto a prevenir futuros problemas de salud, y a promover una vida saludable y productiva.

La adolescencia es la etapa para elegir: quién ser, qué hacer, dónde, cómo y con quién hacerlo. Es un proceso para probar límites a la vez de aprender valores y restricciones. Los adolescentes deben decidir qué modelos escoger, cómo comportarse, cómo ejercer sus derechos y asumir cómo compartir sus responsabilidades.

La adolescencia es una etapa de la vida que requiere de atención, de información objetiva, y de opciones que puedan facilitar un desarrollo armónico y un camino firme hacia la vida adulta. Para favorecer la toma de decisiones de manera libre e informada sobre aspectos de la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes es necesario hablar de sexualidad y de medidas de prevención y de autocuidado; es necesario hablar de conductas de riesgo y de anticonceptivos; de embarazos no planeados y de relaciones de pareja; de los derechos que tiene todo adolescente de decidir en qué momento y con quién tiene relaciones sexuales, del derecho a manifestar su opinión y del derecho a estar bien informado y a recibir atención profesional en áreas que afecten su sexualidad y su reproducción. De igual manera, se requiere apoyar la labor del profesional que trabaja con adolescentes. Tan importante como ofrecerle información crucial en su interrelación a este grupo poblacional, hace falta brindarle al educador herramientas que le ayuden a identificar y a establecer condiciones de ambiente de trabajo favorables para lograr un mejor desempeño.<sup>7</sup>



## II. ANTECEDENTES

En el pasado las políticas oficiales descartaban con demasiada frecuencia a la población adolescentes y solo le prestaban atención cuando sus comportamientos perturbaban a los grupos de mayor edad. En comparación con los niños y los ancianos, los adolescentes sufren de pocos trastornos que amenacen su vida, La adopción de algunos hábitos que tienen consecuencias negativas para la salud a largo plazo, tales como el tabaquismo, el consumo de drogas y la actividad sexual sin protección contra el riesgo de ITS, VIH o SIDA, no causa por lo general, morbilidad o mortalidad durante el periodo mismo de la adolescencia, sino que sus efectos y costos se evidencian más adelante en la vida. Así cuando, las sociedades han de tomar decisiones sobre cómo invertir los recursos de salud, generalmente asignan escasa importancia a la población adolescente, a pesar de que, después de la infancia temprana, la adolescencia es la etapa más vulnerable hasta que llega la vejez.<sup>8</sup>

Las revisiones de la literatura para los países en vías de desarrollo (*Magnani, Seiber et al. 2001; Speizer, Magnani et al. 2003; Fernández, Kelly et al. 2005; Kirby, Obasi et al. 2006; Kirby, Laris et al. 2007*) sugieren que los programas a nivel escolar pueden tener un impacto positivo en las actitudes y el conocimiento del VIH/SIDA y de otras ITS.<sup>9</sup>

Por ejemplo, se han evaluado: actitudes, conocimiento, retraso del inicio sexual, número de parejas sexuales en total, número de parejas sexuales concurrentes, uso de condón en la primera y/o última relación sexual, uso de métodos anticonceptivos, etc. En general, variables relacionadas con conocimiento y actitudes son factibles de modificar, comparadas con los cambios y medición de los comportamientos

La eficacia de las intervenciones educativas depende de varios factores: del contexto socio-cultural y familiar en el que se desarrollan y, a nivel escolar de planes de estudios (currículum), contenidos y formato de presentación, tiempo de exposición, repetición, así como formación de docentes. Los programas más eficaces utilizan una variedad de métodos, como por ejemplo: la educación presencial, dinámicas o representaciones de roles, videos, etc. Los programas con características específicas reportan mejoras en conocimientos y actitudes, pero muy pocos documentan cambios en el uso del condón, el

número de parejas y la edad de inicio de la actividad sexual. Varios programas de prevención a nivel escolar han sido evaluados en Latinoamérica y el Caribe.<sup>10</sup>

Los resultados indican que muchas de las intervenciones a nivel escolar no han sido totalmente exitosas en la búsqueda de las metas enfocadas a modificar los comportamientos de riesgo y a posponer el inicio de la vida sexual, reducir el número de parejas sexuales y la incidencia de embarazos adolescentes no planeados. Tampoco se ha demostrado contundentemente un efecto positivo en el uso consistente del condón, o la abstinencia sexual. Sin embargo, los programas de educación en las escuelas son considerados una estrategia viable, en comparación a otras intervenciones. La literatura sugiere que el conocimiento, las actitudes, y las habilidades de la vida (*"life skills"*) son parte importante en la cadena de eventos que afectan la auto-eficacia, y que pueden conducir a cambios importantes en el comportamiento (Lule, Rosen et al. 2006). Generalmente, la forma de prevención del VIH en el sistema educativo se realiza a través de cursos específicos o como parte de otras asignaturas (por ejemplo, biología humana, salud y auto-cuidado, etc.). El resultado anticipado principal de este tipo de intervención es el retraso en el inicio de la vida sexual, la reducción de parejas sexuales, el incremento en el uso consistente del condón y otros secundarios, como el aumento de los conocimientos del VIH, y sobre los métodos para la prevención del embarazo no deseado en la adolescencia.

Otros tipos de intervenciones a nivel escolar son sobre la salud reproductiva en general u otros aspectos específicos (Pick De Weiss, Givaudan et al. 1993; Eggleston, Jackson et al. 2000; Murray, Toledo et al. 2000), incluyendo el acercamiento de integración entre clínica y escuela (Magnani, 2001). En este último, la ubicación de las clínicas y su nivel de accesibilidad efectiva y apertura hacia la juventud, son factores importantes para la utilización de servicios y cambios de actitudes y conocimientos. La participación de la sociedad civil ha sido identificada igualmente como un punto clave, en particular en la educación con pares (Fernández, Kelly et al. 2005; Fernández, Kelly et al. 2005; Maiorana, Kegeles et al. 2007).



La Salud de los adolescentes y jóvenes es un tema reiterativo sin dejar de ser actual y heterogéneo en el contexto mundial, el cual se ha reestructurado y nutrido por una mejor comprensión de las características propias de esta etapa, por parte de la salud pública así como de las condiciones cambiantes del entorno sociodemográfico, y añadiendo la falta de percepción de las “conductas o condiciones de riesgo” que generan nuevos retos y riesgos para la salud, individuales y colectivos teniendo mayor trascendencia los relacionados a la salud sexual y reproductiva.

En lo que se refiere a la adolescencia la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), consideran que la adolescencia comprende el periodo de la vida que se extiende entre los 10 y los 19 años, sin embargo esto varía según los países entre ellos el nuestro ya que en México se considera que un individuo a los 18 años es mayor de edad. Este periodo de transito de la niñez a la adultez llamado adolescencia trae consigo enormes variaciones físicas y emocionales donde se busca la definición de la personalidad, la construcción de la independencia y el fortalecimiento de la autoafirmación, enmarcados en una búsqueda constante, exploración y comportamientos generadores de riesgo personales o condicionados por el entorno social y/o afectivo, mismos que pueden comprometer la salud, la supervivencia y el proyecto de vida individual o colectivo.

Al colocar al VIH como una de las prioridades internacionales dominantes para el siglo XXI, los líderes mundiales reconocieron durante la Cumbre Mundial de 2005 que para el cumplimiento de los Objetivos del Milenio (OM), era necesario dar acceso universal y pleno a la salud sexual y reproductiva para el 2015, destacando en forma importante la lucha contra el VIH y el sida, siendo una prioridad el acceso universal a la salud sexual y reproductiva, entonces es importante intervenir en los mensajes educativos tradicionales que han sido elaborados por instituciones de salud, utilizando en ellos información compleja y técnica que no toma en consideración la gran mayoría de las veces, el marco de referencia del “receptor”, marco que a su vez influye directamente en la interpretación del mensaje.

En nuestro país la mayoría de los programas en temas de salud dirigidos a la población adolescente, tienen un enfoque terapéutico, definen el éxito como la ausencia de problemas, en lugar de favorecer el desarrollo saludable. Estos programas y servicios son

verticales en su enfoque y abordaje, no integran los conceptos de familia, cultura, valores y el contexto global en el que ocurre el comportamiento. Las intervenciones tratan de cambiar la conducta una vez que ésta se encuentra bien arraigada ya que dichos programas se establecen en grupos de adolescentes con vida sexual activa, por lo que es importante considerar el entorno familiar en las intervenciones educativas e incidir con ellas a niveles escolares y edades más tempranas.

### III. JUSTIFICACIÓN

Si la adolescencia comprende el periodo de la vida que se extiende entre los 10 y 19 años, debería ser la referencia para iniciar los programas educativos sobre salud sexual y reproductiva en etapas escolares más tempranas, independientemente de las encuestas sobre el inicio de la vida sexual, ya que el comportamiento por estado suele ser diferente e incluso dentro del mismo. La Encuesta Nacional de la Juventud 2000, en nuestro país, la edad promedio de la iniciación de la vida sexual activa es de 15.4 años; para el área rural 13.8 y para el área urbana 16.7. Existe una correlación directa entre el promedio de escolaridad y el inicio de la vida sexual activa. Como resultado de estas prácticas, ocurren más de 25 000 embarazos anuales en madres menores de 19 años de edad, que terminan en aborto y constituyen cerca de 10% del total de los embarazos. El uso de método anticonceptivo, en general, se ha incrementado hasta en 22% o más, sin embargo, entre jóvenes y adolescentes estas cifras son menores y con prevalencia del uso del preservativo. La diferencia entre área rural y urbana en ocasiones es hasta de 20 puntos porcentuales, sobre todo en estados como Oaxaca y Guerrero; la demanda insatisfecha en el área urbana es hasta de 8% y en el área rural hasta de 22.2%.

Entre la población adolescente se estima que durante el año 2000 ocurrieron en el país cerca de 366 000 nacimientos en madres de menos de 19 años de edad, lo que representa 17% del total de nacimientos y una tasa específica de fecundidad de 70.1 x mil mujeres de ese grupo de edad. A pesar de que durante los últimos seis años el número de nacimientos se redujo en poco más de 10%, la prevención del embarazo no planeado en las adolescentes continúa siendo un desafío prioritario en salud reproductiva.<sup>11</sup>



La fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años de edad ha descendido en México desde la década de los setenta. La proporción de mujeres de 15 a 19 años de edad que procrea al menos un hijo (a) disminuyó de poco más de una de cada siete, en 1975, a una de cada doce en 1990, y a una de cada catorce en 1999. En 1975, las adolescentes registraban una tasa de fecundidad de 130 nacimientos por mil mujeres, valor que disminuyó a 81 en 1995, y a 72 por mil en 1999. Sin embargo, la velocidad de descenso de la fecundidad de este grupo no ha sido tan rápida como en los otros segmentos de edad. Por ello, su contribución a la tasa global de fecundidad ha venido creciendo, al pasar de 11.1% en 1975 a 14.5 en 1999. El embarazo en las adolescentes es aún preocupante, no sólo por los riesgos que tiene una fecundidad precoz para la salud de la madre y de su descendencia, sino también porque las pautas de procreación en la adolescente pueden limitar las oportunidades de su desarrollo personal.<sup>12</sup>

Los jóvenes son un grupo prioritario para el desarrollo social, económico y político de cualquier país, se encuentran no solo en el umbral de su vida productiva, sino en pleno proceso de entrada a la sexualidad activa; esta es la etapa en la cual definen su plan de vida y delinear la personalidad que propiciará su conducta y comportamiento en la vida adulta.

La educación y la salud contribuyen al potencial económico de los países, pero no lo garantizan. Es esencial, también, que los países ofrezcan oportunidades económicas amplias y rentables. Existe además, una interacción importante entre la oportunidad económica y prontitud de la juventud actual de aprovecharla. Sin una esperanza real de salir adelante, la juventud tiene poco incentivo para invertir en su propia educación y así evitar caer en alguno de los hábitos dañinos que podrían adquirir durante la adolescencia. Igualmente, los inversionistas potenciales podrían mostrarse renuentes en comprometerse con el desarrollo económico del país, al no contar con la expectativa de una fuerza de trabajo calificada para los nuevos cargos. “Mientras la juventud contemporánea y futura de un país no se capacite, las esperanzas de su futuro económico son cada vez más tenues”.<sup>13</sup>

Desde la aparición del VIH/Sida se ha producido una evolución conceptual en la forma de caracterizar la epidemia. Así, a partir de una primera idea de ‘grupos de riesgo’ se pasó a la de ‘prácticas de riesgo’, luego a la de ‘situaciones y contextos de riesgo’ y, finalmente, a la de ‘vulnerabilidad’. Este desarrollo conceptual respondió tanto a los

resultados de los estudios epidemiológicos como a un cambio de paradigma en donde el acento, paulatinamente, se fue colocando en los factores estructurales (socioculturales, económicos y políticos) superando las posturas moralistas y las concepciones individualistas sobre los complejos procesos de toma de decisiones. Es en esta dialéctica que se desplazan las ideas acerca de grupos de riesgo socialmente disfuncionales y de riesgo individual deliberadamente asumido, incorporándose el concepto de *situaciones y contextos de riesgo* para establecer los enfoques de la *vulnerabilidad social y el riesgo asociado*. En otras palabras, el riesgo individual se encuentra inscrito en una estructura que hace que algunos sectores sean más vulnerables que otros y, por lo tanto, que adquiera mayor probabilidad de infectarse por el VIH. La adolescencia a menudo se caracteriza como un período de oportunidad y de riesgo y el comportamiento de asumir riesgos se extiende a la sexualidad. En el adolescente la noción de riesgo no desaparece, sino que, junto con el concepto de vulnerabilidad continúa empleándose al dar cuenta de los distintos niveles que deben ser atendidos para comprender el problema de la infección por VIH. La complejidad observada hace que el VIH/Sida no sea sólo una enfermedad, más bien se trata de un problema social que rebasa las prácticas individuales y de los sistemas de salud.

Los jóvenes no participan de lleno en el diseño y ejecución de programas, por lo tanto, las intervenciones no reflejan sus deseos ni preocupaciones. Muchas intervenciones no están bien coordinadas, lo que provoca una costosa duplicación de esfuerzos. Los programas que se centran únicamente en prevenir problemas específicos de los jóvenes, generalmente una conducta problemática aislada, sin prestar atención al contexto social, por lo general han demostrado ser deficientes a largo plazo

Un desarrollo sexual saludable depende de la satisfacción de las necesidades básicas humanas como son el deseo de contacto, la intimidad, la expresión emocional, el placer, la ternura y el amor. La salud sexual incluye la salud reproductiva, pero se extiende más allá de la atención relacionada con la reproducción. La salud sexual es la experiencia de un proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se evidencia en las expresiones libres y responsables de capacidades sexuales que conducen a la armonía personal y al bienestar social,



enriqueciendo la vida individual y social. No es simplemente la ausencia de disfunciones y/o enfermedades.

Los recientes desarrollos conceptuales requieren de la inclusión de factores políticos, económicos, culturales, étnicos, generacionales, de sexo y de género, los cuales expresan alguna clase de condición estructural o situación coyuntural para comprender la vulnerabilidad frente a la adquisición del VIH/Sida. Esta complejidad debe ser indagada y especificada desde un trabajo interdisciplinario que amplíe el horizonte de los estudios, acciones y políticas dirigidas a controlar la epidemia. De tal forma, este novedoso abordaje permite comprender por qué es más adecuado hablar de “vidas que transcurren en el riesgo”, que de “prácticas de riesgo”.

Otro aspecto determinante, lo constituyen los programas de “ayuda” al adolescente que funcionan en los países de América Latina y en otras partes del mundo. La atención que el adolescente recibe normalmente, si recibe alguna, se centra en comportamientos problemáticos muy específicos, cuando estos están bien arraigados. Como los programas de prevención que son relativamente raros, en su lugar se desarrollan programas de “atención terciaria”, los que intentan enmendar algo que está demasiado estropeado, (*Barker and Fuentes, 1995*).<sup>14</sup> Resulta significativo que esos esfuerzos terciarios se concentren usualmente en conductas problemáticas aisladas, tales como el embarazo no planeado, el abuso de drogas o la criminalidad, más no utilizan un enfoque holístico orientado hacia el adolescente, su familia, su entorno y el contexto general en el que ocurre el comportamiento.

#### **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

*¿Es el desconocimiento en educación sexual, factor de riesgo para presentar VIH/sida e ITS en los adolescentes de la escuela secundaria número 61 de Estación Pesqueira Sonora?*

#### **OBJETIVO GENERAL**

*Identificar mediante un diagnóstico social en los adolescentes de la escuela secundaria número 61 de Estación Pesqueira, conocimientos y creencias del VIH/sida e ITS.*

#### **Objetivos Específicos:**

- 1. Identificar los mitos y realidades relacionados con el VIH/sida e ITS*
- 2. Identificar el conocimiento de las ITS y el VIH/sida, sus manifestaciones, y vías de transmisión*

## V. MARCO TEÓRICO

Conforme a lo referido con anterioridad la adolescencia es un periodo de riesgo y al mismo tiempo de oportunidad, puesto que en esta etapa el individuo debe hacer frente a las tareas de establecer una identidad personal satisfactoria y de forjar lazos interpersonales fuera de la familia, tareas que incluyen formar pareja, aprender a controlar de manera responsable la sexualidad en desarrollo, y promover adecuadamente la capacidad de viabilidad económica a través de la educación, las actitudes y los hábitos adquiridos durante su infancia. La familia del adolescente, sus pares, el vecindario la escuela y otros grupos pueden ayudar a realizar estas tareas, como pueden crear obstáculos que muchos jóvenes no pueden superar por sí mismos.<sup>8</sup>

Con relación a una investigación Catalana en Hawkins 1995, sobre factores de riesgo, se observaron los siguientes antecedentes comunes en casos de consumo de drogas, delincuencia juvenil, embarazo adolescente, deserción escolar y violencia, estos fueron: carencia extrema de recursos económicos, conflicto familiar, historia familiar de comportamientos problemáticos y dificultades en el manejo de la familia. Además, el abuso de drogas, la delincuencia y la violencia, comparten las características del entorno social en que se desarrolla, el adolescente, son determinantes sociales. Lo que sugiere que algunas comunidades ofrecen oportunidades concretas para desarrollar comportamientos problemáticos y no brindan auxilio para evitarlo.

Estudios realizados en jóvenes en Cuba, han revelado que poseen un buen nivel de conocimientos sobre las vías de transmisión de la ITS y las formas de reducir el riesgo de contraer el VIH mediante el uso del condón en cualquier tipo de relación. Para los jóvenes, las principales fuentes de información sobre VIH fueron: los familiares, los amigos y la escuela, seguida por la TV y la radio con menos cuantía mediante las Campañas. Existe inconsistencia entre el conocimiento y el comportamiento, al expresar que estas fuentes de información han tenido influencia en su conducta sexual y sin embargo se constató que aproximadamente el 50 % o más de los adolescentes de la enseñanza media superior y del curso de superación integral, refieren usar condón solo ocasionalmente tanto en las relaciones sexuales estables como no estables.<sup>15</sup>



Todo ello pone de manifiesto la disonancia entre el conocimiento que poseen los adolescentes sobre el uso del condón y el comportamiento inadecuado con respecto a su uso sistemático en las relaciones sexuales, lo que pudiera estar condicionado por las características propias de esta etapa de la vida, donde muchos comportamientos están en fase de conformación, entre ellos, los que corresponden al área de la sexualidad. Esto constituye un aspecto de especial importancia como parte del proyecto de vida de cada joven, que se va estableciendo en sus formas de manifestar las organizaciones valorativas, conocimientos, creencias y actitudes de forma estable en su vida sexual. En este proceso los maestros y educadores pares son una fortaleza, siempre que apliquen las herramientas aprendidas para poder hacerlo, por lo que la escuela constituye un espacio favorable para la formación de comportamientos sexuales saludables en esta etapa de la vida. Los resultados apuntan sin dudas hacia agentes socializadores sobre los cuales deben reforzarse también las diferentes acciones y la escuela constituye una fuerte potencialidad en este sentido.<sup>16</sup>

Es importante que los países en desarrollo inviertan en adolescentes, tanto para prevenir las consecuencias negativas de potenciales conductas de riesgo, como para promover el crecimiento sano, la adquisición de competencias y la capacidad de participar en la sociedad del futuro, la forma más efectiva de hacer esas inversiones es pensar y actuar de forma holística y con un enfoque preventivo y de desarrollo. “Las conductas juveniles no ocurren aisladas, si no en un contexto que incluye la familia el grupo de amigos, la comunidad y las oportunidades sociales”.<sup>8</sup>

En 1985 se proclamó por la ONU, el Año Internacional de la Juventud. A partir de este momento, los Estados empezaron a impulsar con más fuerza investigaciones sobre las diversas problemáticas que atañen a adolescentes y jóvenes, como son: el acceso a la educación por parte de todo adolescente sin importar su condición económica y su condición de género, la fuerza de trabajo en potencia y los problemas futuros como la mala calidad del empleo y el desempleo, las adicciones y sus consecuencias para la salud futura, los mitos y tabúes sobre su salud sexual y reproductiva y sus consecuencias en la morbilidad y mortalidad de éstos, y el enorme problema de la violencia, entre otros.<sup>17</sup>



En México en el año de 1989, el grupo de entre 10 y 19 años de edad representó el 23.2% del total de la población, es decir, casi 21 millones de personas.<sup>18</sup> El promedio de edad para el inicio de relaciones sexuales es de 16 años. Los varones se inician antes que las mujeres con una diferencia de uno o dos años.<sup>19</sup> El 76 % de los varones solteros y el 35 % de las mujeres solteras menores de 20 años, entrevistadas declararon haber tenido relaciones sexuales.<sup>20</sup> Los hombres informaron haber tenido su primera relación sexual con una amiga, mientras las mujeres dicen que se inician con su novio.<sup>21</sup> La agenda de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo del Cairo (1994) reconoció el derecho de los/las adolescentes a la educación sexual y a servicios de salud adecuados para ellos. Shigemi Iriyama, observo, en un estudio realizado en Nepal; los adolescentes del sexo masculino presentan un riesgo alto de contraer VIH/sida, debido a su comportamiento sexual; por que inician su actividad sexual a más temprana edad en comparación con años previos, actualmente el promedio es a los 14 años de edad, cuando antes era de 17 años. Cerca del 20% de varones entre 12 y 18 años de edad, reportaron haber tenido relaciones sexuales, el 35 % de ellos no utilizaron preservativo. Esto ha favorecido que el grupo presente una tasa de ITS del 22%, por lo que es posible inferir que esta práctica incrementara la prevalencia de VIH/sida en los adolescentes.<sup>22</sup>

### **5.1. Perspectivas del desarrollo social**

Como hemos referido en los apartados que conforman parte de la estructura y base del presente documento como lo es la Introducción, Antecedentes y la propia Justificación el desarrollo social no es lo mismo en hombres y mujeres porque hay diferencias biológicas y porque la crianza suele ser distinta, también es diferente según las oportunidades que las personas tienen.

La promoción del desarrollo no es exclusiva de un solo sector, e involucra diversos ámbitos de competencia para la vida de las personas, dentro de los cuales esta inmersa la salud y la educación, considerando lo anterior y en relación a lo ya descrito; se enlistan los conceptos de desarrollo que consideramos infieren de forma trascendente en la población adolescente y lo concerniente a salud sexual y reproductiva al considerar el desarrollo como enriquecimiento personal y social progresivo que avanza en la adolescencia mediante la actualización de capacidades que permitan la convivencia social positiva, rescatando las necesidades personales y el progreso colectivo en un ajuste e integración transformadores.

### **5.1.1. Desarrollo Humano**

El paradigma del desarrollo humano establece que la igualdad de oportunidades es poder ser o hacer aquello que una persona valora para su propia vida como fundamental. Si las posibilidades de elegir las mejores opciones se encuentran restringidas para la mitad de la población en un determinado país será imposible avanzar hacia un desarrollo humano pleno, simplemente porque a la mitad de la nación se le niega esa oportunidad.

El proceso central del desarrollo humano es ampliar las opciones y el nivel de bienestar de las personas. Aunque sabemos que las necesidades son muchas, podemos resumirlas en tres demandas básicas: vivir una vida larga y saludable (salud), adquirir los conocimientos y herramientas que permitan su crecimiento cultural y profesional (educación), y tener acceso a los recursos y servicios necesarios para poder acceder a una vida con calidad (vivienda, infraestructura social, espacios de esparcimiento, asistencia social).

### **5.1.2. Desarrollo Social**

Nuestro proyecto de trabajo es sin duda un programa social en el tenor de la salud enfocado a los jóvenes que pretende, proporcionar las herramientas e información adecuada, mediante la oportuna capacitación, reflexión e inclusión de pares replicadores y proporcionar alternativas, para la prevención VIH/sida e ITS. En nuestro trabajo el término desarrollo se entiende como una condición social dentro de un país, en la cual las necesidades auténticas de su población se satisfacen con el uso racional y sostenible de recursos y sistemas naturales.

La utilización de los recursos estará basada en una metodología que respeta los aspectos culturales y los derechos humanos. Esta definición general de desarrollo incluye la especificación de que los grupos sociales tienen acceso a organizaciones y a servicios básicos como educación, vivienda, salud, nutrición, y sobre todo, que sus culturas y tradiciones sean respetadas dentro del marco social de un estado-nación en particular.

Lo cierto es que en un medio social tan amplio y con tendencia a ser multitudinario e impersonal, respetar el valor de las relaciones íntimas personales (sexuales) ha resultado difícil. La significación de las relaciones amorosas para la propia subjetividad, para el crecimiento personal y el desarrollo social tienen un gran valor en nosotros los humanos



sobre todo para la satisfacción de esta arista de la vida. Mediante ella se afirman la seguridad, la alegría y el éxito en nuestra vida, muy vinculada con la capacidad de desarrollarnos con determinado grado de compromiso y seguridad.

### **5.1.3. Vulnerabilidad**

a).- La Vulnerabilidad es un término frecuentemente utilizado en la literatura general, aplicado en el sentido de desastre y peligro. Derivada del Latín, del verbo *vulnerare*, que quiere decir “provocar un daño, una injuria”

b) CEPAL: conceptualiza la vulnerabilidad en termino social la cual manifiesta como inherente a estar expuesto al riesgo lo que se traduce en incapacidad de respuesta. (Vulnerabilidad social =exposición al riesgo + incapacidad de respuesta).

c) Vulnerabilidad: Relación con dificultades para enfrentar cambios externos, ya sea por debilidades internas o por carencia de apoyo de ciertos grupos de la población.<sup>23</sup>

d) El enfoque en la vulnerabilidad y las desigualdades sociales nos llevará a identificar cómo se conforman y cuáles son las ‘desventajas acumuladas’ y/o ‘ventajas compartidas’ de individuos y grupos, con las cuales enfrentan el esfuerzo cotidiano de vivir en condiciones adversas...”

e) “Grupos en situación de vulnerabilidad y discriminación”/ México, Personas en situación de vulnerabilidad y discriminación, por: Causas inherentes a su situación, Violación de sus derechos/ acción u omisión, Desconocimiento de la situación. (Niñas, niños y adolescentes, Adultos mayores, Refugiados, Jornaleros agrícolas, Migrantes indocumentados en EEUU, Usuarios de los servicios de salud, Personas que viven con enfermedad mental, Personas con discapacidad, Personas con VIH/ Sida, Personas con preferencia sexual y de género distinta a la heterosexual.<sup>24</sup>

En las investigaciones sobre salud, los términos “vulnerabilidad” y “vulnerable” son comúnmente empleados para designar la susceptibilidad de las personas a problemas y daños de salud, siendo la vulnerabilidad la que antecede al riesgo y determina probabilidades de infectarse, enfermarse y morir, es asertivo colocar en una dimensión colectiva y no individual los fenómenos de la salud donde se contemple el soporte social si consideramos que el grado de vulnerabilidad se altera o depende de la modificación en la condición o ambiente social de las personas tanto en lo individual como en lo colectivo.



La evaluación de la vulnerabilidad puede ser útil para identificar las características o condiciones para reforzar los recursos disponibles para el enfrentamiento de la enfermedad, en nuestro caso de las ITS y el VIH/sida, mediante la identificación de condiciones, características y situaciones de protección y fortalecimiento de los individuos y grupos contra el enfermarse.

El concepto de vulnerabilidad al VIH/sida viene siendo desarrollado desde el final de la década de 1980 y expresa el esfuerzo para producción y divulgación de conocimiento; debate y acción sobre los diferentes grados y naturalezas de la susceptibilidad de individuos y colectividades a la infección; enfermedad y muerte por el VIH. Según la particularidad de su situación puede ser analizada según tres dimensiones interdependientes: individual, programática y social:

**1.-** Vulnerabilidad individual, que se refiere a la acción individual de prevención frente a una situación de riesgo. Contiene aspectos relacionados a características personales (edad, sexo, raza, etc.), al desarrollo emocional, a la percepción del riesgo y actitudes dirigidas a la adopción de medidas de autoprotección; así como a actitudes personales frente a la sexualidad, conocimientos adquiridos sobre ITS/VIH/sida; vivencia de la sexualidad y habilidades de negociar prácticas sexuales seguras, creencias religiosas etc.;

**2.-** La vulnerabilidad dirigida a la creación de políticas públicas de enfrentamiento del VIH/sida, metas y acciones propuestas en los programas de ITS/sida; organización y distribución de los recursos para prevención y control.

**3.-** Vulnerabilidad social que se refiere a la estructura económica, políticas públicas, en especial de educación y salud, a cultura, ideología y a relaciones de género.

Ante dicha percepción de la vulnerabilidad, podemos concretar que lo que se pretende es expresar los potenciales de -enfermarse/no enfermarse- relacionados a *todo* y

*cada individuo* que vive en cierto conjunto de condiciones agravantes para su salud. Se propone la construcción de indicadores que pueden ser utilizados:

Para evaluar las condiciones de vida y salud de individuos y grupos para subsidiar la intervención orientada a los determinantes del estado de vulnerabilidad.

#### **5.1.4. Exclusión**

a) En ciencias sociales, se denomina exclusión a una situación social de desventaja económica, profesional, política o de estatus social, producida por la dificultad que una persona o grupo tiene para integrarse a algunos de los sistemas de funcionamiento social (integración social).

b) La Unión Europea define la exclusión como "la imposibilidad de gozar de los derechos sociales sin ayuda, en la imagen desvalorizada de sí mismo y de la capacidad personal de hacer frente a las obligaciones propias, en el riesgo de verse relegado de forma duradera al estatus de persona asistida y en la estigmatización que todo ello conlleva para las personas y, en las ciudades, para los barrios en que residen".

c) Exclusión social: el acceso limitado a los beneficios del desarrollo a ciertas poblaciones con base en su raza, etnia, género y/o capacidades físicas.<sup>25</sup>

d) Proceso mediante el cual los individuos o grupos son total o parcialmente excluidos de una participación plena en la sociedad en la que viven".<sup>26</sup> Tal proceso, opuesto al de "integración social", da lugar a una privación múltiple, que se manifiesta en los planos económico, social y político.

e) Exclusión en salud: La falta de acceso de algunos grupos o individuos a los bienes, servicios y oportunidades en salud que otros grupos de la sociedad disfrutan.<sup>27</sup>

La exclusión social de diverso tipo ha siempre existido a lo largo de la historia y es casi una cuestión inherente a la formación de comunidades sociales en las que algunos miembros no comparten todos los rasgos o elementos de vida. La idea de exclusión se aplica al ámbito social cuando se hace referencia a la acción de marginar voluntaria o

involuntariamente a una porción de la población, aunque normalmente se relaciona el término de exclusión social con aspectos socioeconómicos, esta marginación también puede estar vinculada con otras razones como, por ejemplo ideológicas, culturales, étnicas, políticas y religiosas. O deberse a razones más profundas ya que tienen que ver con las estructuras de pensamiento y de creencias de una comunidad en este sentido la exclusión por las razones antes mencionadas y añadiendo las de orden sexual, implica la segregación voluntaria y explícita ejercida sobre algunos sectores minoritarios de una población que parecieran no cumplir con la reglas morales, religiosas y culturales del conjunto de esta sociedad.

Es importante acuñar el concepto de exclusión desde todas las perspectivas, social, económica, política, de salud considerando los conceptos antes citados ya que se encuentran íntimamente ligados entre sí y conforman una de las partes medulares del tema a tratar en el proyecto de intervención y se comprometan con sí mismos al ejercicio sano de su sexualidad; por su propia naturaleza y dimensión, este problema se impone como fenómeno social, movilizándolo imaginarios y constituyendo representaciones que modelan nuevos y diversos comportamientos sociales.

El hecho de que las ITS y el VIH/sida fuera vinculado con los grupos denominados de “alto riesgo,” (la homosexualidad, la toxicomanía, trabajadores del sexo comercial, etc.) contribuyó a modelar un sentido del fenómeno relacionándolo con el otro, particularmente distante, del Yo, no pertenezco me excluyo o excluyo a las personas que categorizo en estos grupos. Por otra parte hay profundas diferencias entre hombres y mujeres en las causas subyacentes de las ITS y el VIH/sida y sus consecuencias, que reflejan las diferencias biológicas, de comportamiento sexual, de actitudes y presión social, de poder económico que influyen en la vulnerabilidad a la infección; otros factores de desigualdad que intervienen en los encuentros afectivos y sexuales se intensifican en los contextos de exclusión social y/o pobreza, debido a las desigualdades de oportunidades en el mercado laboral, una vía alternativa para muchas mujeres y hombres es la prostitución o el trabajo sexual, el hecho de intercambiar sexo por dinero, regalos, favores, seguridad o para pagar droga y deudas contraídas con las redes organizadas de inmigración ilegal lo cual adhiere un riesgo especial de adquirir la infección por el VIH o por otras ITS.



## **VI. ESTRATEGIA METODOLÓGICA**

Plantemos que el problema en cuanto al incremento de casos de VIH/sida e ITS en la población adolescente es consecuencia de la falta de conocimiento sobre dichas infecciones por parte de esta población, lo cual los ubican en una situación de doble riesgo y vulnerabilidad si consideramos a la adolescencia por ende una etapa vulnerable. Por lo que se creyó pertinente y necesario realizar un diagnóstico social en este grupo etario y así identificar los determinantes que propician dicha situación, así como los conocimientos y creencias en torno a ella y de esta forma obtener la necesidad real y el instrumento acorde que incida en forma positiva en la población seleccionada y su contexto o entorno.

### **6.1 Metodología**

Diseño de Estudio: Transversal; 10 de febrero de 2011

Lugar: Estación Pesqueira, Sonora, México, durante febrero agosto de 2011

Población: Alumnos de la Telesecundaria 61 en Estación Pesqueira, Sonora, México.

Previa entrega de Oficio de autorización en la Coordinación de Salud y Seguridad Escolar en el estado de Sonora; para llevar a cabo esta medición. La encuesta se aplicó a los adolescentes de la Telesecundaria # 61, en Estación Pesqueira, Sonora, México; en el mes de febrero de 2011. El Universo comprendido fue de 261, adolescentes pertenecientes a los tres grados escolares, los cuales aceptaron participar mediante la firma de consentimiento bajo información. Los criterios de inclusión: ser estudiante de la Telesecundaria 61, y que firmara aceptar participar.

Cada participante leyó y firmó el formato, en donde expresaron su voluntad de participar en el proyecto, el encuestador explicó la confidencialidad de los datos, y la finalidad de su uso exclusivo para el diagnóstico del proyecto de intervención educativa. (Anexo 1).

El cuestionario aplicado (Anexo 2), Se realizó tomando como base el formato utilizado por Baeza y cols;<sup>28</sup> en donde se adecuaron preguntas utilizadas en la “Encuesta CAP (Conocimiento, Actitudes y Practicas)<sup>29</sup>, así como preguntas utilizadas en el cuestionario aplicado por Dunia Gutiérrez.<sup>30</sup> En donde se recopiló información de variables sociodemograficas, de conocimiento, percepción de riesgo de contraer: VIH, ITS; síntomas más frecuentes, métodos de prevención; inicio de vida sexual; tolerancia y discriminación.

Se encuestaron 8 grupos conformados en promedio por 30 alumnos, en la aplicación el facilitador leyó el consentimiento informado, así como las instrucciones de llenado, posteriormente de entrego el cuestionario a los adolescentes los cuales firmaron el consentimiento; respondieron el instrumento de forma autoaplicada. El facilitador en todo momento permaneció frente a los grupos para solucionar cualquier duda por parte de los encuestados, el tiempo promedio de respuesta del instrumentó fue de 15 minutos. El encuestador fue previamente entrenado en los conceptos y aplicación de cuestionarios. Los datos obtenidos fueron analizados mediante estadística básica empleando el paquete estadístico SPSS, versión 16.

## VII. DIAGNÓSTICO SOCIAL

Como se ha señalado anteriormente las repercusiones sociales de la segregación y estigmatización del VIH/sida e ITS, afecta no solo a las individuos que las padecen, sino al entorno que los rodea, bajo este panorama Sonora se enfrenta a un panorama, complejo, donde los retos se han transformado e incrementado en relación a los presentados al inicio de la epidemia; sin embargo observamos que los factores psicológicos, sociales, culturales y económicos que han impulsado la difusión de la pandemia, suelen ser los mismos que obstaculizan las estrategias de prevención en función de disminuir el número de casos de estos padecimientos en la población.

La evolución de toda epidemia es el resultado de una mezcla compleja de factores biológicos y sociales, la transición de sociedades agrarias a un mundo industrializado y globalizado ha modificado en forma radical e irreversible los patrones de las enfermedades infecciosas. Los conflictos asociados a la lucha anticolonialista en el antiguo Congo y otras regiones africanas, la movilidad de las zonas rurales a las ciudades, la migración laboral de trabajadores africanos a plantaciones de Haití, el desarrollo y abaratamiento del transporte aéreo (unido a la revolución sexual que comenzó a fines de la década de 1960 y al turismo sexual), combinando con el desconocimiento de características reconocibles de la infección inicial y el largo periodo de latencia del virus en el organismo, fueron los ingredientes que permitieron que la epidemia de VIH/sida pudiera comenzar a crecer sin ser reconocida.<sup>31</sup> En la epidemia de VIH/sida se conjugan fenómenos tanto biológicos como socioculturales y políticos. Por un lado las estructuras familiares han cambiado, aunado a esto los altos niveles de movilidad de los seres humanos, han creado un ambiente social y económico en el que los patrones de comportamiento están modificándose rápidamente, lo cual requiere de enfoques más creativos para prevenir y mitigar esta enfermedad. Por lo tanto es necesario un abordaje multidimensional y multidisciplinario para establecer de manera más comprensiva y precisa la relación suscitada entre la distribución de la epidemia de VIH/sida y el desarrollo social de las poblaciones.



De acuerdo con el Censo 2000, en México 21.3% de la población es adolescente; son 29.7 millones de adolescentes y jóvenes (20.7 millones de adolescentes entre 10 y 19 años; 9 millones de jóvenes de 20 a 24 años de edad). Esto significa que si en 1950 había alrededor de ocho millones de adolescentes y jóvenes, para el año 2000 tenemos cerca de 30 millones (70% adolescentes y 30% jóvenes).<sup>32</sup>

A nivel Nacional Sonora ocupa el lugar No. 22, desde 1985 al 15 de Noviembre del 2010 en cuanto a la incidencia acumulada de casos de SIDA (97.1 casos por 100,000 habitantes); es decir, se han reportado un total de 2,458 casos de SIDA.

El mecanismo de transmisión predominante en Sonora, es la transmisión sexual (80%); de acuerdo a las practicas sexuales: hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) 40.4%, en heterosexuales 28.2%; usuarios de drogas inyectadas (UDIS), representan el 17.3% del total de los casos de VIH/sida registrados.<sup>33</sup>

El 80% de los casos en el estado son reportados por 7 de los 72 municipios estos son: Hermosillo, Cajeme, Nogales, Caborca, Guaymas, San Luis Rio Colorado y Navojoa.

En relación con el género, los hombres son los de mayor riesgo, ya que concentran el 83.6% de los casos; las mujeres el 16.4% restante. Al clasificarlos por grupo de edad, el de mayor riesgo es el de 25 a 44 años, con un porcentaje del 67.7%.

En el 2009 la población total de la entidad fue de 2,510 562 habitantes, de los cuales el 50.69% son hombres y el 49.30% son mujeres. De estos, el 71.59% son mayores de 15 años de edad, que es el grupo considerado con mayor riesgo de transmisión de ITS y VIH/sida.<sup>34</sup>

La situación cultural en Sonora ha sido un obstáculo para implementar estrategias de prevención efectivas y dirigidas a poblaciones claves, debido a la pobre apertura a temas como el uso del condón, intercambio de jeringas para la reducción del daño en UDI's marginación de las y los trabajadores del sexo comercial, abordaje a HSH, así como el estigma y la discriminación que impera en el personal de salud hacia estas poblaciones y hacia las personas con VIH/sida e ITS.

## 7.1. Impacto del VIH/sida en la población y el desarrollo

La población infantil y adolescente (entre cero y 19 años) tiene un peso poblacional muy relevante en México. Según proyecciones derivadas del Censo de Población 2005, en 2008 este grupo representó el 36.8% de la población total, lo que equivale a 39.7 millones de personas, de las cuales 19.1 millones son hombres y 18.5 mujeres (CONAPO, 2008). Aunque los niños, niñas y adolescentes no constituyen un grupo mayoritario y significativamente afectado por la epidemia del VIH/sida en el país, ésta sí se traduce en un factor de vulnerabilidad para ellos, en función de las situaciones de riesgo a las que se enfrentan.

En el sur de África por ejemplo la tasa de mortalidad cruda se estima en 18 por 1000 habitantes (h), en el periodo 2000-2005, comparado con 8 por 1000 h una década antes (Naciones Unidas 2003). El aumento en las tasas de mortalidad se concentra particularmente en personas entre 15 y 49 años de edad. La epidemia de VIH, con sus 33,4 millones de personas infectadas en todo el mundo, sigue siendo un importante reto para la salud pública mundial. Solo en 2008 hubo 2,7 millones de nuevos casos de infección por el VIH.<sup>35</sup>

La reducción en la expectativa de vida al nacer: secundaria al aumento de la tasa de mortalidad, es un indicador demográfico representativo de la pérdida de vidas humanas que ha traído esta pandemia. Durante el último siglo la esperanza de vida, para un niño nacido en el África subsahariana se incrementó 4 meses, mientras que para uno nacido en cualquier país de Europa fue de 30 años.<sup>36</sup>

El crecimiento poblacional se reduce a medida que aumenta la mortalidad por VIH/sida, y en los países más afectados esto llevará eventualmente a tasas de crecimiento negativas, por ejemplo en Botswana, el país donde la prevalencia de VIH/sida es más alta, la tasa promedio de crecimiento anual de la población disminuyó de 3.3% en 1980-1985 a 2.1% de 2000 a 2005 y bajará a -0.4% de 2005-2010<sup>37</sup>

### **7.1.1. Factores condicionantes Demográficos y Sociales.**

Los factores sociales y demográficos identificados como determinantes de la ocurrencia de una ITS, y que afectan directa o indirectamente la frecuencia con que una persona se expone a adquirirlas y la duración de su infectividad, se describen a continuación.<sup>38</sup>

a) Población adolescente y adulta joven: esta población se caracteriza por tener una tasa alta de exposición, mayor susceptibilidad y un menor acceso a los servicios de salud.

b) Nivel educativo: la escasa educación general y social pueden debilitar la capacidad de negociación del inicio o práctica de las relaciones sexuales y de la protección durante las mismas, así como limitar la percepción y el acceso a los servicios de salud.

c) La urbanización y la concentración de la población: estas pueden modificar los patrones de contacto íntimo entre los individuos.

d) Los cambios estructurales de los valores sociales y la disponibilidad y el acceso a los condones.

### **7.1.2. Factores condicionantes relacionados con el estilo de vida**

Estos factores pueden darse por una baja percepción consciente de la vulnerabilidad a adquirir ITS. Otro factor de riesgo que influye en la exposición, es el compromiso de la persona hacia el cuidado integral de su salud (autocuidado) que se relaciona con la responsabilidad individual en cuanto al ejercicio de la sexualidad sana y responsable, la búsqueda de servicios de salud preventivos o curativos y el cumplimiento de los tratamientos para beneficio propio y el de los contactos sexuales. Otros factores relacionados al estilo de vida que pueden influir en la exposición serían: el uso de los servicios de las o los trabajadoras sexuales, la actitud frente al uso del condón y el consumo de drogas.<sup>39</sup>



### 7.1.3. Propuestas Institucionales

La Declaración Ministerial de la Ciudad de México 2008 “Prevenir con Educación”, es una herramienta estratégica para fortalecer los esfuerzos de prevención del VIH al igual que en América Latina y el Caribe a través de asegurar el acceso a educación en sexualidad y servicios de salud sexual y reproductiva de calidad e integrales. Representa una asociación entre los ministerios de educación y de salud, caracterizada por el establecimiento de mecanismos formales de planificación, ejecución, supervisión, evaluación y seguimiento de las acciones conjuntas, como también por facilitar la participación de otros sectores claves. Representa una sinergia entre los sectores de salud y educación, a fin de desarrollar y proporcionar la información, la educación y el asesoramiento necesarios para prevenir la epidemia del VIH/sida y promover estilos de vida saludable a través de educación integral en sexualidad y salud sexual.

La Declaración ratifica el compromiso de garantizar la plena observancia del derecho a la salud y otros derechos humanos asociados a ésta, establecidos en tratados internacionales de derechos humanos, particularmente en lo que concierne al acceso a la educación de calidad de toda la población de niñas, niños, adolescentes y jóvenes, en ambientes libres de violencia, estigma y discriminación.<sup>40</sup>

El enfoque a la salud sexual y reproductiva reflejado en numerosos documentos internacionales se basa “en el respeto a los valores de una sociedad plural y democrática en la que las familias y las comunidades se desarrollan plenamente”; también reafirma el derecho de las y los adolescentes a recibir información exacta que les haga posible tomar decisiones informadas respecto a su salud.

Esta declaración se basa en los siguientes fundamentos existentes establecidos por acuerdos internacionales que reconocen el derecho a la educación sobre la sexualidad y a servicios de salud sexual y reproductiva:

1.- El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994, especificó que la educación sobre la salud sexual y reproductiva a fin

de ser efectiva, debe iniciar en la escuela primaria y continuar a lo largo de todos los niveles de educación formal y no formal.

2.- Los Objetivos de Desarrollo del Milenio, adoptado por 189 naciones durante la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas en septiembre de 2000, estableció en el objetivo 6, la meta de haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/sida para el año 2015.

3.- La Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/sida, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2001, definió metas y calendarios a fin de medir la rendición de cuentas por parte de los gobiernos, tales como desarrollar estrategias para fortalecer los sistemas de cuidados de salud y aplicar medidas encaminadas a eliminar la discriminación contra las personas con VIH y otros grupos vulnerables.

## **7.2. Aspectos Demográficos**

### **7.2.1. Área de intervención “Estación Pesqueira, Sonora, México”**

Estación Pesqueira es una localidad perteneciente al municipio de San Miguel de Horcasitas, tuvo su origen en un presidio militar, trasladado ahí en marzo de 1749, procedentes del Pitic por orden del gobernador Rafael Rodríguez Gallardo y se le dio el nombre de Horcasitas en honor del virrey de la Nueva España, Don Juan Francisco de Güemez y Horcasitas, primer Conde de Revillagigedo, que gobernaba entonces la Nueva España. El 24 de octubre del mismo año, el mencionado Rodríguez Gallardo, colocó la primera piedra de la iglesia del lugar. Desde 1777, ahí estuvo la residencia del gobernador y capitán general de las provincias de Sonora y Sinaloa. Fue de los pueblos de Sonora que tuvieron por primera vez ayuntamiento en 1814 en base a la Constitución Española de Cádiz. Después de la independencia, fue cabecera de partido y en la segunda mitad del siglo XIX fue municipio adscrito al Distrito de Ures. El municipio de San Miguel de Horcasitas fue incorporado al municipio de Ures el 26 de diciembre de 1930 y rehabilitado por Ley Núm. 89 el 11 de diciembre de 1934.

La localidad está ubicada en el centro del estado, en el paralelo 29°22'47'' de latitud norte y a los 110°53'46'' de longitud al oeste del meridiano de Greenwich, a una altura de 330 metros sobre el nivel del mar. Se encuentra a 35 Km de Hermosillo, capital del Estado



de Sonora y pertenece al municipio de San Miguel de Horcasitas. El clima es seco cálido, con una temperatura media anual de 23°C.

Vías de comunicación y transporte. Esta localidad cuenta con acceso por la carretera internacional que es pavimentada, y otro acceso de terracería para la comunicación con otros municipios y sus comunidades.

### **7.2.2. Información del Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH) sobre Estación Pesqueira.**

De acuerdo al INAH, Estación Pesqueira nace, al menos como se conoce actualmente del fenómeno de los “braseros”. En la etapa posterior a la segunda guerra mundial, cuando los Estados Unidos de América (EUA) se consolida como potencia económica, en franca recuperación de la crisis sufrida. Su crecimiento económico ocupaba la participación de recursos humanos, básicamente trabajo físico, que por el momento la oferta doméstica (interna) de capital humano no podía o no quería satisfacer, los braseros eran la respuesta.

Los braseros eran peones mexicanos cuya mano de obra fue contratada en los EUA para trabajo de agricultura. El flujo de trabajadores no sólo impactaba en su destino a los EUA, si no que dejaba una estela a su paso, siendo así como se conforman los “corredores de trabajo”. La reacción natural fue que muchos de ellos realizaban “giras” de trabajo, regresando a sus lugares de orígenes después de haber trabajado en varios campos o lugares durante el camino incluyendo el territorio nacional, en esos casos según reportes del INAH, por lo menos en la comisaría Miguel Alemán, o calle 12 se expedían documentos legales que facilitaban o permitían la entrada de trabajadores a EUA.

Algunos trabajadores que acudían a estos “corredores de trabajo” se establecen en la región. Por agregación natural, aquellos individuos con orígenes étnicos similares, se agruparon. Los asentamientos “hermanos”, no sólo comparten las características étnicas y conservan rasgos culturales similares, sino que incluso las agrupaciones civiles que de ellas emanan, se reconocen entre sí y hasta se brindan apoyo. Tal es el caso de agrupaciones de la Calle 12, las cuales reconocen su “parentesco” con la comunidad de Pesqueira.



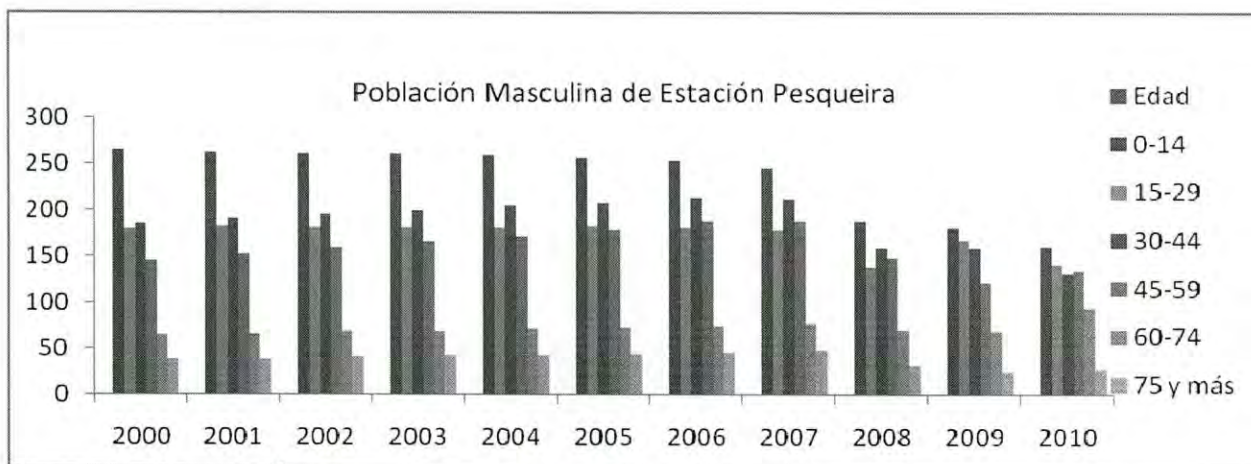
Las comunidades Triqui, Zapoteco y Mixteco son las que cuentan con más integrantes; de ellas ya han salido agrupaciones más o menos organizadas y de alguna manera se han hecho esfuerzos para mejorar sus condiciones de vida. Algunos logros obtenidos son el demandar y lograr el cumplimiento de las promesas hechas en los contratos de trabajo, donde se ofrecen situaciones de vivienda más digna y hasta algún tipo de apoyo social. Con el pasar de los años, Pesqueira se ha hecho de una población permanente, pero sigue llegando cada temporada de cosecha, una oleada de trabajadores. Aunque el esquema de braseros ya no existe, su tarea ha sido reemplazada por otras formas de “reclutamiento” laboral.

Atendiendo al trabajo hemerográfico realizado por el INAH, se puede detectar la persistencia de desventajas sociales para el trabajador migrante.

Aparentemente, Pesqueira y otros sitios con trabajo agrícola por realizar, forman parte de un directorio de trabajo temporal, auspiciado por el gobierno de Sonora, con el cual se promueve la oferta de trabajo. Estados como Oaxaca, Guanajuato, Guerrero, Veracruz, y otros, a través de sus secretarías de trabajo promueven la migración temporal de sus trabajadores el corredor de Sonora. Según testimonio de trabajadores, estos directorios de trabajo agrícola suponen la premisa de que todos esos sitios de trabajo ofrecen un ingreso seguro de \$8,000 MXN al mes, así como condiciones apropiadas de vivienda, alimentación y una situación legal correcta.

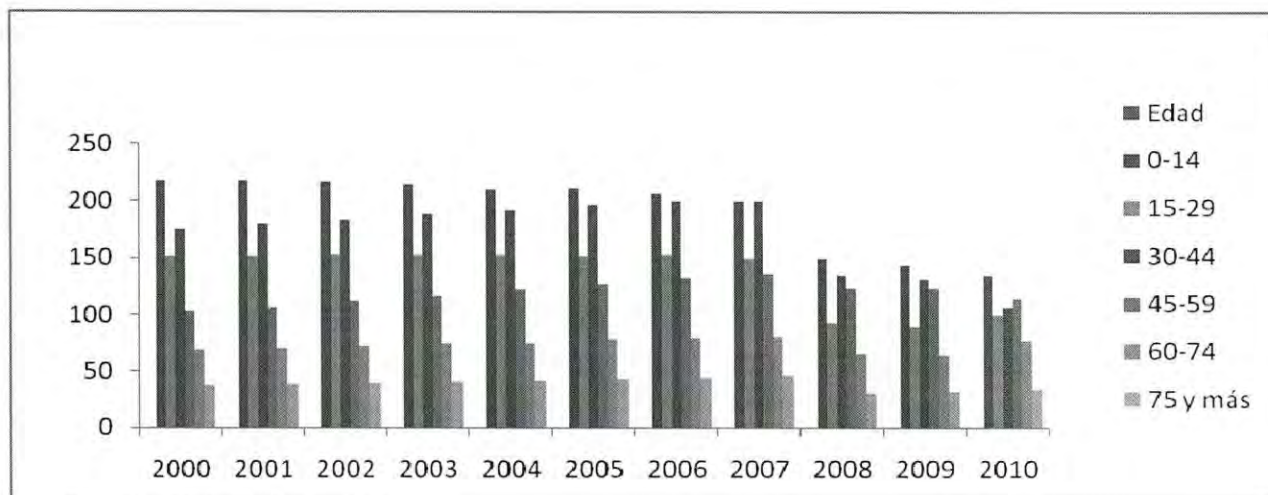
En marzo del año 2009, tras el “escape” de uno de los trabajadores el ejido “Las Mercedes”, se reveló a la Unión Mexicana que las condiciones para laborar en esos lugares son deplorables. Según el testimonio de los jornaleros, lejos de otorgárseles alguna casa y las comidas suficientes en calidad y cantidad, se les hacía dormir en galerones, y su alimentación era deficiente. Además, los jornaleros coincidieron en la persistencia de figuras como la “tienda de raya”. Todo el proceso culminó con la visita de un comisionado guanajuatense, el reclamo a las autoridades estatales sonorenses, y el rescate del resto de los jornaleros.

Según el INAH, el habitante de origen indígena, residente de Pesqueira, y comunidades similares, se enfrenta a una ambigüedad social. Por un lado, su mano de obra, barata y siempre lista a llegar y muchas veces lista para irse, se ha vuelto indispensable para la labor agrícola de la región, ya que constituyen una de las fuerzas laborales más productivas. Pesqueira es una de las zonas agroindustriales más importantes del país, el 90% de su producción es de exportación.<sup>41</sup>



Fuente: CONAPO/COESPO<sup>42</sup>

Población Femenina de Estación Pesqueira



Fuente CONAPO/COESPO<sup>43</sup>

### **7.2.3. Estructura para atención sanitaria.**

Pesqueira cuenta con un Centro de Salud Rural (CSR) el cual corresponde a la Jurisdicción Sanitaria número 1, de Hermosillo Sonora, proporciona atención médica a 15 localidades, el CSR está integrado a un programa de micro red rural de Hermosillo y comparte los recursos humanos con el CSR de San Miguel de Horcasitas, San Pedro el Saucito, La Colorada y La Victoria dichos recursos son: 9 Médicos, 1 Odontólogo, 6 Médicos Pasantes de Servicio Social, 5 Enfermeras, 1 Promotor, 4 administrativos, 1 Psicólogo y 3 personas de Trabajo Social, en CSR de Estación Pesqueira se ofertan programas para mejorar el bienestar de la población, como son el Programa Oportunidades y el de Seguro Popular, los cuales buscan incidir en la población de forma positiva mediante una serie de estrategias basadas, en la mejoría, restablecimiento y mantenimiento de cada beneficiario. Sin embargo en esta población como en muchas otras, se presentan una serie de problemas que dificultan el desarrollo adecuado de dichos programas debido principalmente a la diversidad y las diferencias culturales imperantes, la fluctuación de la población y falta de personal de salud capacitado asignado de forma permanente para brindar la atención y dar seguimiento.

La salud de estas poblaciones se afecta de varias maneras, como son los riesgos laborales, (vinculados a la poca protección brindada: envenenamientos por insecticidas, desatención de la seguridad social, largas jornadas laborales, desgaste físico), pobreza marginación, movimientos poblacionales, vías de acceso alejadas y terracería entre otros. Según el INAH, aquellas personas que trabajan en campos cuyo producto está destinado a la exportación gozan de una mayor protección laboral comparadas con aquellos que laboran en campos de producción para el mercado doméstico. Todo esto aunado a la baja cobertura de servicios de seguridad social, el bajo entusiasmo por participar en el cuidado de la salud, la alta prevalencia de enfermedades como el alcoholismo y la drogadicción, una población migrante con la llegada y partida de casos, fomentando el sub-registro y la atención deficiente.<sup>44</sup>



#### **7.2.4 Estructura social**

Estación Pesqueira ha modificado, profundamente su estructura y dinámica, modificando su perfil demográfico ya que constituye el núcleo de mayor densidad de población del municipio. Pasó de poco más de 500 habitantes en la década de 1990 a cerca de 6 mil en 2005. Cada año, por temporadas, la población aumenta y puede llegar hasta 35,000 habitantes.

En 2009 La población se clasifica, al menos, en tres estratos distintos: los pobladores tradicionales sonorenses, los inmigrantes que han terminado por asentarse y el grupo numeroso estacional de jornaleros temporales que la visitan cada año por un periodo de seis a siete meses. El movimiento de personas que en su mayoría son jornaleros de Oaxaca, Puebla, Hidalgo, Guerrero, Zacatecas, Veracruz, Guanajuato, Michoacán, Chihuahua, Nayarit etc., lo que implica una irrupción de la dinámica social en un sitio de tradición rural y culturalmente heterogéneo. Los procedentes de Oaxaca en su mayoría son triquis, mixtecos y zapotecos, quienes cuentan con organizaciones y líderes que median en la relación con las autoridades ya que son el grupo más numeroso.

#### **7.2.5. Educación y cultura**

Al inicio del ciclo escolar 1997-1998 el Municipio contaba con 19 escuelas de los diferentes niveles educativos, atendiendo en ellas a 1,027 alumnos; al inicio del ciclo 2000-2001 cuenta con 15 escuelas que atienden a 1,118 alumnos. Esto significa un incremento de 91 alumnos más atendidos en el presente ciclo respecto al ciclo de referencia.

Para el ciclo escolar 2000-2001 las escuelas oficiales de Educación Básica atienden a un 97.0 por ciento del total de alumnos inscritos en los niveles educativos iniciales, preescolares, primarios, secundarios y especiales. La cultura ha sido alterada por el flujo migratorio significativo, sobre todo de indígenas del sur del país, lo cual ha generado la aparición de discriminación, intolerancia y racismo. Además ha aumentado la presión sobre los servicios básicos como salud, educación, luz, agua, etc. en un poblado que no cuenta con lo adecuado para este crecimiento poblacional en cuestión de infraestructura social.

Existe infraestructura mínima para impulsar el conocimiento pero el aprovechamiento de estos recursos es muy irregular entre la población. Entre los medios de comunicación que intervienen en gran medida en la educación y cultura de la comunidad, tenemos que se cuenta con servicio de correos, telégrafo, red telefónica y recibe señales de canales de televisión y radio.

#### **7.2.6. Economía.**

Las actividades agrícolas y ganaderas son el principal sostén de los pobladores desde hace varias generaciones. La agricultura ocupa el primer lugar respecto al dinamismo económico, debido a los empleos que genera y el valor económico de la producción. Estación Pesqueira forma parte, junto con Caborca y la Costa de Hermosillo, de una región agrícola muy importante.

El 80% del cultivo nacional de uva de mesa es cosechado en estas regiones, las cuales generan un aproximado de 1500 cajas (8.2 kilos) por hectárea, cuyo destino final es el mercado estadounidense en un 95%. Cuando la temporada de cosecha es buena, hay una mejoría económica, sin embargo esta no evita que el contexto local siga siendo de rezago social y alta marginación. La actividad industrial en el municipio se limita al empaque de productos agrícolas como son la uva de mesa, calabaza y melón, los cuales en su mayoría son enviados a los Estados Unidos.

Los servicios de comercio se brindan a través de 17 tiendas de abarrotes, de los cuales 4 son oficiales y los restantes particulares, esta infraestructura se considera adecuada para la población. Un punto importante es el buen potencial turístico natural de la región como son los "Parajes" sobre el río San Miguel, donde es necesario aprovechar su potencial para la creación de paseos campestres e infraestructura afín al sector.

Estación Pesqueira, cuenta con una población económicamente activa de 785 habitantes y una población inactiva de 779. De los habitantes activos 615 se ocupan en el sector primario, 27 en el sector secundario y 64 al terciario 77 no especifican actividad y solo 2 se encuentran sin ocupación.

## VIII. MARCO JURÍDICO

Sin duda cuando se aborda el tema de la educación, sexualidad y padecimientos como el VIH/sida en la población y sobre todo en la adolescente; es importante realizar la referencia del máximo ordenamiento jurídico de nuestro país: La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las garantías que tiene el individuo.

Como lo señala el Artículo 4, en su capítulo I de las Garantías Individuales: “El varón y la mujer son iguales ante la ley: Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.” *(Reformado mediante decreto publicado en el diario oficial de la federación el 31 de diciembre de 1974).*

Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. *(Reformado mediante decreto publicado en el diario oficial de la federación el 31 de diciembre de 1974).* Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta constitución. *(Adicionado mediante decreto publicado en el diario oficial de la federación el 03 de febrero de 1983).*

Toda persona tiene derecho a un medio ambiente adecuado para su desarrollo y bienestar. *(Adicionado mediante decreto publicado en el diario oficial de la federación el 28 de junio de 1999).*

Toda familia tiene derecho a disfrutar de vivienda digna y decorosa. La ley establecerá los instrumentos y apoyos necesarios a fin de alcanzar tal objetivo. *(Adicionado mediante decreto publicado en el diario oficial de la federación el 07 de febrero de 1983; el decreto dice que es Reforma).*

Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral. *(Reformado mediante decreto publicado en el diario oficial de la federación el 07 de abril del 2000).*



Los ascendientes, tutores y custodios tienen el deber de preservar estos derechos. El estado proveerá lo necesario para propiciar el respeto a la dignidad de la niñez y el ejercicio pleno de sus derechos. *(Adicionado mediante decreto publicado en el diario oficial de la federación el 07 de abril del 2000).*

El estado otorgara facilidades a los particulares para que coadyuven al cumplimiento de los derechos de la niñez. *(Adicionado mediante decreto publicado en el diario oficial de la federación el 07 de abril del 2000. fe de erratas publicada en el diario oficial de la federación el 12 de abril de 2000).*

Toda persona tiene derecho al acceso a la cultura y al disfrute de los bienes y servicios que presta el estado en la materia, así como el ejercicio de sus derechos culturales. El estado promoverá los medios para la difusión y desarrollo de la cultura, atendiendo a la diversidad cultural en todas sus manifestaciones y expresiones con pleno respeto a la libertad creativa. La ley establecerá los mecanismos para el acceso y participación a cualquier manifestación cultural. *(Adicionado mediante decreto publicado en el diario oficial de la federación el 30 de abril del 2009).*

El abordar población indígena, implica respetar usos y costumbres el **Artículo 2** menciona: La nación mexicana es única e indivisible. *(Reformado mediante decreto publicado en el diario oficial de la federación el 14 de agosto del 2001).*

Dejando asentado en el Apartado B: la federación, los estados y los municipios, para promover la igualdad de oportunidades de los indígenas y eliminar cualquier práctica discriminatoria, establecerán las instituciones y determinaran las políticas necesarias para garantizar la vigencia de los derechos de los indígenas y el desarrollo integral de sus pueblos y comunidades, las cuales deberán ser diseñadas y operadas conjuntamente con ellos. *(Reformado mediante decreto publicado en el diario oficial de la federación el 14 de agosto del 2001).*

Fracción VIII: establecer políticas sociales para proteger a los migrantes de los pueblos indígenas, tanto en el territorio nacional como en el extranjero, mediante acciones para garantizar los derechos laborales de los jornaleros agrícolas; mejorar las condiciones de salud de las mujeres; apoyar con programas especiales de educación y nutrición a niños y jóvenes de familias migrantes; velar por el respeto de sus derechos humanos y promover

la difusión de sus culturas. *(Reformado mediante decreto, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de agosto de 2001).*

Desde la detección de los primeros casos de VIH/sida en el ámbito mundial, paralelamente se produjeron diversos actos de violación a los derechos humanos de las personas afectadas. Surgió una corriente de opinión que planteaba, la conveniencia, de limitar los derechos de las personas afectadas e inclusive se pronunciaba por su aislamiento, en aras de salvaguardar la salud pública. La OMS postulaba que el irrestricto respeto de los derechos humanos de las personas no solo era un imperativo ético y jurídico.

En México se registró un alto número de contagios por vía de las transfusiones, que afectaron a los donadores remunerados, usuarios de los bancos de sangre, a mujeres que fueron transfundidas al momento de ser atendidas en sus procesos reproductivos y a menores de edad con hemofilia. Este matiz transfusional inicial de la epidemia se explica por actos de regulación sanitaria tardía, ya que si bien es cierto que en 1986 se estable la obligatoriedad de la prueba de detección de VIH en sangre (Norma técnica para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos, artículo 14, fracción VII, inciso e), en 1987 se prohíbe la venta de sangre y es hasta 1988, que se crea el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea como organismo de regulación y verificación sanitaria.

La regulación del sida como enfermedad transmisible contenida en la Ley General de Salud, data de una reforma legal publicada en el Diario Oficial de la Federación el 27 de mayo de 1987. La ley se publicó el 7 de febrero de 1984 y el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica el 14 de mayo de 1986, se determinó que las disposiciones fueran enfocadas a padecimientos de fácil transmisión, no necesariamente incurables (cólera, fiebre tifoidea y sarampión) y que el tratamiento normativo sea inadecuado para el SIDA. Por cuanto hace a su carácter de enfermedad transmisible y que, al menos formalmente exista la posibilidad de aislamiento de las personas infectadas o la prohibición de que puedan internarse en el territorio nacional. Así mismo, el artículo 36 del citado reglamento determina que; el personal que preste sus servicios en algún establecimiento de atención médica en ningún caso podrá desempeñar sus labores, si padece alguna de las enfermedades infectocontagiosas, motivo de notificación obligatoria. Lo que ha generado antecedentes de trabajadores de la salud,

despedidos, a los que se les ha negado el acceso a las residencias medicas o se les ha impedido atender pacientes por el hecho de ser seropositivos.

Respecto al marco normativo de los derechos fundamentales existentes en México al momento de la detección de los primeros casos de VIH/sida, el concepto de derechos humanos era ajeno al sistema constitucional mexicano, en donde se estableció el concepto de garantías individuales, entendidas como aquellos derechos que el particular, en su carácter de gobernado, tiene respecto al estado y sus autoridades. La reforma al artículo 102 de la Constitución Federal en 1990 ordena la obligación del congreso de la Unión y de las legislaturas de las entidades federativas de establecer organismos de protección a los derechos humanos que ampara el orden jurídico mexicano (modificación que dio lugar a la creación de las Comisiones de Derechos Humanos). Incorpora al léxico constitucional el término “derechos humanos”, influyendo, tal reconocimiento tardío de los derechos humanos, de manera decisiva en el plexo normativo de nuestro país y en la doctrina, ya que de manera recurrente sostiene, que tal clase de derechos, únicamente opera frente al Estado y por ende, en las relaciones entre particulares no se puede evidenciar una violación de derechos humanos.<sup>45</sup>

El derecho a la protección a la salud fue incorporado al texto constitucional en 1983 cuando son detectados los primeros casos de sida, en sus primeros años no tuvo una aplicación en la práctica, en tanto que el derecho a la no discriminación fue reconocido en la Constitución hasta agosto de 2001, mediante la adición de un párrafo tercero al artículo primero de la Constitución Federal. Prohibiéndose toda diferenciación de trato por razones de “origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas”. Si bien este derecho se encuentra establecido en varios tratados internacionales en materia de derechos humanos, suscritos y ratificados por nuestro país, es hasta 1999 cuando la Suprema Corte de Justicia de la Nación reconoció que los tratados internacionales tienen una mayor jerarquía que la legislación ordinaria, y que solo están subordinados a la Constitución Federal.



En este contexto, como aconteció en otros países, concomitante al surgimiento de la epidemia, se produjo una diversidad de actos violatorios a los derechos humanos de las personas infectadas con VIH/sida (algunos se siguen produciendo actualmente.). Por ejemplo la realización de exámenes de detección sin el consentimiento informado, la difusión indiscriminada del estado de salud de las personas con VIH/sida, el despido de trabajadores infectados, la expulsión de los menores de edad de las escuelas, maltrato y deficiente atención médica, establecimiento de la prueba de detección como requisito para ser contratado y numerosas otras formas de discriminación en contra de las personas afectadas con VIH/sida.

Lo anterior explica que en México las actividades realizadas por los grupos de enfermos y por organizaciones no gubernamentales, en aras de lograr el respeto de los derechos humanos de las personas afectadas por el VIH/sida, mediante la movilización social y la promoción de juicios paradigmáticos ante los tribunales, hayan tenido una influencia concluyente en el desarrollo de nociones tales como la exigibilidad judicial del derecho a la protección de la salud, el acceso gratuito al suministro de medicamentos y a los servicios públicos de salud, la responsabilidad profesional médica, el derecho a la no discriminación, el consentimiento informado, la confidencialidad del estado de salud de las personas y el respeto a la orientación sexual. Participación social que contribuyó a resolver la falsa disyuntiva entre la protección de los derechos, la dignidad humana y la exigencia de la salud pública.<sup>23</sup>

La vulnerabilidad de las y los jóvenes tiene su origen, en primer lugar, en el hecho de que la sociedad e inclusive los programas de atención no facilitan, e incluso los excluye del acceso a la información, educación y servicios integrales de salud necesarios para garantizar que el ejercicio de la sexualidad no conlleve riesgos de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual; la visión de que la sexualidad es, primordialmente, coital y reproductiva y por ende, ligada al matrimonio, motiva que la sexualidad juvenil sea un tema que se aborde ya sea desde un lenguaje de represión o abstinencia "hasta el matrimonio", o de riesgos y temor. Los adolescentes y jóvenes tienen el derecho a exigir las herramientas necesarias para vivir su sexualidad de una manera sana, placentera y responsable. Ello supone el acceso a una educación sexual y formación para la vida que les permita una conducta ética, responsable y autónoma, sin violencia o coerción, supone también disponer de la información necesaria para tomar decisiones adecuadas y conocer

los riesgos y las formas de prevención; igualmente, prevé el acceso a servicios de salud de calidad que respondan a sus necesidades, incluyendo el acceso a consejería o a condones, en el caso de prevención del VIH e ITS; ni la educación por sí sola, ni únicamente la información, ni exclusivamente el acceso al condón son efectivos, de ahí la importancia de políticas y programas integrales e intersectoriales.

Todos los adolescentes del mundo, sin importar sexo, religión, color, orientación sexual o habilidad física o mental tienen los siguientes derechos como seres sexuales:

\_ El derecho a ser ella/el mismo, libre de tomar sus propias decisiones de expresar lo que piensa, de disfrutar de la sexualidad, de estar seguro/a, de elegir casarse o no casarse, y de planear una familia.

\_ El derecho a estar informado, sobre sexualidad, anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual ITS y VIH/sida y sobre sus derechos sexuales.

\_ El derecho a estar protegido de embarazos no planeados, ITS, VIH/sida y de abusos sexuales.

\_ El derecho a tener servicios médicos confidenciales, a precios accesibles, de buena calidad y respetuosos.

\_ El derecho a participar en la planeación de programas juveniles, tomar parte en reuniones y seminarios y tratar de influir en los gobiernos, por los medios apropiados.

La educación integral en sexualidad favorece que adolescentes y jóvenes adquieran conocimientos y habilidades para tomar decisiones responsables e informadas sobre sus relaciones sexuales y sociales. También promueven conductas que reducen los riesgos y propicia que esta población se cuestione, explique y clarifique valores y actitudes.

Mediante la educación sexual en las y los adolescentes se busca promover conductas que reduzcan los factores de riesgo de transmisión de VIH y otras ITS, situación expuesta en diversas investigaciones donde se demuestra que mediante La adquisición de



conocimientos se: a) retrasa el inicio de las relaciones sexuales, b) reduce la frecuencia de actividad sexual sin protección, c) disminuye el número de parejas sexuales, d) aumenta el uso de métodos de protección contra el embarazo no planeado y las ITS.

## **IX. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA SOCIAL**

Estos datos se obtuvieron de acuerdo a la metodología descrita en las páginas 24 y 25. Fueron descritos de acuerdo a las necesidades detectadas en los adolescentes de Estación Pesqueira pertenecientes a la telesecundaria número 61, sobre sus conocimientos y actitudes hacia el VIH/sida y las ITS. Se describen medidas de tendencia central por grupo etario y grado académico, cruzando esta información con las variables sobre conocimiento, prevención y manifestación de ITS y VIH/sida.

Del 100% (280) del alumnado de la Telesecundaria No. 61, 93.2% (261) respondieron la encuesta, el 6.8% (19) no lo hicieron, debido a que no se presentaron a clases el día que se aplicó el instrumento (Fotografía 1-4, Anexo 4); el rango de edad de la población encuestada fue de 12 a 17 años, la media de edad fue de 13 años. La distribución por sexo fue: 53 % (139) mujeres y 47% (122) hombres.

De acuerdo al nivel escolar la distribución fue similar en el primer y segundo grado 38.3% (100), en el tercer grado fue 23.4% (61).

Según las características de las variables socioeconómicas, el 81% (212) cuenta con casa propia, la cual está conformada en su mayoría 35% (91) por dos habitaciones, en donde conviven de 5 a 6 personas en el 42% (113); los padres y madres de estas familias saben leer y escribir en el 88% (231) y 85% (222), respectivamente. Cabe mencionar que solo el 15.3% (40) de la población encuestada reconoció pertenecer a una grupo étnico, siendo la zapoteca 6.5% (17) y triquí 5.4% (14) las etnias de mayor proporción.

En relación con haber recibido alguna información acerca del VIH/sida, el 91% (237) de los adolescentes respondió de manera afirmativa, siendo las mujeres en mayor porcentaje en comparación a los hombres, las que reconocieron en algún momento tener información en un 53% (123). En relación con creer que existe el VIH/sida, el 97% (253) respondió afirmativamente; es importante destacar que el 51% (134) piensa que es lo



mismo tener VIH y/o sida, el 22% (57) respondió de manera correcta que no es lo mismo y el 27% (70) reconoció no saber la diferencia.

En lo relacionado con la transmisión del VIH/sida: el 91% (238) aseguró que es debido a no utilizar preservativo al momento de tener relaciones sexuales; a través de la sangre el 80% (209) y el 62% (163) tiene conocimiento que es de madre a hijo; por la picadura de un mosquito, besar a una persona o tocar el sudor de una persona se respondió en: 29% (75), 10% (27) y 4% (10) respectivamente.

El 67% (175) negó poder reconocer a simple vista que una persona es portadora del VIH, 25% (63) dijeron no saber; pero el 88% (230) sabe que el condón protege contra el VIH/sida.

Al preguntar sobre la existencia de un tratamiento para el VIH/sida que controla la enfermedad; el 60.5% (158) refirió afirmativamente, el 18.7% (49) refirió que el tratamiento no existe o no saber sobre su existencia y el 16% (41) aseguró que el tratamiento cura la enfermedad.

El 15% (38) de la población encuestada respondió haber iniciado vida sexual, un 2% (6) se abstuvo de responder esta pregunta. El rango de edad, del 92% (35) que respondió la edad de inicio de vida sexual, fue de 9 a 15 años. Los determinantes sociales de quien respondió inicio de vida sexual a los nueve años de edad son: vivir en una casa prestada, conformada por dos habitaciones las cuales se comparten entre 10 personas, sus padres no saben leer ni escribir, niega pertenecer a un grupo indígena y/o no sentirse identificado o formar parte de alguno de ellos. Agrupando a la población de 10 a 14 años de edad de acuerdo a estos determinantes, se observó lo siguiente: un 93% (28) aceptó haber iniciado vida sexual, un 7% (2) no respondió esta pregunta. En este grupo de adolescentes se identificó que el 7% (2) pertenecían a un grupo étnico (Zapoteco y Yaqui). El 83% (25) habita en casa propia, el 10% (3) renta y el 7% (2) vive en casa prestada; la casa en un 30% (9) es de tres habitaciones y en 26% (8) de dos recamaras. Cinco personas es el número con las cuales comparten la vivienda en un 33% (10), cuatro y seis personas en el 20% (6) hasta el extremo en un 3% (1) de cohabitar con 12 personas. El padre sabe leer y escribir en el 97% (29) mientras que la madre lee y escribe en un 90% (27).

Los determinantes sociales de la población que inicio vida sexual a los 15 años de edad, el 100% (4) viven en casa propia, el 75% (3) convive con seis personas y el 25% (1) comparte la vivienda con cinco personas; la casa está conformada por dos habitaciones en el 50% (2). Ambos padres saben leer y escribir en el 100% (4) y ninguno refirió pertenecer a un grupo indígena o provenir de alguna etnia.

La media de edad del inicio de la vida sexual fue de 13 años. El 76% (29) de la población que inicio vida sexual fue del género masculino, pero fue del género femenino quien reporto el inicio de la actividad sexual a los nueve años de edad.

Al plantear si utilizaban algún método para protegerse del VIH/sida, se obtuvo como respuesta que: el condón en un 49.4% (129), no tener relaciones sexuales un 39% (102) y fidelidad en un 6.8% (18) son las formas en las cuales se protegen.

Ante la idea de pensar que se ha contraído VIH, y preguntar: ¿Qué haría?, respondieron: el 88% (230) dijo una prueba de VIH, un 6.5% (17) comento no querer saberlo y el resto no respondió la pregunta 5% (14).

Un 90% (236) de los adolescentes manifestaron que hablarían con sus padres en caso de saber que están infectados con VIH, un 44% (114) lo comentaría con las parejas con las cuales ha tenido relaciones sexuales, con maestros y amigos el 40% (103) y 26% (68) respectivamente.

Al ser reiterativos en lo relacionado con las medidas preventivas y sondeando sobre la utilización del condón con las parejas ocasionales: el 10% (27) respondió que siempre lo utiliza (6% hombres), 8% (8) nunca y 4% (10) a veces.

En lo que se refiere a la discriminación hacia las personas que son portadoras de VIH/Sida, el 15% (40) refirió que no aceptaría darles la mano o trabajar con ellas; un 20% (54) no está dispuesto a vivir en la misma casa y cerca del 40% (100) no tomaría agua del mismo vaso.

## **9.1. Resultados de acuerdo al cruce y análisis de información del instrumento de estudio.**

### **9.1.1. Información General**

Al preguntar lo que significa para ellos una ITS. (Tabla 1 ). Se observó que el 85% (223), dijo que las ITS se contraen por contacto sexual, un 51%, (133) manifestó que eran contraídas por transfusión de sangre contaminada y un 13.8% (36) por servicios sanitarios y solo el 12% (31) manifestó que se contrae mediante uso de prendas personales.

El análisis del conocimiento de los participantes sobre las ITS, registró que más del 80% (223) dijo saber sobre las ITS, para medir este conocimiento se les enlistó una serie de padecimientos de los cuales debían identificar una ITS. (Tabla 2). Se observa que la infección del VIH/sida es la ITS más conocida por la población encuestada con un 79% (206) de menciones, seguido de gonorrea 46% (121) y herpes simple 41% (106). Es importante mencionar que podría ser consecuencia de temas tratados recientemente en el ámbito escolar o por campañas de salud a cargo de la unidad médica de la zona o estar contemplados al estructurar el programa académico. Es importante señalar que el 41.7% (109) no identifica la sífilis ni la tricomoniasis como una ITS.

De igual manera se les interrogó sobre las manifestaciones clínicas más frecuentes, en la Tabla 3 se muestran los resultados. Las manifestaciones clínicas mencionadas fueron: en primer lugar el ardor al orinar 57.5% (150), en segundo lugar la secreción vaginal 51% (135). Con lo que se puede deducir que un poco más de la mitad de los adolescentes tiene conocimiento de manifestaciones clínicas adecuadas sobre las ITS; sin embargo un 64.7% (169), no identifican de forma correcta las manifestaciones de las ITS. Lo anterior debido a que esta población considera: la tos seca 11.9% (31), la falta de aire 8.8% (23), el zumbido de oídos 4.2% (11) y la inflamación de los miembros inferiores 39.8% (104), como manifestaciones clínicas de ITS, evidenciando claramente el desconocimiento.



### 9.1.2. Información por Sexo

Para identificar si existe diferencia entre genero en el conocimiento de las ITS y en especial el VIH/sida, se realizó un comparativo con las variables del conocimiento del VIH/sida y las ITS, dicho análisis inicia cruzando la variable sexo con la pregunta: ¿cómo se transmite el VIH/sida? (Tabla 4). Observando que, en la pregunta ¿Cómo se trasmite el VIH-sida? la respuesta “con relaciones sexuales sin condón”, ocupa el primer sitio al ser contestada correctamente por los encuestados en un 88.5% (231); donde el sexo femenino represento el 48.2% (121) y el sexo masculino el 43.8% (108), seguida por la respuesta “de una madre a su bebe” en un 61.3% (160). El sexo femenino represento el 36.8% (88) y el masculino el 30.1% (72). Se aprecia que el sexo femenino obtuvo los porcentajes ligeramente más altos, cabe hacer mención que un 7.6% (20) respondió de forma errónea o que no sabia en igual proporción en ambos sexos.

Sin embargo al considerar las respuestas “se trasmite por picadura de mosquito, al besar a una persona, a través de la sangre y al tocar el sudor de una persona” existe un 48.2% (126) adolescentes que tienen una idea errónea de la transmisión del VIH, donde el 26.8% (70) son representados por el sexo masculino y el 21.4% (56) el sexo femenino.

Al analizar el conocimiento de las ITS, en relación al sexo de los participantes; los resultados se muestran en la tabla 5. Identificándose que el 38.7% (101) de los hombres y 45.2% (118) de las mujeres menciono que una ITS es una enfermedad que se contrae por “Contacto Sexual”. Seguido de “transfusión de sangre contaminada” como la más mencionada, el sexo femenino represento 30% (78) mientras que el sexo masculino el 20.7% (40); mostrando ligeramente un conocimiento mas elevado las mujeres en comparación de los hombres.

Posteriormente se analizó si los adolescentes tienen el conocimiento de las diferentes ITS. (Tabla 6). Cruce de conocimientos de las ITS por sexo. Se observa que la infección mas conocida es el VIH/sida que equivale al 78% (203) en la población encuestada, donde el sexo femenino represento el 43% (112) y el sexo masculino en un 35% (91), seguida de la Gonorrea en un 45.2% (118). Al desglosar por sexo, corresponde el 26% (67) al sexo femenino y un 20% (51) al sexo masculino; es importante mencionar que el sexo femenino tienen un mejor conocimientos acerca de las ITS de acuerdo al

resultado obtenido. Dentro de los resultados es importante remarcar que la sífilis, hepatitis B y la tricomoniasis son poco identificables por los adolescentes como ITS, considerando ambos sexos y en orden de mayor a menor en un 30% (91), 15% (39), y 5% (13) respectivamente.

Como observamos en la tabla 7, al realizar el análisis de la identificación de las manifestaciones clínicas de las ITS entre sexos, las manifestaciones clínicas correctas de una ITS fueron ubicadas por los adolescentes en la encuesta de la siguiente manera, el ardor al orinar en el 29% (76) de los hombres y un 27% (71) en las mujeres, seguido de la secreción vaginal las mujeres en un 26.8% (70) y los hombres en un 23.8% (62). La secreción uretral, las mujeres en un 18% (47) y los hombres en un 14.2% (37) ubicando al sexo femenino ligeramente con mayor conocimiento de estas. Sin embargo llama la atención que existe un 60% (163) de los encuestados con conocimiento erróneo ya que seleccionaron manifestaciones que no corresponden a una ITS donde el sexo masculino representan el 32% (84) y el femenino el 30.2% (79).

El 49.4% (129) manifestó que “el uso del condón” es el método que utilizan para protegerse del VIH/sida, el sexo masculino en un 27.2% (71) y el femenino en un 22.2% (58). El “no tener relaciones sexuales” represento el 16% (42) en el sexo masculino y 23% (60) en el sexo femenino; son los métodos más utilizados por ambos sexos en un 88.5% (231). En lo que respecta a haber realizado la prueba de detección de dicha infección respondieron en un 41% (98) los hombres y 50% (120) mujeres que no se han realizado la prueba; en contraste el 3.7% (9) de hombres y 1% (2) de mujeres si se han realizado la prueba; es importante mencionar que el 100% (38) de los adolescentes que respondieron haber iniciado vida sexual, utilizaron condón el 63.1% (24) de los hombres y el 21% (8) las mujeres, es preocupante que el 16% (6) no lo utilizo.

### 9.1.3. Información grupal

Para identificar si el grado académico era un factor para el conocimiento del VIH/sida y el resto de las ITS se procedió a realizar cruce de información entre la edad y grado escolar de los encuestados; de 12-13 años (primer grado) 13-14 años (segundo grado) y 14 años y mas (tercer grado), Tabla 8.

Lo que aportó que el grupo de edad de 13 a 14 años quienes representan la población del segundo grado escolar en la secundaria mostraron tener más conocimiento de la forma como se trasmite el VIH y de que forma no, sin embargo llama la atención que este conocimiento en lugar de acrecentarse para el tercer grado disminuye significativamente, por ejemplo en la aseveración que el VIH se trasmite por relaciones sexuales sin condón fue contestada correctamente en un 36% (93) por los alumnos de segundo grado, seguida por un 33% (85) en los de primer grado y en un 23.3% (60) en los alumnos de tercer grado.

Situación similar ocurre en relación al grado escolar en el cuestionamiento sobre ¿Qué es para ti una ITS? (Tabla 9), donde los alumnos del segundo grado obtuvieron mayor porcentaje en el conocimiento adecuado al referir en mayor número ser una “infección adquirida por contacto sexual” en un 32.2% (84), seguido por un 31.4% (82) correspondiente al primer grado escolar y un 21.8% (57) en el tercer grado. Seguido de “Transfusión de sangre contaminada” 16% (41), 22% (57), 13% (35), de la misma forma de acuerdo al orden progresivo del grado académico.

Para la identificación de las ITS por grado académico, se cruzan las variables sobre el conocimiento de estas de acuerdo al grado escolar (Tabla 10).

Se muestra que los alumnos de primer grado tienen menos conocimiento de las ITS, Gonorrea 9.2% (24), Herpes 8.8% (23), Sífilis 6.1% (16), Tricomonas 3% (8) y Hepatitis B 3.4% (9). La ITS de más puntuación para todos los grados es VIH/Sida, primero 29% (75), segundo 31% (80), tercero 19.5% (51). Los alumnos de segundo y tercer grado muestran un mayor conocimiento de las demás ITS en comparación con los de primer grado; pero se identificó que estos porcentajes son pobres. Para entender mejor estos resultados se realizó el factor conocimiento de ITS, se sumaron las menciones de los adolescentes acerca si



identificaban cuál de estas es una ITS y se obtuvo un promedio (Tabla 11). Se observó que los adolescentes de primer grado (media 1.8) tienen menor conocimiento de las ITS, seguido de segundo grado (media 2.4) y por último tercer grado (media 2.9) con mayor conocimiento. Sin embargo los promedios están por debajo de lo esperado, queda de manifiesto el riesgo en esta población de adquirir una ITS debido a la actividad sexual y desconocimiento de los modos de contagio de las mismas.

Para analizar si existen diferencias significativas en el conocimiento de las ITS en función de las variables relativas a grado académico, ya con los promedios se relacionó el conocimiento por grado, se realizaron análisis de varianza de una sola vía (tabla 12), mediante lo cual observamos que existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de comparación (1°, 2° y 3°), donde la media del conocimiento de tercer grado es (2.96) la de segundo grado (2.41) y a la de primer grado (1.74) infiriendo diferencias marcadas en el conocimiento.

Es notorio como el mejor conocimiento sobre el VIH/sida e ITS se manifestó en los alumnos de segundo grado, y como este se va perdiendo, de acuerdo a las estadísticas ya que los alumnos de tercer grado son quienes tienen el mayor porcentaje de respuestas erróneas o ignoradas, por lo que es prudente comentar que durante el levantamiento de la encuesta, se nos informa por parte de uno de los maestros que se encuentra a cargo del programa de “orientación en salud para los adolescentes”, refirió haber terminado una capacitación con los alumnos de primer y segundo grado en relación a “estos temas”.

De acuerdo al grado escolar se analizó cual método utilizan para protegerse del VIH/sida, el uso de preservativo fue el más mencionado por los alumnos de segundo grado 24% (62), los alumnos de primer grado 15% (38). No tener relaciones sexuales en los alumnos del primer grado 16.1% (41) obtuvo más puntuación, seguido de los alumnos de segundo grado 15% (38) y por último los alumnos de tercer grado 9.2% (24) Tabla 35.

## X. Conclusiones y Discusión

La propagación del VIH/sida entre los jóvenes se puede considerar como una “catástrofe global”. El VIH/sida se ha transformado en una enfermedad de los jóvenes; las personas entre 15 y 24 años de edad constituyen aproximadamente los cinco millones de nuevos casos (registrados) que cada año se agregan a las infecciones del VIH en todo el mundo. Un joven es infectado por el virus cada catorce segundos. La pobreza es determinante en la propagación del VIH, el 87% de los jóvenes del mundo viven en países en desarrollo y uno de cada cuatro viven en la extrema pobreza, sobreviviendo con menos de un dólar al día. La OMS afirma que el 50% de las nuevas infecciones en el mundo se transmite a adolescentes (unas 7 mil personas al día). La mayoría de los jóvenes sero positivos desconoce que lo son e igualmente desconocen el estado serológico de sus compañeros sexuales.<sup>46</sup>

Mediante el instrumento utilizado (encuesta) con el cual se recopiló información de variables sociodemográficas, de conocimiento, percepción de riesgo de contraer: VIH, ITS; síntomas más frecuentes, métodos de prevención; inicio de vida sexual; tolerancia y discriminación, en los adolescentes de la escuela secundaria #61 de Estación Pesqueira, se encontró que dentro de la población estudiantil predominó el sexo femenino con un 53% (139) con respecto al sexo masculino 47% (122). El 93.2% (261) de la población escolar accedió a participar, el 7%.(19) restante no se presentó a clases el día que se levantó dicha encuesta. Dentro de la población total (261) de la secundaria (tabla 13), cabe señalar que el 15.3% (40) dijo pertenecer a una etnia, de este porcentaje el 55% (22) correspondió al sexo femenino y 45% (18) al sexo masculino, es importante mencionar que al momento de aplicar la encuesta, en los tres grados escolares, se tuvo que explicar el término etnia, ya que la gran mayoría desconocía su significado o no se asumió pertenecer a este (puede tomarse como un conflicto), ya que el desarrollo de identidad es una tarea compleja para todos los adolescentes; *es particularmente complicada para los adolescentes pertenecientes a un grupo étnico minoritario en la sociedad de acogida. Debido a las diferentes presiones que ellos viven. Por una parte tienen los mensajes de la cultura del hogar, los mensajes de sus pandillas y finalmente los mensajes de la sociedad nueva a la que se tienen que adaptar, a pesar que es una gran oportunidad para su desarrollo a veces, el adolescente se*

*encuentra como atrapado entre las creencias y valores étnicos de sus padres, de su grupo de amigos y así como también de la sociedad. Esto causa un estrés, el cual se suma al ya existente estado conflictual natural del desarrollo de la identidad del sí mismo.*<sup>47</sup>

El 91% (237) de los encuestados dijo tener información sobre VIH, presentándose la mayor proporción de dicho conocimiento en el sexo femenino que equivale al 53% (123), cabe resaltar que a pesar de haber referido tener información sobre el VIH/sida; más de la mitad de los adolescentes 51% (134) no identifica diferencia entre VIH y sida. Lo consideran como un mismo padecimiento, es importante mencionar que a pesar que 237 de los encuestados, identifica de forma correcta las vías de transmisión, persiste la idea errónea que este es transmitido por, la picadura de un mosquito 15.8% (36) ambos sexos, besar a una persona 6.6% (15) 4.8% (11) o tocar su sudor 3.1% (7) 1.3% (3) hombre y mujer respectivamente (tabla 4). *La mayoría de los jóvenes sexualmente activos desconoce cómo se transmite el VIH/sida, o como protegerse contra él. Estudios realizados en 40 países indican que más del 50% de los adolescentes entre los 15 y 14 años de edad tienen una idea muy equivocada acerca de cómo se transmite la enfermedad. De esta suerte, creen que puede ser por la picadura de los mosquitos y que una persona que luce saludable no puede portar el virus, muchos otros piensan que no están en riesgo o que su riesgo individual es mínimo. Se ha demostrado que en Nigeria, por ejemplo el 95% de las adolescentes entre 15 y 19 años creían que el riesgo de infectarse es mínimo o no existente. En Haití, las cifras llegan a un 93% y cubre a todos los adolescentes, tanto hombres como mujeres. Un estudio llevado a cabo en Malawi, mostró que muchas adolescentes creían que estaban a salvo de infectarse si tenían relaciones sexuales con un joven de familia conocida*<sup>48</sup>

El VIH es considerado como una ITS por la gran mayoría de los adolescentes encuestados e identifican adecuadamente sus vías de transmisión, no así en el caso de otras ITS especialmente Sífilis, Tricomoniasis y Hepatitis B (tabla 6), aunado a no identificar correctamente las manifestaciones clínicas. Todo ello nos habla de un conocimiento a medias, o una inadecuada información lo cual coloca a esta población estudiantil en una situación de vulnerabilidad para adquirir una ITS por el desconocimiento de las mismas, o información errónea sobre ellas y ya manteniendo en algunos casos vida sexual activa. *En general el nivel de conocimiento sobre las ITS es deficiente en la adolescencia, lo cual se*



*debe a la pobre información sobre educación sexual que le hemos brindado a nuestros niños y adolescentes, por lo que los educadores y comunicadores son los máximos responsables de modificar esta situación, teniendo la posibilidad en sus manos de contribuir al disfrute de una sexualidad plena, sana y feliz de los que serán las mujeres y hombres del mañana*<sup>49</sup>

Por lo anterior se deduce la necesidad de una educación integral y multisectorial, estandarizada en cuanto a los contenidos de los temas aquí tratados, pero al momento de realizar las intervenciones considerar los determinantes sociales, es decir las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Con el objetivo de inferir positivamente en el conocimiento y otorgar las herramientas de acuerdo a las necesidades encontradas en los educandos y a su contexto social retomando la participación de estos y de sus familias.

El 15% (35) de los jóvenes encuestados, manifestó inicio de vida sexual activa (IVSA), la media de edad para IVSA fue de 13 años, El 76% (29) de la población que inicio vida sexual fue del género masculino, pero fue el género femenino quien reporto el inicio de la actividad sexual a los nueve años de edad (¿Puede ser considerado que este inicio de vida sexual antes de la adolescencia es un acto consensuado?) donde consensuado significa acordado de mutuo acuerdo entre las partes)). Ante estos resultados, podemos referir un hallazgo importante en el estudio, nos encontramos con un IVSA menor al promedio del país, que la ubica a los 18.3; más temprano para los hombres que para las mujeres<sup>50</sup>, otros autores manejan el promedio de IVSA a los 15.7 años en ambos sexos<sup>51</sup> El intervalo entre la madurez reproductiva biológica (menarca), cada vez más temprana, y la aceptabilidad social de la unión (matrimonio), cada vez más tardía, expone a los adolescentes a una etapa prolongada de “riesgo reproductivo” y social.

*Los programas de educación sexual deben incluir la parte biológica y la afectiva. Las emociones y el respeto a la otra persona, a sus decisiones, actitudes y valores, tanto como a los nuestros. Las personas con educación sexual que conocen y manejan sus emociones, se responsabilizan de sus actos. A demás, suelen retrasar su iniciación sexual y una vez llegado el momento, dicho inicio resulta mucho más constructivo, sano y sin*

*culpas. La valoración personal ayuda a tener conductas preventivas: “si valgo la pena, voy a cuidarme”.*<sup>52</sup>

*La adolescencia es un periodo de cambios biológicos y psicológicos muy notorios aparecen las características sexuales, hay fantasías sexuales, cambios de humor, rebeldía e incertidumbre acerca de su apariencia, es un periodo turbulento donde sin un adecuado seguimiento y apoyo surgen complicaciones.*<sup>53</sup> A esto se une el inicio cada vez más precoz de las relaciones sexuales y su práctica sin protección, el cambio frecuente de parejas, el uso compartido de agujas, el consumo de alcohol y otras drogas que disminuyen las inhibiciones sexuales y perturban la capacidad de juicio; todo ello convierte este período de la vida en una etapa muy vulnerable a ITS, y dentro de ellas a la infección por VIH/sida.

A pesar de que la mitad de la población encuestada reconoce el uso del condón como el medio para evitar la transmisión de el VIH, la otra mitad no lo identifica y el 15% de los estudiantes que refirieron tener vida sexual activa no lo utilizó, cabe señalar que dentro de este grupo solo dos personas refirieron haberse realizado un test para detección del VIH, por otra parte se considera a la fidelidad como un método de prevención el cual al igual que la abstinencia son eficaces como parte de una alternativa no como únicos medios de prevención y cobran mayor relevancia cuando se ofrece una información adecuada y no general en temas de salud sexual y reproductiva, sin tabúes ni implicaciones religiosas. *Los tabúes sociales a cerca de la sexualidad pueden impedir la discusión abierta y la educación eficaz en materia de prevención (VIH/sida e ITS), muchas personas no saben que son VIH-positivas y tienen miedo a someterse a las pruebas por el estigma asociado a un resultado positivo. La vulnerabilidad al VIH/sida esta vinculada a la exclusión social causada por la pobreza y el racismo.*<sup>54</sup>

Los programas preventivos deben de incluir no solo información general, sino una valoración adecuada hacia el uso del condón. Para esto hay que enfrentar actitudes y valores anteriores como los religiosos, que dificultan el cambio de comportamiento y la percepción positiva del condón. *Debemos crear primero un entorno favorable a la práctica sexual para poder incidir en el uso del condón; no podemos simplemente limitarnos a colocar un condón en un objeto inanimado. Necesitamos intervenciones preventivas de tipo*



*vivencial en todos los procesos educativos, no limitadas a la elaboración de carteles, adecuados solo para dar cierta información o recordarla.*<sup>55</sup>

Como parte de los resultados encontramos que a pesar de tener información sobre las vías de transmisión, se evidenció, como persiste el estigma hacia las personas que viven con VIH o sida, al cuestionar la interrelación con ellos ya sea en el ámbito laboral, al compartir un espacio o un objeto lo que desencadena la discriminación. *La creencia de una persona de aspecto saludable no puede estar infectada por el VIH es una idea errónea común que puede dar lugar a relaciones sexuales no protegidas con personas infectadas. Rechazar las principales ideas erróneas sobre los modos de transmisión del VIH es tan importante como el conocimiento correcto de los verdaderos modos de transmisión. La creencia de que el virus puede transmitirse compartiendo alimentos, refuerza el estigma al que se encuentran las personas que viven con el VIH*<sup>56</sup>

Ante este panorama podemos definir, de forma subyacente a esta investigación: que es prioritario identificar cuáles son los factores que están detrás del inicio sexual de los adolescentes, cuáles son las características sociodemográficas o determinantes sociales de los adolescentes que se inician precozmente en la vida sexual o que inician su vida sexual de una manera protegida o no, la vulnerabilidad de los adolescentes en el área de la salud sexual y reproductiva la cual es incrementada por la deficiencia de los canales de educación sexual, lo cual hace que se propicie que estos asuman su sexualidad en un ámbito de inseguridad, falta de información o información deficiente, es prioridad lograr que el adolescente se visualice como sujeto de riesgo e incrementar esta percepción ante el VIH/sida e ITS, esto requiere una respuesta exitosa, desde el punto de vista teórico-práctico y social realizar una intervención educativa que permita elevar el conocimiento de las ITS y sobre todo el VIH/sida, con temas esenciales de estas infecciones, para la adquisición de habilidades y aptitudes hacia ellas, disminuyendo el riesgo de contraerlas, aumentando la conciencia y la responsabilidad sobre su salud y el ejercicio de su sexualidad.

Cada vez se cuenta con mayor evidencia de que los esfuerzos de prevención si reducen los riesgos y contribuyen a menores prevalencias del virus. *En Uganda, la reciente prevalencia del VIH/sida entre mujeres embarazadas de las regiones urbanas indica que si ha habido una reducción de nuevas infecciones entre las mujeres jóvenes. Los estudios*



*sugieren que estas reducciones se deben a comportamientos sexuales de menor riesgo como son, la monogamia o menor cantidad de compañeros sexuales, el uso de condones en las relaciones sexuales y el inicio de estas a mayor edad. La parte negativa, fue ver que entre los jóvenes de menores niveles educativos, la prevalencia aumento, esto indica que, la educación sobre la prevención si está contribuyendo a reducir la infección.<sup>57</sup>*

## 10.1. Proyecto de innovación social

Tomando en cuenta las necesidades encontradas en relación al conocimiento del VIH/sida e ITS en el área de intervención y la población objeto de estudio, “adolescentes” de la escuela secundaria número 61 de Estación Pesqueira, la cual surge del análisis del instrumento (encuesta) utilizado, se decide proponer una estrategia de intervención que resuelva estas necesidades, con el objetivo de incrementar el conocimiento en los educandos, eliminar mitos y creencia así como disminuir la vulnerabilidad de presentar una ITS, considerando a la intervención no la solución sino un mecanismo facilitador de comunicación y educación que promueva la interacción y el auto-aprendizaje como vía para la vinculación gradual de los diversos actores dentro del plantel escolar, así como la participación activa en la elaboración, promoción y validación de los productos didácticos y científicos a integrar, ya que el proceso de educación para el auto-cuidado de la salud sexual y reproductiva no es efectivo si es únicamente un proceso individual dicho proceso resulta ser más efectivo si es colectivo e involucra al conjunto de la comunidad. Sólo, en esta forma, se podrá tener un auto-cuidado que requiere de cuidado mutuo y solidario, en un ambiente comunitario de prevención.

La estrategia de intervención educativa que consideramos adecuada, le nombramos “El armario de la sexualidad” basada en la diseñada por el Equipo Técnico de Comunicación del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA-FNUAP), en su división para América Latina y El Caribe, en conjunto con la Organización no Gubernamental (ONG) Afluentes “Baúl mágico del auto-aprendizaje”,<sup>58.59</sup>. A partir de esta propuesta se han desarrollado variaciones que aprovechan también el proceso de elaboración como espacio pedagógico. La propuesta no se preocupa tanto por el proceso de construcción ni por el componente participativo sino que hace énfasis en el óptimo aprovechamiento del producto terminado y sus beneficios pedagógicos, ya que se considera un medio de consulta ágil y autónomo de información científica y “amable”, en el caso de este proyecto sobre ITS, VIH-Sida, salud sexual y reproductiva en la población adolescente. Se pretende obtener como resultado a largo plazo que el adolescente, sea capaz de identificar sus propios factores de riesgo para contraer ITS, fortalecer la toma responsable de decisiones sobre su salud sexual y reproductiva (postergar IVSA) y promover actitudes y prácticas sexuales saludables.

Auto-aprendizaje e interactividad son los dos elementos claves y diferenciales de esta línea para ofertar el conocimiento; están íntimamente ligados a la posibilidad de la autonomía educativa y del desarrollo de la creatividad como manera de relacionarse.

Propósito: En el plantel escolar generar un espacio creativo de auto-aprendizaje en salud sexual y reproductiva, por medio de materiales interactivos que puedan ser desarrollados por los propios adolescentes.

En el caso particular de la Secundaria #61, donde se realizó el estudio, existe un profesor encargado de dar los temas de salud sexual y reproductiva, a los adolescentes, quien para términos del programa de intervención fungiría como coordinador siendo responsable de integrar el equipo de jóvenes que elaborarán el armario así como verificar la información que se colocará y las respuestas adecuadas ante los cuestionamientos que surjan en los temas a tratar por parte de la población estudiantil. Organizar y realizar actividades de gestión para promover los servicios de este, invitar a los estudiantes a utilizar el armario y definir los horarios de atención. El coordinador sería la persona capacitada y con quien se intercambiaría información para mantener el contacto; dar seguimiento y poder evaluar a largo plazo el programa. Es pertinente involucrar a las autoridades educativas del plantel y otros maestros interesados. Los aspectos que se deben abordar son entre otros: conocimientos sobre VIH- sida e ITS, cómo buscar la información; cómo conversar sobre temas de interés; cómo seleccionar temas de interés y cómo abordarlos de manera adecuada; qué habilidades o conocimientos se obtienen del recorrido por los contenidos del armario y cuales otras alternativas se pueden considerar.

Diseño del proyecto (construcción del Armario): En términos generales, es un recipiente en donde se colocarán objetos de diferentes tipos con información relacionada a las preguntas más frecuentes que tienen los jóvenes sobre sexualidad. Pueden ser frascos, tubos de pintura de labios, cajas de CD o de cerillos, frascos de medicina o cualquier otro objeto. Adentro se colocara un papel con una pregunta, cuya respuesta se va a encontrar en el mismo armario pero en otro objeto, para diferenciarse un área para preguntas y otra para respuestas. El armario también estará organizado por temas, por ejemplo una sección de objetos con preguntas y respuestas exclusivamente sobre ITS/VIH/sida.



Para su diseño se buscarán a aquellos jóvenes que sean hábiles para el dibujo, la construcción y la decoración. Los mejores pintores se pueden encargar de la portada; o bien se puede forrar el armario con fieltro o papel, o se le puede pegar algún collage alusivo. La idea es crear un modelo práctico, colorido y atractivo para llamar la atención de todos. (Los modelos del armario serán tantos como dicte la creatividad de los jóvenes. Puede ser un puesto de periódicos o uno de tianguis (mercado), una cabaña, un prisma, baúl, un refrigerador, o cualquier otro “recipiente” (de preferencia reciclable) en donde se puedan colocar las preguntas y respuestas de los temas referidos así como información en general requerida por la población usuaria).

Una parte del equipo de jóvenes seleccionado se hace cargo de la construcción del armario, asistido por el coordinador, quienes definen los materiales que son necesarios para hacerlo y los adquiere, todo dentro del presupuesto que se haya definido para la actividad o del material que cada uno pueda aportar. Es recomendable que el armario sea ligero y de tamaño manejable para permitir su traslado con facilidad dentro del plantel escolar o donde se puedan efectuar actividades comunitarias si así se desea o requiere.

Será función del coordinador y/o autoridades del plantel involucradas, al momento de estar funcionando este dentro de la secundaria, analizar la respuesta por parte de los jóvenes, así como sugerencias y/o ideas para mejorarlo ya sea modificando la forma en que la información se presenta, sus contenidos, la presentación del armario o cualquier aspecto relacionado con la actividad. Es esencial que el equipo de gestión (coordinador y/o maestros, jóvenes seleccionados para su elaboración y diseño) conozca todos los elementos del armario para que pueda responder a las dudas y comentarios de las y los usuarios.

Sugerencia para autoevaluación: cuaderno diario o bitácora en la cual se registre los incidentes o anécdotas del uso de los materiales: ¿Cuáles son las dificultades para acercarse al armario? ¿Qué actitudes tienen los usuarios con el armario la primera vez y las subsecuentes, si las hay? Cada mes se deben revisar los comentarios y propuestas de los visitantes. (Buzón de sugerencias).

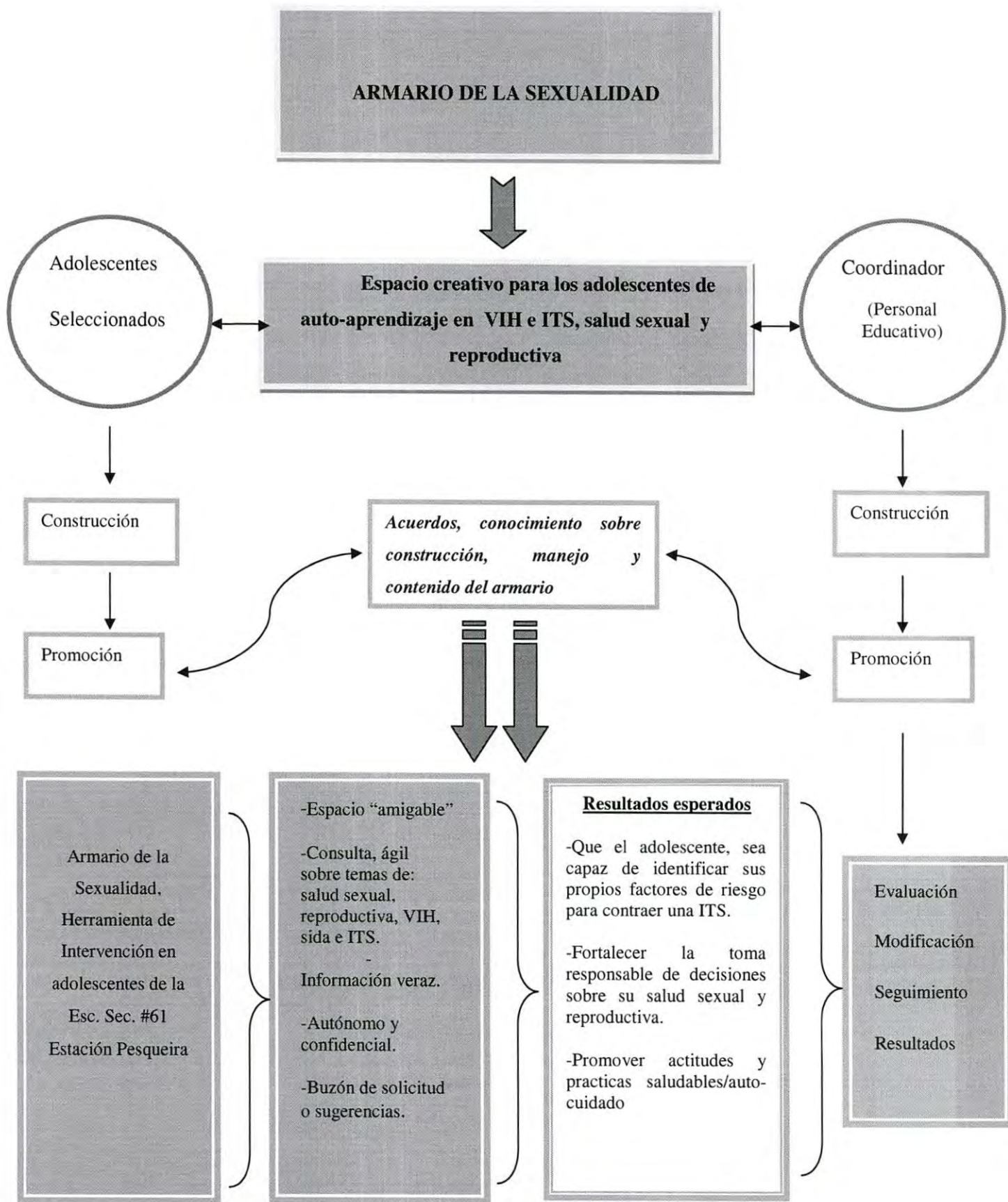
Objetivo: Fortalecer en los adolescentes la capacidad de auto-cuidado en relación a su salud sexual y reproductiva al disponer, en su centro educativo, de un espacio “amigable” para auto-aprendizaje con materiales interactivos que puedan ser consultados en forma libre y confidencial.

Estrategia Metodológica: Inicia desde la perspectiva que la salud es una dimensión estructurante de la vida de cada persona. En este sentido, la adquisición de una nueva cultura de salud sexual y reproductiva se ve facilitada en la medida que las personas ejerzan su autonomía en cuanto a la adquisición de capacidades de autocuidado de su salud, que conlleve a una cultura más centrada en el autocuidado y la prevención, abrir espacios donde se brinde la posibilidad de adquirir estas capacidades. De esta forma, los adolescentes incorporaran en su cultura de educación para la salud un nuevo espacio de aprendizaje, entre la escuela y la familia, que les permitirá adquirir el hábito de informarse a medida que así lo requieran.

Alcances y limitaciones: La mera información no transforma actitudes y, menos, lleva a modificar por sí sola las prácticas de los sujetos. La educación sobre la sexualidad impartida en las escuelas es una de las estrategias que se recomiendan mundialmente para mejorar las condiciones de salud sexual de la población y un elemento clave para la prevención del VIH e ITS. Sin embargo, el alcance de la educación sexual en el ámbito escolar es limitado. Es importante identificar cuáles son las características que se consideran indispensables en la conformación de los contenidos, pero también es imperativo saber cómo y cuándo se evalúan las intervenciones educativas.<sup>60</sup>

Si ha de ser efectiva, una intervención de educación integral para la sexualidad debe ir acompañada de un entorno sociopolítico y cultural que facilite la implementación exitosa de sus programas en las escuelas. Los componentes principales que podrían contribuir a dicho entorno facilitador incluyen una legislación que legitime la educación escolar sobre la sexualidad; un marco político que fortalezca el alcance del programa; un programa escolar de educación sobre la sexualidad basado en evidencia científica; un currículo integral y validado para impartir en las escuelas, cuyo contenido sea seleccionado con criterios efectivos y adecuados a la cultura en la cual se aplica, y programas de capacitación y actualización sistemática de docentes en temas de sexualidad y prevención.<sup>61</sup>

## Flujo-grama de la Propuesta de Intervención





## **10.2.- Descripción del Marco Lógico**

### ***I.- El fin y el impacto***

Las alteraciones de la salud sexual y reproductiva constituyen un desafío enorme para la salud pública a nivel mundial, la principal vía de transmisión del VIH es la sexual, por lo que el Sida es considerado una ITS. La actividad sexual no protegida sucede principalmente en las y los jóvenes, por lo que se ratifica que la juventud es un grupo particularmente vulnerable a las ITS: las estadísticas nacionales muestran que el VIH se adquiere en la adolescencia y juventud, y que la sexualidad activa es cada vez más temprana mientras que el matrimonio es más tardío que en décadas pasadas.

El presente proyecto se fundamenta en una intervención educativa dirigida a los adolescentes sobre temas relacionados a las ITS y el VIH/Sida previa evaluación del conocimiento de los temas, así como la identificación de sus necesidades dudas e inquietudes que mediante la reflexión del conocimiento adquirido y estructurado acorde a su necesidad y contexto social le generen cambios de actitud en beneficio propio con repercusión positiva en su medio familiar y social. Un objetivo esencial es la participación del adolescente para que desarrolle y asuma una sexualidad responsable al momento de ejercerla. Además que sea promotor, de esa actitud hacia la sexualidad, en el contexto en donde se desarrolle y, lograr en el mediano y largo plazo disminuir los casos de ITS y VIH-Sida en la comunidad.

Este proyecto contribuirá de forma significativa para lograr el objetivo, sin embargo se debe considerar que no necesariamente esto sucederá en cuanto se implemente el proyecto, debe tenerse en cuenta que diversos proyectos o medidas pueden contribuir a la solución de problemas que han sido identificados, pero es improbable que un proyecto en sí mismo los resuelva.

## Indicador de desempeño

*Nombre del Indicador:* Adolescentes que cuidan de su salud sexual en la escuela secundaria # 61 de la localidad de estación Pesqueira.

*Definición del Indicador:* Porcentaje de adolescentes que mediante el adecuado cuidado de su salud sexual previenen ITS.

*Método de Cálculo:* Total de jóvenes que participan en el programa del ciclo escolar entre el total de jóvenes des estación Pesqueira por cien.

*Unidad de medida:* Adolescente concientizado.

### Fuentes y medios de verificación

*Nombre de la variable:* Número de adolescentes que cuidan de su salud sexual.

*Medio de verificación:* Encuesta y registro de resultado.

*Supuestos: (Descripción):* Los adolescentes generan interés por los beneficios de utilizar medidas preventivas en lo relacionado a la sexualidad.

## **II.- Propósito de impacto**

Al adquirir el adolescente el conocimiento sobre las ITS y el VIH/Sida se espera que modifique las construcciones sociales sobre su percepción del riesgo de transmisión del VIH/Sida e ITS así como la forma en que relaciona esas construcciones con conductas de riesgo en la sociedad. Como ya se mencionó este conocimiento se fundamenta en las necesidades expresadas así como en las identificadas en su contexto social donde se desarrollan y del cual provienen.

## Indicador de Desempeño

*Nombre del Indicador:* Percepción de adquirir una ITS, en los adolescentes de la escuela secundaria número 61 de Estación Pesqueira.

*Definición del Indicador:* Porcentaje de adolescentes que tienen conocimiento del riesgo que significa adquirir una ITS.

*Método de Cálculo:* Número de adolescentes que reconocen el riesgo de adquirir una ITS entre el total de adolescentes evaluados en el ciclo escolar por cien.

*Unidad de medida:* Persona con conocimiento.

## Fuentes y medios de Verificación

*Nombre de la Variable:* Percepción de riesgo de una ITS

*Medio de verificación:* Mediante encuesta y registro.

*Supuestos: (Descripción):* Los adolescentes tienen el conocimiento sobre los riesgos de adquirir una ITS.

### **III.- Componentes (resultados)**

Se define como programa educativo de salud sexual al conjunto de métodos, técnicas y servicios promocionales, preventivos, recuperativos y rehabilitadores, que contribuyen a la salud y al bienestar sexual y reproductivo de las personas de acuerdo con sus necesidades cambiantes en cada etapa de la vida.

Los elementos necesarios para cumplir con el propósito se describen a continuación:

1.- Es una oportunidad para que los adolescentes reciban información confiable y veraz y al mismo tiempo les permitirá aclarar sus dudas en los temas relativos a la salud sexual.



2.- Incorporación y Vinculación de las autoridades para la implementación del programa, quienes otorgarán el apoyo con los insumos necesarios, para realizar campañas y/o talleres en la escuela secundaria número 61 de Estación Pesqueira entre el alumnado y el personal docente.

3.- Los y las adolescentes aprenderán que tienen derechos sexuales y reproductivos, y que al igual que los derechos humanos, forman parte de sus garantías individuales y por lo tanto, deben solicitar información sobre sexualidad, y servicios de salud sexual y reproductiva accesibles, sin temor a ser sancionados.

4.-La calidad de vida y la salud de las personas están en gran medida influenciadas por sus conductas y comportamientos en la esfera sexual y reproductiva, por lo tanto la salud sexual y reproductiva constituye un elemento clave para mejorar la calidad de vida de las personas, la educación sexual integral en la escuela actúa como uno de los componentes esenciales de la construcción de la salud sexual a lo largo del ciclo vital de las persona y, por ello exige particular atención. La Escuela, en la mayoría de los países, es la única institución con la que casi todas las personas tienen contacto en algún momento de su vida.

5.-Retrasar el inicio de la vida sexual activa, aumentando los conocimientos sexuales o en caso de iniciarla incrementar la seguridad de las prácticas sexuales, esperando que los jóvenes tengan una mejor comunicación con sus parejas, la experiencia indica que los programas de educación sexual en las escuelas no fomentan la actividad sexual precoz en los jóvenes ni la incrementan.<sup>62</sup>

a) Programa Educativo de salud sexual

#### Indicadores de Desempeño

*Nombre del indicador:* Programa educativo en la escuela secundaria número 61 de estación pequeira.

*Definición del Indicador:* Campañas, Talleres e insumos necesarios para la implementación de programa educativo de los adolescentes y personal educativo en la escuela secundaria.

*Método de Cálculo:* Programa Educativo implementado en la escuela secundaria en el año entre el total de escuelas secundarias de la localidad por cien.

*Unidad de medida:* Programa

#### Fuentes y medios de verificación

*Nombre de la variable:* Programa Educativo.

*Medio de Verificación:* Registro de programa educativo realizado.

*Supuestos: (Descripción):* Las autoridades se involucran en establecer el programa de educación sexual.

#### b) Disminución de la tasa de ITS

#### Indicadores de Desempeño

*Nombre del Indicador:* Adolescentes que concluyen el tratamiento de una ITS, en el Centro de Salud de Estación Pesqueira.

*Definición del Indicador:* Nos ayudara a vislumbrar la efectividad del tratamiento y el apego al mismo, así como mejorar y reforzar el cuidado de la salud sexual en el adolescente y prevenir conductas de riesgo para una ITS.

*Método de Cálculo:* Total de adolescentes que concluyen el tratamiento de una ITS entre el total de adolescentes que tienen una ITS en Estación Pesqueira en el año por cien.

*Unidad de Medida:* Adolescentes tratados-personas.

#### Fuentes y medios de verificación

*Nombre de la variable:* Número de adolescentes con tratamiento para ITS concluido.

*Medio de Verificación:* Registro de consulta de pacientes en Centro de salud.

*Supuesto (Descripción):* Fomentar en el adolescente el cumplimiento del tratamiento de una ITS.

c) Conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos.

#### Indicadores de desempeño

*Nombre del Indicador:* Derechos sexuales y reproductivos en los adolescentes de la escuela secundaria número 61 de Estación Pesqueira.

*Definición del indicador:* Porcentaje de adolescentes que tienen conocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos.

*Método de Cálculo:* Número de adolescentes que reconocen sus derechos sexuales y reproductivos entre el total de adolescentes evaluados.

*Unidad de medida:* Conocimiento.

#### Fuentes y medios de verificación.

*Nombre de la variable:* Derechos de los Adolescentes.

*Medio de Verificación:* Encuesta y registro de resultado.

*Supuesto (Descripción):* Se manifiesta en los adolescentes tener presente sus derechos en cuestiones sexuales.

d) Promoción de la salud sexual en las escuelas

#### Indicadores de desempeño

*Nombre del indicador:* Escuela secundaria de Estación Pesqueira atendida en promoción de salud sexual.

*Definición del indicador:* Centro educativo al cual se le proporciona información sobre salud sexual.

*Método de Cálculo:* Número de escuelas atendidas en la localidad al año entre el total de escuelas existentes por cien.

*Unidad de medida:* Escuela atendida.



## Fuentes y medios de verificación

*Nombre de la variable:* Promoción de la salud.

*Medio de verificación:* Verificación y registro de las acciones realizadas en promoción de la salud en la escuela.

*Supuesto (Descripción):* Establecimiento de promoción de la salud en la escuela secundaria como consecuencia del interés de las autoridades.

### ***IV- Actividad***

Como parte de las acciones de la intervención se consideraran los talleres en temas relacionados con la sexualidad e ITS partiendo de la premura que la educación integral de la sexualidad compete a muchas personas, entre ellas a los padres, maestros, dirigentes comunitarios, profesionales de los medios de comunicación de masas y líderes religiosos, entre otros. Sin embargo, existe la necesidad de contar con profesionales que se especialicen en el diseño, ejecución y evaluación de programas y de currícula específicos (en los que puedan apoyarse el resto de los educadores no especializados). La educación integral de la sexualidad incluye educación sexual para lograr la salud sexual, llamada también educación en salud sexual.

La metodología utilizada para la obtención de la información es mediante un diseño de estudio Transversal, se aplica la encuesta el 10 de febrero de 2010 en Estación Pesqueira, Sonora, nuestra población comprendió los alumnos de la Telesecundaria 61 en Estación Pesqueira, abarcando del primer al tercer grado escolar.

Previa entrega de Oficio de autorización en la Coordinación de Salud y Seguridad Escolar en el estado de Sonora; para llevar a cabo esta medición. La encuesta se aplicó a los adolescentes de la Telesecundaria # 61, en Estación Pesqueira, Sonora, México; en el mes de febrero de 2011. El Universo comprendido fue de 261, adolescentes pertenecientes a los tres grados escolares, los cuales aceptaron participar mediante la firma de consentimiento bajo información. Los criterios de inclusión: ser estudiante de la Telesecundaria 61, y que firmara aceptar participar.

Cada participante leyó y firmó el formato de consentimiento informado, en donde expresaron su voluntad de participar en el proyecto, el encuestador explicó la confidencialidad de los datos, y la finalidad de su uso exclusivo para el diagnóstico del proyecto de intervención educativa. (Anexo 1).

El cuestionario aplicado (Anexo 2), Se realizó tomando como base el formato utilizado por Baeza y cols;<sup>63</sup> en donde se adecuaron preguntas utilizadas en la “Encuesta CAP (Conocimiento, Actitudes y Prácticas)<sup>64</sup>, así como preguntas utilizadas en el cuestionario aplicado por Dunia Gutiérrez.<sup>65</sup> En donde se recopiló información de variables sociodemográficas, de conocimiento, percepción de riesgo de contraer: Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Infecciones de transmisión Sexual; síntomas más frecuentes, métodos de prevención; inicio de vida sexual; tolerancia y discriminación.

a) Talleres de capacitación en educación sexual en adolescentes.

*Nombre del Indicador:* Talleres de capacitación otorgados en adolescentes de la escuela secundaria número 61 de Estación Pesqueira.

*Definición del Indicador:* Porcentaje de talleres de capacitación en educación sexual impartidos a los adolescentes.

*Método de Cálculo:* Número de adolescentes capacitados en educación sexual en el ciclo escolar entre el total de adolescentes en el año en la localidad por cien.

*Unidad de medida:* Adolescentes capacitados.

b) Talleres de capacitación en educación sexual en personal educativo.

*Nombre del Indicador:* Talleres de capacitación otorgados en personal educativo de la escuela secundaria número 61 de Estación Pesqueira.

*Definición del Indicador:* Porcentaje de talleres en educación sexual impartidos al personal educativo.

*Método de Cálculo:* Número de personal educativo capacitado en educación sexual en el ciclo escolar entre el total del personal educativo en el año en la localidad por cien.

*Unidad de medida:* Personal capacitado.

c) Campaña de promoción de la salud sexual y reproductiva

*Nombre del Indicador:* Campañas sobre salud sexual implementadas en la escuela secundaria número 61 de Estación Pesqueira.

*Definición del Indicador:* Establecer campañas de salud sexual y reproductiva.

*Método de Cálculo:* Campañas implementadas en la escuela, entre el total de campañas de promoción realizadas en el ciclo escolar por cien.

*Unidad de medida:* Campañas establecidas.

d) Dotación de condones en las escuelas.

*Nombre del Indicador:* Dotación de condones en la escuela secundaria número 61 de Estación Pesqueira.

*Definición del Indicador:* Número de condones entregados.

*Método de cálculo:* Total de condones entregados a los adolescentes en el ciclo escolar entre el total de adolescentes de la escuela secundaria número 61 de estación Pesqueira.

*Unidad de medida:* Condón



# Anexo 1



"El saber de mis hijos  
hará mi grandeza"

## Maestría en Políticas y Gestión del Desarrollo Social.

### Programa de Intervención Educativa en VIH/sida e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).



CIENCIA ILUMINA AL HOMBRE

Consentimiento:

Estas participando en una investigación que estudia diversos aspectos sobre el conocimiento del VIH / sida y de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en adolescentes. **El estudio es completamente confidencial y anónimo, nadie sabrá lo que tú digas.** Tus respuestas nos ayudarán a entender más sobre el comportamiento de los/as adolescentes frente al VIH/sida y las ITS; esta información solo será utilizada con este fin.

Por favor marca tu decisión:

Deseo participar si \_\_\_\_\_

No Deseo participar \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

# Anexo 2



Maestría en Políticas y Gestión del Desarrollo Social.

Programa de Intervención Educativa en VIH/sida e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Responde la información que continuación se te pregunta; es totalmente confidencial, lo que no entiendas o desees preguntar, no dudes en acudir con el encuestador.

1.1 ¿Cuál es tu Género?: 1) Masculino. 2) Femenino. 1.2 ¿Cuál es tu edad? |\_\_||\_\_|

1.3 ¿Pertenece a algún grupo étnico?: 0. NO \_\_\_\_\_ 1. Si \_\_\_\_\_

1.4 ¿Cual es el grupo étnico al que pertenece? : \_\_\_\_\_

2.1 ¿La casa en donde vive es?: 0. Prestada \_\_\_\_\_ 1. Rentada \_\_\_\_\_ 2. Propia \_\_\_\_\_

2.2 ¿Cuántos cuartos de la vivienda utilizan como dormitorio? : \_\_\_\_\_

2.3 ¿Cuántas personas en total habitan la casa?: \_\_\_\_\_

2.4 ¿Su padre sabe leer y escribir?: 0. NO \_\_\_\_\_ 1. Si \_\_\_\_\_

2.5 ¿Su madre sabe leer y escribir?: 0. NO \_\_\_\_\_ 1. Si \_\_\_\_\_

Encuesta CAP (Conocimientos, Actitudes y Practicas)

Señala con una "X" la respuesta que más se acerca a tu realidad (Puedes marcar más de una opción).

3.1.- ¿Has recibido alguna información acerca del VIH/sida? ..... sí \_\_\_ no \_\_\_

3.2.- ¿Crees que el VIH/sida existe?..... sí \_\_\_ no \_\_\_ no sé \_\_\_

3.3.- Es lo mismo tener VIH y/o SIDA..... sí \_\_\_ no \_\_\_ no sé \_\_\_

3.4. ¿Cómo se transmite el VIH/sida?

3.4.1 Con relaciones sexuales sin preservativo.....sí \_\_\_ no \_\_\_ no sé \_\_\_

3.4.2 Al tocar el sudor de una persona..... sí \_\_\_ no \_\_\_ no sé \_\_\_

3.4.3 De una madre a su bebé..... sí \_\_\_ no \_\_\_ no sé \_\_\_

3.4.4 Por la picadura de un mosquito.....sí \_\_\_ no \_\_\_ no sé \_\_\_

3.4.5 A través de la sangre.....sí \_\_\_ no \_\_\_ no sé \_\_\_

3.4.6 Al besar a una persona .....sí \_\_\_ no \_\_\_ no sé \_\_\_

3.5.- ¿Se puede saber a simple vista si una persona tiene el VIH?.....sí \_\_\_ no \_\_\_ no sé \_\_\_

3.6.- ¿Existe un tratamiento contra el VIH/ sida?

3.6.1 Sí, hay un tratamiento que lo cura..... \_\_\_\_\_

3.6.2 Sí, hay un tratamiento para controlar la enfermedad..... \_\_\_\_\_

3.6.3 No, no existe ningún tratamiento..... \_\_\_\_\_

3.6.4 No sé..... \_\_\_\_\_

3.7. ¿El condón protege del VIH/sida?.....sí \_\_\_ no \_\_\_ no sé \_\_\_

3.7.1 ¿Has tenido relaciones sexuales ?.....sí \_\_\_ no \_\_\_ \* si responde no, pase a la pregunta 3.8

3.7.2 ¿A que edad fue tu primer relación sexual ?..... \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_

**3.8.- Cual método utilizas más para protegerte del VIH/sida?**

- 3.8.1- Fidelidad..... \_\_\_\_\_
- 3.8.2- Preservativo..... \_\_\_\_\_
- 3.8.3- No tener relaciones sexuales..... \_\_\_\_\_
- 3.8.4- Otros..... \_\_\_\_\_

**3.9.- Si piensas que has contraído el VIH, ¿qué harías?**

- 3.9.1- Prefiero no saberlo..... \_\_\_\_\_
- 3.9.2- Me haría un análisis del VIH..... \_\_\_\_\_

**3.10.- Si te enteras de que estás infectado, ¿hablarías con...?**

- 3.10.1 Tus padres..... sí\_\_ no\_\_
- 3.10.2 Tus amigos..... sí\_\_ no\_\_
- 3.10.3 La(s) persona(s) con la(s) que tienes relaciones sexuales..... sí\_\_ no\_\_
- 3.10.4 Tus maestros..... sí\_\_ no\_\_

**3.11.- ¿Utilizas el condón con las parejas ocasionales?.....**

Nunca\_\_ A veces\_\_ Siempre\_\_ No tengo parejas ocasionales\_\_ Nunca he tenido pareja\_\_

**3.12 Si alguien tiene VIH/ sida, ¿aceptarías...?**

- 3.12.1 Vivir en la misma casa..... sí\_\_ no\_\_
- 3.12.2 Trabajar con ella..... sí\_\_ no\_\_
- 3.12.3 Beber del mismo vaso..... sí\_\_ no\_\_
- 3.12.4 Darle la mano..... sí\_\_ no\_\_

**3.13. ¿Te has hecho alguna vez el test (prueba) del VIH? ...sí\_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_ no sé\_\_\_\_\_**

**3.14.- Que es para ti una Infección de Transmisión Sexual (ITS)?**

Es una enfermedad que se contrae por:

- 3.14.1- Servicios sanitarios..... \_\_\_\_\_
- 3.14.2- prendas personales..... \_\_\_\_\_
- 3.14.3- Contacto sexual ..... \_\_\_\_\_
- 3.14.4- Transfusión de sangre contaminada \_\_\_\_\_

**3.15.- De las siguientes enfermedades, selecciona la que consideres una ITS**

- 3.15.1- Gonorrea..... \_\_\_\_\_
- 3.15.2- Hipertensión Arterial..... \_\_\_\_\_
- 3.15.3- VIH/sida..... \_\_\_\_\_
- 3.15.4- Herpes Simple Genital... \_\_\_\_\_
- 3.15.5- Sífilis..... \_\_\_\_\_
- 3.15.6- Tricomonas..... \_\_\_\_\_
- 3.15.7- Hepatitis B..... \_\_\_\_\_

3.15.8- Escabiosis..... \_\_\_\_\_

3.15.9- Catarro..... \_\_\_\_\_

3.15.10- Diabetes Mellitus..... \_\_\_\_\_

**3.16.- Las manifestaciones clínicas más frecuentes de las ITS son:**

3.16.1- Ardor al orinar..... \_\_\_\_\_

3.16.2- Secreción uretral..... \_\_\_\_\_

3.16.3- Zumbido en los oídos... \_\_\_\_\_

3.16.4- Tos seca..... \_\_\_\_\_

3.16.5- Secreción vaginal..... \_\_\_\_\_

3.16.6- Falta de aire..... \_\_\_\_\_

3.16.7- Inflamación de miembros inferiores... \_\_\_\_\_

3.16.8- Otros ¿Cuáles? ... \_\_\_\_\_

**Gracias por tu participación**



# Anexo 3

**Tabla 1. ¿Qué es una Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)?**

	n	%
I3.14.1: ¿QUE ES PARA TI UNA INFECCION DE TRANSMISION SEXUAL (ITS)? Es una enfermedad que se contrae por: SERVICIOS SANITARIOS	36	13.8%
I3.14.2: ¿QUE ES PARA TI UNA INFECCION DE TRANSMISION SEXUAL (ITS)? Es una enfermedad que se contrae por: PRENDAS PERSONALES	31	11.9%
I3.14.3: ¿QUE ES PARA TI UNA INFECCION DE TRANSMISION SEXUAL (ITS)? Es una enfermedad que se contrae por: CONTACTO SEXUAL	223	85.4%
I3.14.4: ¿QUE ES PARA TI UNA INFECCION DE TRANSMISION SEXUAL (ITS)? Es una enfermedad que se contrae por: TRANSFUSION DE SANGRE CONTAMINADA	133	51%
I3.14.1: ¿QUE ES PARA TI UNA INFECCION DE TRANSMISION SEXUAL (ITS)? Es una enfermedad que se contrae por: SERVICIOS SANITARIOS	36	13.8%

N=261

**Tabla 2. Conocimiento de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)**

	n	%
CONOCIMIENTO DE ITS- VIH/SIDA	206	78.9%
CONOCIMIENTO DE ITS- GONORREA	121	46.4%
CONOCIMIENTO DE ITS- HERPES SIMPLE	106	40.6%
CONOCIMIENTO DE ITS- SIFILIS	94	36%
CONOCIMIENTO DE ITS- TRICOMONAS	15	5.7%

N=261

**Tabla 3. Manifestaciones de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)**

IDENTIFICA MANIFESTACIONES DE ITS	n	%
Ardor al orinar.....	150	57.5%
Secreción uretral.....	85	32.6%
Zumbido en los oídos...	11	4.2%
Tos seca.....	31	11.9%
Secreción vaginal.....	135	51%
Falta de aire.....	23	8.8%
Inflamación de miembros inferiores...	104	39.8%

N=261

**Tabla 4. Como se transmite el VIH/Sida en relación al sexo del encuestado**

		SEXO			
		MASCULINO		FEMENINO	
		N	Tabla N %	N	Tabla N %
T3.4.1: COMO SE TRANSMITE EL VIH/sida? CON RELACIONES SEXUALES SIN PRESERVATIVO	SI	110	43.8%	121	48.2%
	NO	6	2.4%	6	2.4%
	NO SE	4	1.6%	4	1.6%
T3.4.2: COMO SE TRANSMITE EL VIH/sida? AL TOCAR EL SUDOR DE UNA PERSONA	SI	7	3.1%	3	1.3%
	NO	94	42.0%	98	43.8%
	NO SE	7	3.1%	15	6.7%
T3.4.3: COMO SE TRANSMITE EL VIH/sida? DE UNA MADRE A SU BEBE	SI	72	30.1%	88	36.8%
	NO	23	9.6%	17	7.1%
	NO SE	22	9.2%	17	7.1%
T3.4.4: COMO SE TRANSMITE EL VIH/sida? POR LA PICADURA DE UN MOSQUITO	SI	36	15.8%	36	15.8%
	NO	52	22.8%	60	26.3%
	NO SE	21	9.2%	23	10.1%
T3.4.5: COMO SE TRANSMITE EL VIH/sida? A TRAVES DE LA SANGRE	SI	92	38.0%	111	45.9%
	NO	12	5.0%	6	2.5%
	NO SE	12	5.0%	9	3.7%
T3.4.6: CÓMO SE TRANSMITE EL VIH/sida? AL BESAR A UNA PERSONA	SI	15	6.6%	11	4.8%
	NO	80	35.1%	88	38.6%
	NO SE	15	6.6%	19	8.3%

N=261



**Tabla 5. Conocimiento de vías de transmisión ITS por sexo**

Conocimiento de transmisión de ITS	SEXO			
	MASCULINO		FEMENINO	
	N	Tabla Total N %	N	Tabla Total N %
I3.14.1: ¿QUE ES PARA TI UNA INFECCION DE TRANSMISION SEXUAL (ITS)? Es una enfermedad que se contrae por: SERVICIOS SANITARIOS	12	4.6%	23	8.8%
I3.14.2: ¿QUE ES PARA TI UNA INFECCION DE TRANSMISION SEXUAL (ITS)? Es una enfermedad que se contrae por: PRENDAS PERSONALES	10	3.8%	20	7.7%
I3.14.3: ¿QUE ES PARA TI UNA INFECCION DE TRANSMISION SEXUAL (ITS)? Es una enfermedad que se contrae por: CONTACTO SEXUAL	101	38.7%	118	45.2%
I3.14.4: ¿QUE ES PARA TI UNA INFECCION DE TRANSMISION SEXUAL (ITS)? Es una enfermedad que se contrae por: TRANSFUSION DE SANGRE CONTAMINADA	54	20.7%	78	29.9%

N=261

**Tabla 6. Conocimiento de las ITS por sexo del participante**

Conocimiento de ITS	SEXO			
	MASCULINO		FEMENINO	
	N	Tabla Total N %	N	Tabla Total N %
GONORREA	51	19.5%	67	25.7%
VIH/SIDA	91	34.9%	112	42.9%
HERPES SIMPLE	38	14.6%	65	24.9%
SIFILIS	33	12.6%	58	22.2%
TRICOMONAS	6	2.3%	7	2.7%
HEPATITIS B	16	6.1%	23	8.8%

N=261

**Tabla 7. Identificación de manifestaciones de ITS por Sexo del participante**

Identifica manifestaciones clínicas de ITS	SEXO			
	MASCULINO		FEMENINO	
	N	Tabla Total N %	N	Tabla Total N %
Ardor al orinar.....	76	29.1%	71	27.2%
Secreción uretral.....	37	14.2%	47	18.0%
Zumbido en los oídos...	7	2.7%	3	1.1%
Tos seca.....	14	5.4%	16	6.1%
Secreción vaginal.....	62	23.8%	70	26.8%
Falta de aire.....	11	4.2%	11	4.2%
Inflamación de miembros inferiores...	52	19.9%	49	18.8%

N=261

**Tabla 8. Conocimiento de la transmisión del VIH/sida, por grado escolar.**

COMO SE TRANSMITE EL VIH/sida?		Grado escolar					
		Primer grado		Segundo grado		Tercer grado	
		n	Tabla N %	n	Tabla N %	n	Tabla N %
CON RELACIONES SEXUALES SIN PRESERVATIVO	SI	85	32.9%	93	36.0%	60	23.3%
	NO	7	2.7%	4	1.6%	1	.4%
	NO SE	6	2.3%	2	.8%	0	.0%
AL TOCAR EL SUDOR DE UNA PERSONA	SI	5	2.2%	3	1.3%	2	.9%
	NO	73	31.9%	78	34.1%	45	19.7%
	NO SE	7	3.1%	9	3.9%	7	3.1%
DE UNA MADRE A SU BEBE	SI	53	21.6%	67	27.3%	43	17.6%
	NO	18	7.3%	14	5.7%	8	3.3%
	NO SE	20	8.2%	13	5.3%	9	3.7%
POR LA PICADURA DE UN MOSQUITO	SI	32	13.7%	22	9.4%	21	9.0%
	NO	43	18.5%	48	20.6%	23	9.9%
	NO SE	10	4.3%	22	9.4%	12	5.2%
A TRAVES DE LA SANGRE	SI	73	29.4%	84	33.9%	52	21.0%
	NO	9	3.6%	6	2.4%	3	1.2%
	NO SE	10	4.0%	6	2.4%	5	2.0%
AL BESAR A UNA PERSONA	SI	16	6.8%	6	2.6%	5	2.1%
	NO	56	23.9%	73	31.2%	42	17.9%
	NO SE	15	6.4%	13	5.6%	8	3.4%

N=261



**Tabla 9. Conocimiento de ITS de acuerdo al grado académico**

**Tabla 9. ¿Que es para ti una ITS? en relación con grado académico**

	Grado académico					
	Primer grado		Segundo grado		Tercer grado	
QUE ES PARA TI UNA INFECCION DE TRANSMISION SEXUAL (ITS)	n	Tabla Total N %	n	Tabla Total N %	n	Tabla Total N %
Es una enfermedad que se contrae por: SERVICIOS SANITARIOS	15	5.7%	10	3.8%	11	4.2%
Es una enfermedad que se contrae por: PRENDAS PERSONALES	16	6.1%	7	2.7%	8	3.1%
Es una enfermedad que se contrae por: CONTACTO SEXUAL	82	31.4%	84	32.2%	57	21.8%
Es una enfermedad que se contrae por: TRANSFUSION DE SANGRE CONTAMINADA	41	15.7%	57	21.8%	35	13.4%

N=26

**Tabla 10. Conocimiento de ITS en relación al grado académico**

	Grado					
	Primer grado		Segundo grado		Tercer grado	
la que consideres una ITS	N	Tabla Total N %	N	Tabla Total N %	N	Tabla Total N %
CONOCIMIENTO DE ITS-GONORREA	24	9.2%	53	20.3%	44	16.9%
CONOCIMIENTO DE ITS-VIH/SIDA	75	28.7%	80	30.7%	51	19.5%
CONOCIMIENTO DE ITS-HERPES SIMPLE	23	8.8%	43	16.5%	40	15.3%
CONOCIMIENTO DE ITS-SIFILIS	16	6.1%	44	16.9%	34	13.0%
CONOCIMIENTO DE ITS-TRICOMONAS	8	3.1%	7	2.7%	0	.0%
CONOCIMIENTO DE ITS-HEPATITIS B	9	3.4%	19	7.3%	11	4.2%

N=26

**Tabla 11: Grado de Conocimiento**

	Primer grado	Segundo grado	Tercer grado	Global
Grado Conocimiento (media)	1.8	2.4	2.9	2.3

**Tabla 12. Análisis de varianza conocimiento de las ITS en función Grado académico**

	1°		2°		3°		F (gl) Nivel de significancia
	Media F	N	Media F	N	Media F	N	
Conocimiento de las ITS	1.74	84	2.41	94	2.96	57	.000

**Tabla 13, etnias por sexo**

SEXO	n	%
MASCULINO	18	45.0
FEMENINO	22	55.0
Total	40	100.0

N 40

**Tabla 14, etnia por grado escolar.**

Grado	n	%
Primer grado	12	30.0
Segundo grado	19	47.5
Tercer grado	9	22.5
Total	40	100.0

N 40



**Tabla 15. Etnia, características de la vivienda**

<b>CASA</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
PRESTADA	1	2.5
RENTADA	3	7.5
PROPIA	36	90.0
Total	40	100.0

N 40

**Tabla 16. Etnia, conformación de la vivienda**

<b>NUM. DE HABITACIONES</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
1	10	25.0
2	8	20.0
3	11	27.5
4	6	15.0
5	1	2.5
8	2	5.0
10	1	2.5
Total	39	97.5
No respondió	1	2.5
Total	40	100.0

N 40

**Tabla 17. Etnia, número de habitantes**

<b>CASA HABITANTES</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
0	1	2.5
3	1	2.5
4	6	15.0
5	1	2.5
6	7	17.5
7	7	17.5
8	1	2.5
10	5	12.5
11	4	10.0
15	4	10.0
16	1	2.5
32	1	2.5
Total	39	97.5
No respondió	1	2.5
Total	40	100.0

N 40

**Tabla 18, Etnia escolaridad del padre de familia**

<b>PAPÁ LEE Y ESCRIBE</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
NO	12	30.0
Si	27	67.5
Total	39	97.5
No respondió	1	2.5
Total	40	100.0

N 40

**Tabla 19, Etnia Escolaridad de la madre de familia**

<b>MAMÁ LEE Y ESCRIBE</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
NO	18	45.0
SI	22	55.0
Total	40	100.0

N 40



**Tabla 20, Etnia Información sobre VIH/sida**

<b>INFORMACION SOBRE VIH/sida</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
SI	29	72.5
NO	11	27.5
Total	40	100.0

N 40

**Tabla 21, Etnia, es lo mismo tener VIH y/o sida**

<b>¿ES LO MISMO TENER VIH y/o sida?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
SI	17	42.5
NO	12	30.0
NO SÉ	11	27.5
Total	40	100.0

N 40

**Tabla 22. Etnia, ¿Como se transmite el VIH/sida?**

<b>CON RELACIONES SEXUALES SIN PRESERVATIVO</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
SI	35	87.5
NO	4	10.0
NO SE	1	2.5
Total	40	100.0

N 40

**Tabla 23. Etnia, conocimiento sobre la transmisión del VIH/sida**

<b>¿COMO SE TRANSMITE EL VIH/sida?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>DE UNA MADRE A SU BEBE</b>		
SI	26	65.0
NO	7	17.5
NO SE	5	12.5
Total	38	95.0

**Tabla 24. Etnia, conocimiento sobre la transmisión del VIH/sida**

<b>COMO SE TRANSMITE EL VIH/sida? POR LA PICADURA DE UN MOSQUITO</b>	n	%
SI	12	30.0
NO	20	50.0
NO SE	5	12.5
Total	37	92.5

N 40

**Tabla 25. Etnia, conocimiento o sobre tratamiento de VIH/sida**

<b>¿EXISTE UN TRATAMIENTO CONTRA EL VIH/sida?</b>	n	%
SI HAY UN TRATAMIENTO QUE LO CURA	7	17.5
CONOCE QUE EL TX CONTROLA LA ENFERMEDAD	25	62.5
NO, NO EXISTE NINGUN TRATAMIENTO	4	10.0
NO SE	3	7.5
Total	39	97.5



**Tabla 26. Etnia, el condón como método de protección**

<b>¿EL CONDON PROTEGE DEL VIH/sida?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
SI	33	82.5
NO	4	10.0
NO SÉ	3	7.5
Total	40	100.0

N 40

**Tabla 27. Etnia, inicio de Vida Sexual Activa**

<b>¿A QUE EDAD FUE TU PRIMER RELACION SEXUAL?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
13 años	2	5.0
No respondió	38	95.0
Total	40	100.0

N 40

**Tabla 28. Etnia, postura ante el conocimiento de estar infectado**

<b>SI PIENSAS QUE HAS CONTRAIDO EL VIH ¿QUE HARIAS?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
PREFIERO NO SABERLO	2	5.0
ME HARIA UN ANALISIS DEL VIH	35	87.5
Total	37	92.5
No respondió	3	7.5
Total	40	100.0

N 40

**Tabla 29. Etnia, Comunicación con los padres.**

<b>SI TE ENTERAS DE QUE ESTAS INFECTADO ¿HABLARIAS CON TUS PADRES?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
SI	37	92.5
No respondió	3	7.5
Total	40	100.0

N 40

**Tabla 30. Etnia, Percepción de discriminación**

<b>SI ALGUIEN TIENE VIH/ sida, ¿ACEPTARIAS? VIVIR EN LA MISMA CASA</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
SI	26	65.0
NO	9	22.5
Total	35	87.5
No respondió	5	12.5
Total	40	100.0

N 40

**Tabla 31. Etnia Percepción de discriminación laboral**

<b>SI ALGUIEN TIENE VIH/ sida, ACEPTARIAS? TRABAJAR CON ELLA</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
SI	30	75.0
NO	5	12.5
Total	35	87.5
No respondió	5	12.5
Total	40	100.0

N 40

**Tabla 32. Etnia, Conocimiento de la vía de transmisión de las ITS**

QUE ES PARA TI UNA INFECCION DE TRANSMISION SEXUAL (ITS)?	n	%
Es una enfermedad que se contrae por: CONTACTO SEXUAL	33	82.5
No respondió	7	17.5
Total	40	100.0

N 40

**Tabla 33. Conocimiento sobre el Tratamiento de el VIH/sida**

EXISTE UN TRATAMIENTO CONTRA EL VIH/sida	SEXO			
	MASCULINO		FEMENINO	
	n	%	n	%
SI HAY UN TRATAMIENTO QUE LO CURA	22	8.4%	19	7.3%
CONOCE QUE EL TX CONTROLA LA ENFERMEDAD	69	26.4%	89	34.1%
NO, NO EXISTE NINGUN TRATAMIENTO	8	3.1%	10	3.8%
NO SE	18	6.9%	13	5.0%

N: 261



**Tabla 34. Métodos de protección de acuerdo al sexo**

Métodos de Protección contra el VIH/sida	SEXO			
	MASCULINO		FEMENINO	
	N	%	N	%
¿CUAL METODO UTILIZAS MÁS PARA PROTEGERTE DEL VIH/sida? FIDELIDAD	10	3.8%	8	3.1%
CUAL METODO UTILIZAS MAS PARA PROTEGERTE DEL VIH/sida? PRESERVATIVO	71	27.2%	58	22.2%
CUAL METODO UTILIZAS MAS PARA PROTEGERTE DEL VIH/sida? NO TENER RELACIONES SEXUALES	42	16.1%	60	23.0%

N: 261

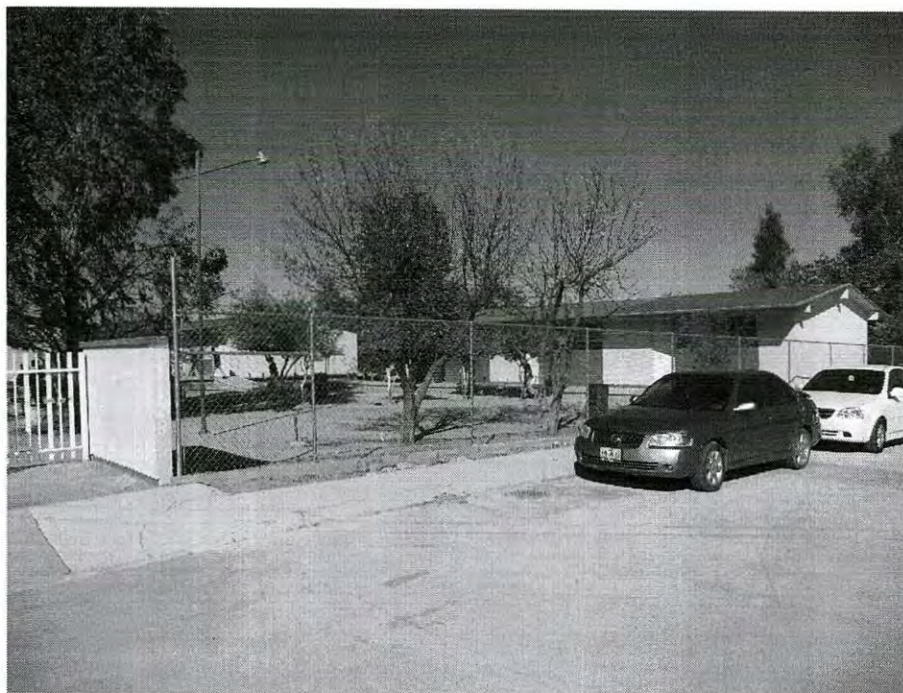
**Tabla 35. Métodos de protección de acuerdo al grado escolar**

Métodos de Protección contra el VIH/sida	Grado					
	Primer grado		Segundo grado		Tercer grado	
	N	%	N	%	N	%
¿CUAL METODO UTILIZAS MÁS PARA PROTEGERTE DEL VIH/sida? FIDELIDAD	13	5.0%	2	1%	4	2%
CUAL METODO UTILIZAS MAS PARA PROTEGERTE DEL VIH/sida? PRESERVATIVO	38	15%	62	24%	30	12%
CUAL METODO UTILIZAS MAS PARA PROTEGERTE DEL VIH/sida? NO TENER RELACIONES SEXUALES	41	16%	38	15%	24	9.2%

N: 261

# Anexo 4

Fotografía 1: Telesecundaria No. 61. Estación Pesqueira



Fotografía 2: Telesecundaria No. 61. Estación Pesqueira





## BIBLIOGRAFÍA REFERENCIADA

---

<sup>1</sup>Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes, Organización Panamericana de la Salud 2001.

<sup>2</sup> Salud pública de México / vol. 49, edición especial, XII congreso de investigación en salud pública

<sup>3</sup> Lee, C.K.K. Tsang. Youth risk behaviour in a Chinese population: a territorywide youth risk behavioural surveillance in Hong Kong. *Public Health* /2004) 118, 88-95.A.

<sup>4</sup> Muñoz Silva, M. Sánchez-García. C. Nunes, A. Martins. AIDS prevention in late adolescents collage students from Spain and Portugal.

<sup>5</sup> Offer, D, Ostrov, E., & Howard, K. I. (1981). *The adolescent A psychological self-portrait*. New York: Basic Books.

<sup>6</sup> Hamburg, David A. Takanishi, Ruby. *Preparing for life. The critical transition of adolescence.*

<sup>7</sup> Manual, *La salud sexual y reproductiva de la adolescencia un derecho a conquistar 2002* Secretaría de Salud Dirección General de Salud Reproductiva.

<sup>8</sup> Martha R. *Why should we invest in adolescents?* Urban Insitute Whashingtong, DC 1998

<sup>9</sup> Declaración Ministerial De La Ciudad De México “Prevenir Con Educación” Principios Fundamentales de la Declaración

<sup>10</sup> Instituto Nacional de Salud pública. *Educación sexual para la prevención del VIH en Latinoamérica y el Caribe: Diagnóstico Regional.* México. 2008.



---

<sup>11</sup> Dirección General de Salud Reproductiva. La salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes. México, D.F.: SSA-DGSR, 1999.

<sup>12</sup> Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. IX Censo General de Población y Vivienda 1970. Resumen General. México, D.F.: INEGI, 1972.

<sup>13</sup> Why should we invest in adolescents? Dr Martha R Burt, PH. D, Urban Institute Whashington, DC 1998).

<sup>14</sup> Barker, G. and Fuentes, M. 1995. "Review and Analysis of International Experience with programs Targeted on at-Risk Youth". Washington, D.C. Paper prepared for the World Bank, Human Resources Division, Country Department III, Latin America and the Caribbean Region.

<sup>15</sup> Estrada A. ME, González VB, Pérez PJ, Zaldivar DI. Estrategia de Comunicación Educativa en VIH a jóvenes del Curso de Superación Integral. Florida Camagüey, 2006-2007.

<sup>16</sup> González Valcárcel B, Núñez Aragón E, Couturejuzon González L, Amable Ambrós Z. Conocimientos y comportamientos sobre el VIH/sida en adolescentes de enseñanza media superior. Rev Cubana Salud Pública [serie en Internet]. 2008 [citado 8 Nov 2009]; 34(2).

<sup>17</sup> (Salud pública de México / vol.45, suplemento 1 de 2003).

<sup>18</sup> Rivera, G. y Arango, MC. Salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Cuaderno de trabajo No. 3. Pathfinder México, 1999.

<sup>19</sup> Welti-Grajales. La mujer mexicana, un balance estadístico. México, 1989

---

<sup>20</sup> Hernández D. Inicio de la actividad sexual premarital y uso de anticonceptivos en mujeres jóvenes de la ciudad de México, citado por López A. en *Hablemos de sexualidad: lecturas*. MEXFAM, 1996.

<sup>21</sup> CONAPO. Encuesta sobre sexualidad y familia en jóvenes de educación media superior. México, 1988.

<sup>22</sup> Shigemi I. Shinji N. Masamine J., Masao I., Susumu W. AIDS health beliefs and intention for sexual abstinence among male adolescent students in Kathmandu, Nepal: A test of perceived severity and susceptibility. *Public Health* (2007), 121, 64-72.

<sup>23</sup> Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE / CEPAL) Casilla 179-D, Santiago Chile.

<sup>24</sup> Centro de Información de la ONU para México, Cuba y República Dominicana (CINU), 2003.

<sup>25</sup> Banco Interamericano de Desarrollo.

<sup>26</sup> European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (1995), *Public Welfare Services and Social Exclusion: The Development of Consumer Oriented Initiatives in the European Union*, Dublín.

<sup>27</sup> Pan American Health Organization 2004.

<sup>28</sup> Baeza MA, Vázquez F, González E. Prevalencia de Depresión e idea suicida en adolescentes en tres escuelas de la Delegación Cuauhtémoc, México. D.F. 2004.

---

<sup>29</sup> International Planned Parenthood Federation. Encuesta CAP (Conocimientos, Actitudes y Prácticas) para los trabajadores de Atención a la Salud y otro Personal en Relación con el VIH/SIDA. Encuestas CAP VIH II. Versión: 02 de septiembre 2008.

<sup>30</sup> Intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes en el municipio de Camaguey, Republica de Cuba. ISSN 1317-987X.

<sup>31</sup> “Diseases and Human Evolution”, E. Barnes. 2005.

<sup>32</sup> Salud pública de México / vol.45, suplemento 1 de 2003.

<sup>33</sup> CENSIDA/Programa Estatal de Respuesta al VIH/sida/ITS Junio 2010

<sup>34</sup> Programa Estatal de Respuesta al VIH/sida/ITS, Sonora, México. 2009.

<sup>35</sup> OMS Hacia el acceso universal. Informe sobre los progresos.  
[www.who.int/hiv/accessformedia/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/hiv/accessformedia/summary_es.pdf)

<sup>36</sup> Marmot M. Achieving Health Equity: from root causes to fair outcomes. Public health.[www.lancet.com](http://www.lancet.com) Vol 370 September 29, 2007.

<sup>37</sup> Fuente: ONU 2003.

<sup>38</sup> Manual para capacitadores en el manejo sindromático en las infecciones de transmisión sexual, segunda edición México 2004.

<sup>39</sup> (Manual para capacitadores en el manejo sindromático en las infecciones de transmisión sexual, segunda edición México 2004).

<sup>40</sup> Declaración Ministerial De La Ciudad De México “Prevenir Con Educación” Principios Fundamentales de la Declaración.

- 
- <sup>41</sup> Álvarez HG. Reguera T ME. Pobreza Migración y Salud  
[www.revistauniversidad.uson.mx/revistas/26-9.pdf](http://www.revistauniversidad.uson.mx/revistas/26-9.pdf)
- <sup>42</sup> CONAPO. Proyecciones de la población de México, 2005-2050.
- <sup>43</sup> CONAPO. Proyecciones de la población de México, 2005-2050.
- <sup>44</sup> Información verbal de la Jurisdicción Sanitaria I.
- <sup>45</sup> Manual para la atención jurídica de casos de violación de los derechos humanos de las personas que viven con VIH/sida. II edición Universidad Iberoamericana 2007.
- <sup>46</sup> ONU. Sesión especial sobre VIH/sida. Campaña 2001, Nueva York. Junio 2001.
- <sup>47</sup> Téllez Infante A. “La identidad cultural en la adolescencia”, Universidad Miguel Hernández Elche (Alicante) 1999.
- <sup>48</sup> Revista crónica ONU, online edition (2002)
- <sup>49</sup> Díaz Bravo C. ¿Que le ofrecemos al publico infantil? *Sexo y sociedad*. 2000; (16): 9-13  
1995
- <sup>50</sup> Schiavon Ermani, Rafaela. “Problemas de salud en la adolescencia” En comp. López, Rico, Langer y Espinoza, “Género y Política en Salud” Secretaria de Salud, México, 2003.
- <sup>51</sup> Juárez, Fátima y Cecilia Gayet. (2005). *Salud Sexual Y Reproductiva De Los Adolescentes En México: Un Nuevo Marco De Análisis Para La Evaluación Y Diseño De Políticas*. Papeles de Población, julio-septiembre. número 045, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México, p.187.



---

<sup>52</sup> Perrés José, Freud el psicoanálisis y el sida: algunas reflexiones teórico clínicas, (o “la moral sexual, cultural y la nervio-sida-de moderna”) México, biblioteca de Santiago Ramírez, publicación de la facultad de psicología UANL, 1991.

<sup>53</sup> López-Dávalos, G.; Domínguez-Guedea, M.; Murguía-Corella, T. (2007). Validación del Inventario de Orientaciones Suicidas en adolescentes de Hermosillo, Sonora. Revista Mexicana de Psicología, Numero Especial.

<sup>54</sup> ONUSIDA, Comunicado de prensa “El ONUSIDA advierte que el estigma y la discriminación alimentan la epidemia del sida”, Dunban, Sudáfrica. 2001.

<sup>55</sup> Perrés José, Freud el psicoanálisis y el sida: algunas reflexiones teórico clínicas, (o “la moral sexual, cultural y la nervio-sida-de moderna”) México, biblioteca de Santiago Ramírez, publicación de la facultad de psicología UANL, 1991.

<sup>56</sup> ONUSIDA. Seguimiento de la declaración de compromiso sobre el VIH/sida. Directrices para el desarrollo de indicadores básicos, informe 2010, Ginebra Suiza 2009.

<sup>57</sup> USAID, Programas Sobre VIH/sida en el lugar de trabajo: una guía de acción para gerentes, junio de 2007.

<sup>58</sup> Vera Carmen Luz, Chacón Juan Pablo. “Baúl mágico de autoaprendizaje”. AFLUENTES. Patrocinio del Fondo de Población de las Naciones Unidas.

<sup>59</sup> Vera Rodrigo “Comunidad Solidaria. Estrategia Del IMSS-Solidaridad De Educación Para La Salud Sexual Y Reproductiva De Los Adolescentes Jóvenes Y Adultos” IMSSDOCUMENT2 29 /8/00

---

<sup>60</sup> World Health Organization. Preventing HIV/ AIDS in Young People: Evidence from Developing Countries on what Works. Geneva: WHO; 2006. Galárraga O, Campero M, DeMaria L, Walker D. Sex Education for HIV Prevention in Latin America and the Caribbean: A Regional Diagnosis. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2008. Disponible en: <http://www.cisidat.org.mx/> Acceso el 5 de octubre 2009.

<sup>61</sup> Kirby D, Obasi A, Laris BA. The effectiveness of sex education and HIV education interventions in schools in developing countries. World Health Organ Tech Rep Ser. 2006;938: 103-50; discussion 317-41 y Kirby DB, Laris BA, Roller LA. Sex and HIV education programs: their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. J Adolesc Health. 2007; 40(3):206-17.

<sup>62</sup> Young Song E., Pruitt, B., McNamara, J. and Colwell, B. (2000) "A meta-analysis Examining Effects of School Sexuality Education Programs on Adolescents Sexual Knowledge 1960-1997". *Journal of School Health*, Vol 70: 10 pp 412 – 416, [www.iuhpe.org](http://www.iuhpe.org) 7 de Julio de 2011)

<sup>63</sup> Baeza MA, Vázquez F, González E. Prevalencia de Depresión e idea suicida en adolescentes en tres escuelas de la Delegación Cuauhtémoc, México. D.F. 2004.

<sup>64</sup> International Planned Parenthood Federation. Encuesta CAP (Conocimientos, Actitudes y Prácticas) para los trabajadores de Atención a la Salud y otro Personal en Relación con el VIH/SIDA. Encuestas CAP VIH II. Versión: 02 de septiembre 2008.

<sup>65</sup> Intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes en el municipio de Camaguey, Republica de Cuba. ISSN 1317-987X.