

# UACM

Universidad Autónoma  
de la Ciudad de México

---

*Nada humano me es ajeno*

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**CONOCIMIENTO Y CONDUCTAS DE RIESGO SOBRE EL VIH Y SIDA EN  
ESTUDIANTES DE LA PREPARATORIA No. 7 “EZEQUIEL A. CHÁVEZ”**

TRABAJO RECEPCIONAL  
PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN  
PROMOCIÓN DE LA SALUD

PRESENTA:

**Isaac Trejo Martínez**

Director del trabajo recepcional  
**Mtro. Javier Gutiérrez Marmolejo**

México, D.F., agosto 2014

## SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



## UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

### RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

#### DERECHOS RESERVADOS ©

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO  
COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS

CONOCIMIENTO Y CONDUCTAS DE RIESGO SOBRE EL VIH Y SIDA EN  
ESTUDIANTES DE LA PREPARATORIA No. 7 "EZEQUIEL A. CHÁVEZ".

Isaac Trejo Martínez

Mtro. Javier Gutiérrez Marmolejo  
Academia de Promoción de la Salud  
Director de Tesis y Miembro del Comité de Tesis

Dr. Pablo Claudio Rojas Lara  
Academia de Biología  
Miembro del Comité de Tesis

Mtra. Guadalupe Canseco Ruiz  
Academia de Química  
Miembro del Comité de Tesis

Dra. Frida Eréndira Quintino Pérez  
Academia de Promoción de la Salud  
Miembro del Comité de Tesis

Lic. Jaime Molina Correa  
Academia de Psicología  
Miembro del Comité de Tesis

México, D.F., Agosto, 2014

Esta tesis se la dedico a mi familia.

A mi madre Beatriz B. Martínez Bejar, gracias por todo el amor y por su apoyo durante todos estos años.

A mis hermanos Josué y Oliver, gracias por todos los momentos que hemos compartido.

A José Manuel Franco, gracias por su valioso apoyo y por todas reflexiones compartidas.

A todos mis amigos y amigas, por compartir la vida y quienes me han apoyado de diferentes maneras.

A todos ustedes por formar parte de mi vida y caminar junto a mí durante todos estos años; pueden saber que guardan un lugar en mi corazón.

## **Agradecimientos**

A la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, gracias por brindarme la oportunidad de estudiar en la mejor casa de estudios y de proveerme de tantos conocimientos

A mis profesores, no solo por enseñarme Promoción de la Salud, sino a ser mejor persona.

A mi amigo y director de tesis Javier Gutiérrez Marmolejo, por apoyar totalmente este proyecto y ayudarme a concluir esta etapa.

A mis lectores de tesis: Dra. Frida Eréndira Quintino Pérez, Mtra. Guadalupe Canseco Ruiz, Lic. Jaime Molina Correa y Dr. Pablo Rojas Lara, quienes revisaron este trabajo y además fueron mis profesores.

Un especial agradecimiento a todos los profesores y colaboradores del Laboratorio de Física de la Preparatoria 7 “Ezequiel A. Chávez” de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), por todas las facilidades que me brindaron para realizar las encuestas.

Mi agradecimiento al Instituto de Ciencia y Tecnología del Distrito Federal (ICyTDF) y a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM) por el apoyo económico para la realización de este trabajo de tesis así como por el apoyo brindado para la impresión y/o empastado del mismo.

A la Ciudad de México, gracias por su esplendor y diversidad cultural y a cada uno de ustedes que se tomaron el tiempo de leer y tener esta tesis en sus manos.

Gracias por todo.

# **CONOCIMIENTO Y CONDUCTAS DE RIESGO SOBRE EL VIH Y SIDA EN ESTUDIANTES DE LA PREPARATORIA No. 7 “EZEQUIEL A. CHÁVEZ”**

## **Resumen**

La Promoción de la Salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y; en consecuencia, mejorarla. Desde la década de los años ochenta que empezó la epidemia de VIH/SIDA, más de 60 millones de personas han sido infectadas por el virus y más de 20 millones murieron de SIDA. Pese a las numerosas iniciativas adoptadas para reducir la importancia de su impacto, diariamente se producen unas 16,000 nuevas infecciones y la epidemia afecta esencialmente a los jóvenes de 15-29 años de edad, que representan más de 50% de ese porcentaje.

En 2008, los jóvenes representaban el 40% de las nuevas infecciones por VIH en personas de 15 a 49 años. Casi 3,000 jóvenes se infectan con el VIH cada día. Más de la mitad de todas las enfermedades transmitidas sexualmente distintas al VIH (hepatitis B, herpes, clamidia, gonorrea, papiloma humano, sífilis), ocurren entre personas jóvenes de 15 a 24 años de edad.

En el presente trabajo se investigó qué es lo que saben los estudiantes adolescentes de la Escuela Nacional Preparatoria No. 7 “Ezequiel A. Chávez”, perteneciente a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), sobre VIH/SIDA, así como sus percepciones y medidas de prevención. Se efectuó un estudio descriptivo transversal, seleccionando una muestra conformada por 248 hombres y 207 mujeres estudiantes de entre 16 y 20 años de edad, empleando una encuesta anónima y voluntaria, compuesta por 77 preguntas cerradas. Se identificaron las principales vías de comunicación por las que los estudiantes reciben información del VIH/SIDA, el conocimiento que tienen sobre el VIH/SIDA, las principales conductas de riesgo, la percepción ante el VIH/SIDA y la dimensión sobre discriminación y derechos humanos de las personas infectadas, permitiendo

de esta forma plantear los diferentes paradigmas que intervienen en el entendimiento de la enfermedad así como los principales determinantes de la salud de los adolescentes ante el VIH/SIDA y emprender estrategias de cambio para implementar la Promoción de la Salud destinada a la población estudiantil de la preparatoria 7.

***Palabras clave:*** VIH, SIDA, salud, Promoción de la Salud, determinantes de la salud, adolescencia, información, conocimiento, conductas de riesgo.

## **Acrónimos**

ARV	Antiretroviral (es)
CENSIDA	Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA
CONASIDA	Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA
ENP 7	Escuela Nacional Preparatoria, plantel 7
ENSA	Encuesta Nacional de salud
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
IMJUVE	Instituto Mexicano de la Juventud
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA
OPS	Organización Panamericana de la Salud
SIDA	Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

# CONOCIMIENTO Y CONDUCTAS DE RIESGO SOBRE EL VIH Y SIDA EN ESTUDIANTES DE LA PREPARATORIA No. 7 "EZEQUIEL A. CHÁVEZ"

## TABLA DE CONTENIDO

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	1
1.1. Epidemiología	1
1.2. Definición del problema	8
1.3. Objetivos	10
1.3.1. Objetivo general	10
1.3.2. Objetivo específico	10
1.4. Propósito de la investigación	11
1.5. Justificación de la investigación	11
<b>2. ANTECEDENTES</b>	12
<b>2.1. EL VIH Y EL SIDA</b>	12
2.1.1. Terminología del VIH y el SIDA	12
2.1.2. Etiología del VIH	14
2.1.3. El origen del VIH	15
2.1.4. La enfermedad del SIDA	16
2.1.5. Formas de transmisión del VIH	18
<b>2.2. PROMOCIÓN DE LA SALUD</b>	20
2.2.1. Promoción de la salud	20
2.2.2. Modelos de abordaje	22
2.2.3. Perspectiva biomédica	23
2.2.4. Perspectiva conductual (Estilos de vida)	23
2.2.5. Perspectiva socio-ambiental	24
2.2.6. Determinantes de la salud	24
2.2.6.1. Principales determinantes de la salud	26
2.2.6.2. Características de los determinantes de la salud	28

2.2.7. Modelo de Dahlgren y Whitehead	34
2.2.8. Propiedades de los determinantes sociales	36
2.2.9. Participación social	36
2.2.10. Empoderamiento	37
2.2.11. Alianzas intersectoriales	38
<b>2.3. DERECHOS HUMANOS Y PROMOCION DE LA SALUD</b>	<b>39</b>
2.3.1. Derechos Humanos	39
2.3.2. Instrumentos vinculantes de la ONU	42
2.3.2.1. Carta de la ONU	42
2.3.2.2. Constitución de la OMS	42
2.3.2.3. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos	43
2.3.2.4. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	43
2.3.2.5. Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer	43
2.3.2.6. Convención sobre los Derechos del Niño	43
2.3.2.7. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad	44
2.3.3. Instrumentos regionales no vinculantes	44
2.3.3.1. Carta de la Organización de Estados Americanos (OEA)	44
2.3.3.2. Convención Americana sobre Derechos Humanos	44
2.3.3.3. Protocolo de San Salvador	44
2.3.3.4. Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad	45
2.3.3.5. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Para)	45
2.3.4. Instrumentos de la ONU y otros instrumentos no vinculantes	45
2.3.4.1. Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre	46
2.3.4.2. Resolución CD45.R10 de la OPS	46
2.3.4.3. Resolución CD47.R1 de la OPS	46
2.3.4.4. Declaración de Brasilia de la ONU (CEPAL)	46
2.3.5. Directrices Internacionales y limitaciones de los derechos humanos	46

2.3.6. El derecho a la salud y otros derechos humanos afines y libertades fundamentales	47
2.3.7. Derecho a la salud	47
2.3.8. Derecho a la igualdad	48
2.3.9. Derecho a la información	48
2.3.10. Derecho a la educación sexual	49
2.3.11. Derechos reproductivos	49
2.3.12. Derechos sexuales de los jóvenes	50
<b>3. PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO</b>	<b>53</b>
3.1. Tipo de estudio	53
3.2. Determinación del tamaño de la muestra	53
3.3. Consentimiento para realización de investigación	55
3.4. Datos de estudio	55
<b>4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	<b>57</b>
<b>5. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS</b>	<b>76</b>
<b>6. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>84</b>
<b>7. GLOSARIO</b>	<b>86</b>
<b>8. ANEXO</b>	<b>91</b>

## **1. INTRODUCCIÓN**

Uno de los propósitos de la Promoción de la Salud es incrementar el control sobre la salud de las personas. La Promoción de la Salud implica la suma de acciones de la población, de los servicios de salud, de las autoridades sanitarias y de otros sectores sociales encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva.

Cabe aclarar que en este caso-problema sobre VIH/SIDA, pandemia que ha afectado a más de 180 millones de jóvenes de un total anual de 340 millones personas infectadas en el mundo, se exponen algunas de las especificidades de la Promoción de la Salud, la cual es una estrategia diferente a la atención primaria, a la prevención de la enfermedad o a la educación para la salud.

Este caso-problema servirá de modelo para identificar los diferentes componentes clave de la Promoción de la Salud y, de esta forma, realizar un análisis que dé pautas para la planificación, líneas de acción y evaluación a fin de que la Promoción de la Salud forme parte fundamental de las estrategias de acción e intervención.

Finalmente se hace énfasis sobre la importancia de la multisectorialidad teniendo en cuenta que la Promoción de la Salud debe ser vista como la respuesta social organizada para elevar la salud individual y de la población, incluyendo la adolescente, ante el VIH/SIDA.

### **1.1. Epidemiología del VIH/SIDA**

Desde el inicio de la pandemia, según datos epidemiológicos publicados por ONUSIDA (2012), a finales del 2011, 34 millones de personas vivían con el VIH en todo el mundo. Alrededor de 7000 infectados por el VIH al día se registraron en

2012. El 97% de los contagios se produjo en países de ingresos medios y bajos, de los cuales el 51% fue entre mujeres y el 41% entre jóvenes de 15 a 24 años. También ONUSIDA (2012) difunde que la epidemia ha tendido a estabilizarse en los últimos 10 años con una prevalencia del 0.8% y, debido al creciente acceso a medicamentos antirretrovirales, el número de defunciones a causa del SIDA ha disminuido.

Por otro lado, y de acuerdo a estimaciones realizadas por el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA 2012), en México existían alrededor de 225,000 personas adultas (15-49 años) viviendo con VIH (estimación 2010); 149,883 casos de SIDA acumulados (1983-2011), de los cuales 123,162 (82%) casos diagnosticados son hombres y 26,721 (18 %) casos diagnosticados son mujeres; además de 34,976 detecciones de VIH acumuladas (1985-2011). Esta estimación genera una prevalencia del 0.24% de VIH en adultos de 15 a 49 años (Ver tabla 1 y figura 1). CENSIDA (2012) concluye que existe una epidemia relativamente estable, cuyas mayores casos nuevos y acumulados de SIDA se concentran en hombres adultos de 30 años o más (98%) y hombres jóvenes de 15-29 años (96%), y cuya forma de transmisión, por lo general, ha sido la sexual.

El Distrito Federal tiene la epidemia más antigua del país, confirma la Secretaría de Salud, ya que los primeros casos de SIDA fueron diagnosticados en 1983, dos años después de su aparición en Estados Unidos. Según los datos publicados por CENSIDA (2012), se estima que 38,400 personas viven con VIH en el Distrito Federal, lo que representa el 17% del total de infecciones a nivel nacional. La prevalencia resultante de esta estimación es del 0.77 %, la más alta del país.

Anualmente se diagnostican entre 1,200 y 1,300 casos nuevos de SIDA en el D.F., el 89% de los casos corresponden a hombres, el 26% a jóvenes de 15 a 29 años y, un 50%, a personas de 30 a 44 años de edad (CENSIDA, 2012).

Tabla 1. Casos acumulados de SIDA, por año de diagnóstico y por notificación (1983-2011)

AÑO	DIAGNOSTICADOS	NOTIFICADOS
1983	67	6
1984	193	6
1985	366	28
1986	709	243
1987	1595	508
1988	2195	897
1989	2847	1585
1990	3714	2566
1991	3883	3120
1992	4368	3157
1993	4517	4971
1994	5065	3999
1995	5561	4094
1996	5904	4113
1997	6114	3582
1998	6746	4638
1999	8849	4264
2000	8678	4674
2001	8573	4156
2002	8446	13520
2003	8301	7034
2004	8329	22090
2005	8600	8661
2006	8669	7787
2007	7664	7666
2008	6914	12382
2009	5762	8940
2010	5595	8526
2011	1679	2670
Total	<b>149883</b>	<b>149883</b>

Fuente: SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 30 de junio de 2011. Procesó: SS/CENSIDA.

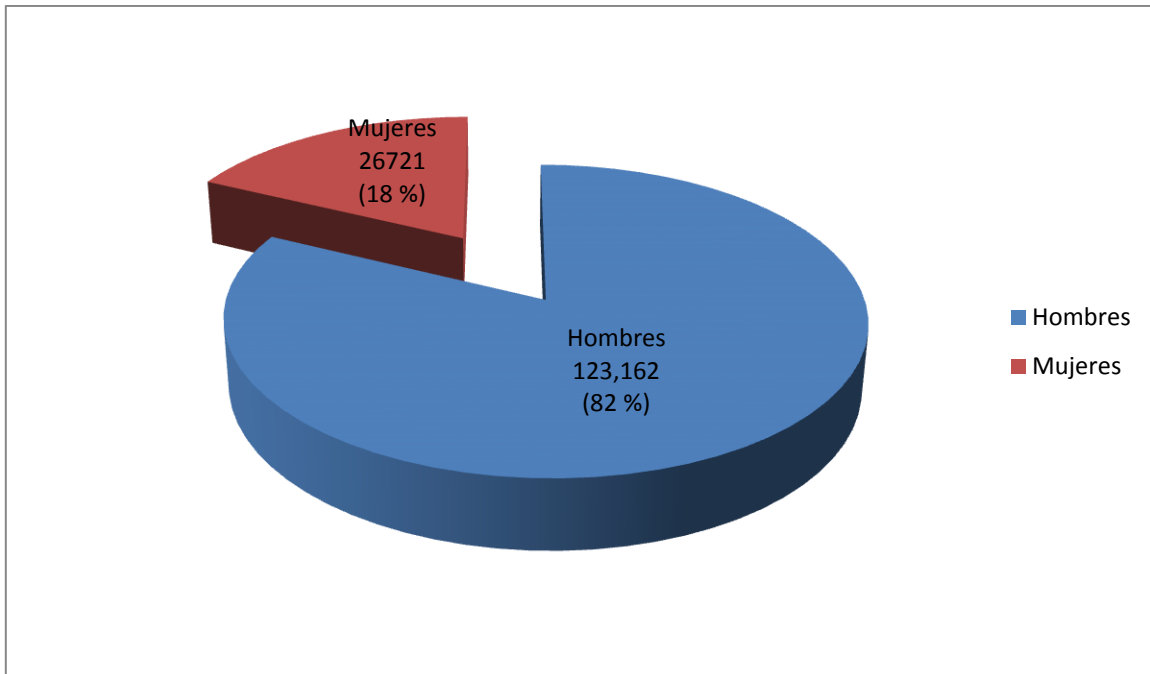


Figura 1. Casos de SIDA diagnosticados por sexo (1983-2011). Fuente: SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 30 de junio del 2011.

En la adolescencia y la juventud confluyen determinantes sociales de la salud, considerados como “las causas que subyacen a las causas” de las enfermedades y problemas de salud, que hace a esta etapa de la vida sea susceptible y vulnerable para contraer VIH. Entre los principales determinantes de salud se encuentra las condiciones económicas, culturales, ambientales, sociales y estilos de vida. Además, se observa que entre los adolescentes hay una tendencia a segregar colectivos o sectores de la población que incurren en prácticas no aceptadas socialmente e incurriendo consciente, o inconscientemente, en la discriminación ante el VIH y SIDA.

El SIDA en México es predominantemente un fenómeno vinculado con la conducta sexual en poblaciones jóvenes. En la década de los años ochenta existía poca información y conocimiento sobre esta enfermedad. Con el paso de los años fue posible implementar múltiples programas preventivos para contribuir a cambiar los hábitos de los colectivos más afectados y frenar la propagación de la epidemia; sin embargo, el fomento de conductas de prevención o cambio de

conductas resultaron difusas. El conocimiento sobre el VIH y SIDA, y sus formas de transmisión, no fueron suficientes para producir los cambios necesarios y así frenar la epidemia.

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2012), menciona que la adolescencia es un grupo de edad relativamente saludable que ha superado la etapa crítica de la mortalidad y morbilidad de la infancia y aún no se enfrenta a los problemas de salud de la etapa adulta y en la que se ha documentado que las decisiones tomadas en esta etapa son determinantes para el futuro de un individuo. La adolescencia es una etapa en la que se establecen patrones de comportamiento para la vida al transitar de la niñez a la edad adulta.

Según datos del Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE 2010) publicados en la Encuesta de Juventud aplicada en el Distrito Federal a jóvenes de 15 a 29 años, con respecto al conocimiento sobre prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), 9 de cada 10 jóvenes (96.5%) ubican la categoría ITS. La variación en el conocimiento de estas enfermedades, según grupos de edad, no es sustantiva, por lo que puede decirse que, en general, los jóvenes en la capital tienen conocimiento sobre prevención de enfermedades (ver figura 2).

Siguiendo con la Encuesta de Juventud (2010), el 98.5% de los jóvenes entre 15 y 29 años reportó que el condón es el método más reconocido, en segundo lugar, 8 de cada 10 jóvenes (81.6%) considera que no tener relaciones sexuales es oportuno para prevenir enfermedades de transmisión sexual y, 4 de cada 10 jóvenes, considera que tener relaciones sexuales sólo con su pareja les previene de ITS (ver figura 3).

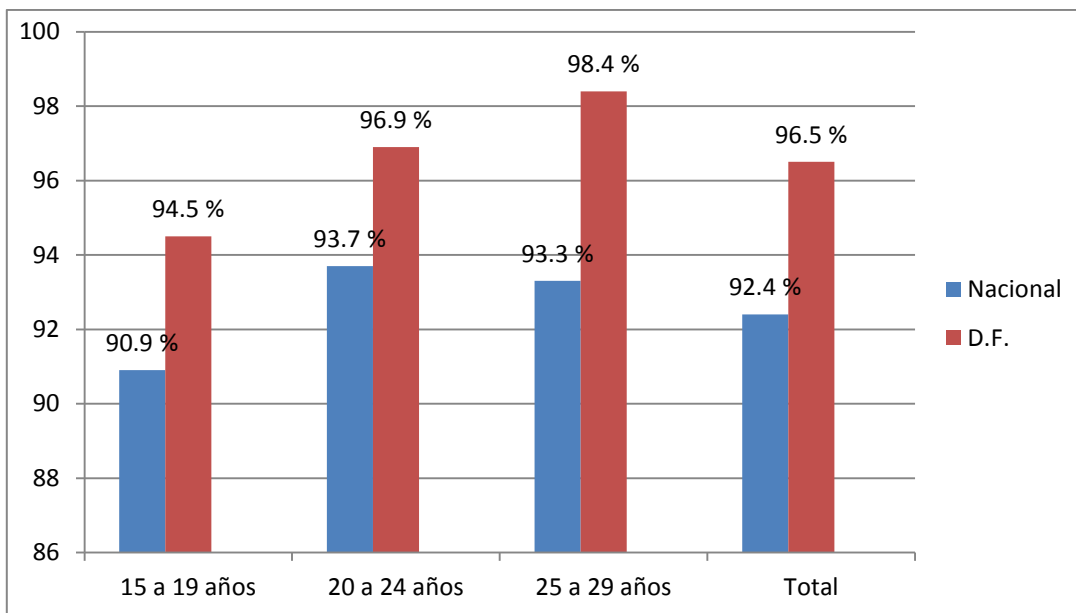


Figura 2. Jóvenes que reportan tener conocimiento sobre prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), por grupo de edad. El conocimiento sobre medios de prevención de ITS es reportado por más del 95 % de los jóvenes en el D.F. Pregunta realizada al 100 % de los jóvenes entre 15 y 29 años.

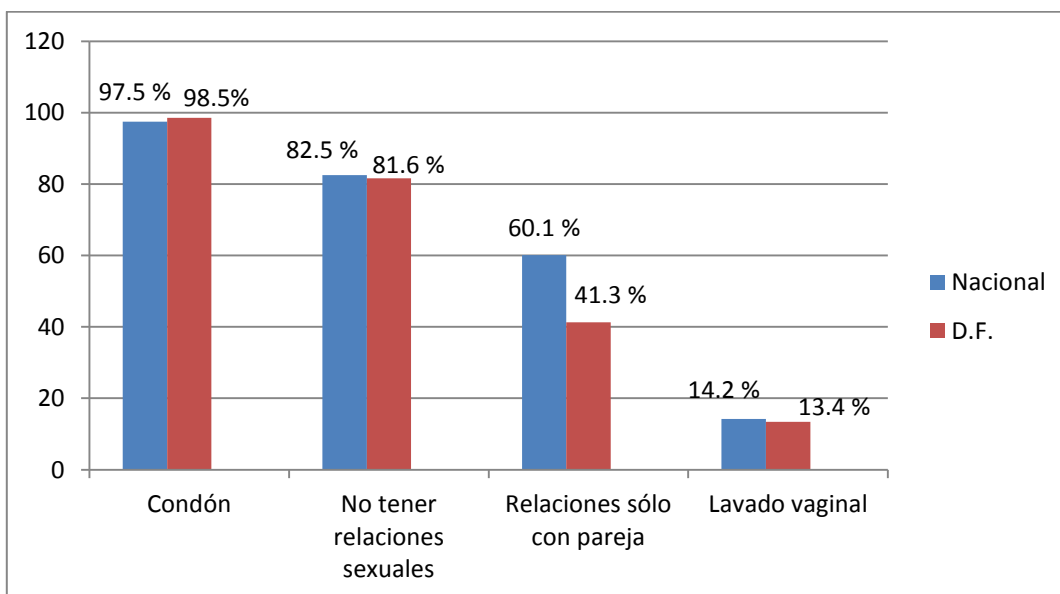


Figura 3. Métodos que los jóvenes entre 15 y 29 años consideran oportunos para prevenir ITS. El condón es el método de prevención de más alta visibilidad y conocimiento entre los jóvenes. Pregunta realizada al total de los jóvenes entre 15 y 29 años que dice conocer los métodos de prevención de ITS. Nacional= 92.4 %, D.F.= 96.5 %.

Sin embargo, estos últimos datos se pueden relacionar con los obtenidos por la ENSANUT (2012) que muestran que el 84.5% del total de los adolescentes respondió correctamente a que una sola vez se puede utilizar el condón, con un porcentaje mayor entre los hombres en relación con las mujeres, 88.1% y 80.8%, respectivamente. En cuanto a la utilidad del condón masculino para evitar el embarazo o una ITS, 78.5% respondió de manera correcta al decir que se utiliza para ambas situaciones, y el porcentaje de respuesta correcta por sexo fue similar.

La ENSANUT (2012) menciona que el porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años de edad que ha iniciado vida sexual alcanza 23%, con una proporción mayor en hombres con 25.5%, en relación con las mujeres, con 20.5%. Esta cifra es superior a la reportada en la ENSANUT 2006, que reportó 15% de adolescentes entre 12 y 19 años que habían iniciado vida sexual, 17% entre los hombres y 14% entre la mujeres, y a la de la ENSA 2000, que registró 17% para el total, 17.5% entre hombres y 16% entre mujeres (ver figura 4). El inicio de vida sexual es un evento crucial de los individuos, tiene implicaciones para la vida futura que implica asumir nuevos roles y patrones de comportamiento que tendrán efectos en su salud sexual y reproductiva que modificarán su desarrollo durante la adultez.

A la fecha, los adolescentes mantienen conductas o prácticas sexuales de riesgo de contagio al VIH. Si consideramos que una solución biomédica aún no es factible para hacer frente a la epidemia, resulta necesario el estudio de factores psicosociales que pueden estar involucrados en la emisión de conductas sexuales preventivas en poblaciones con conductas de riesgo (Díaz-Loving, 1999), lo que da como resultado la premisa de que el conocimiento resulta ser necesario e importante para el entendimiento del fenómeno y sus orígenes, pero también resulta claro que los conocimientos no son suficientes para producir las conductas de prevención o para evitar las prácticas de riesgo necesarias para cortar el sistemático crecimiento de la epidemia entre los jóvenes.

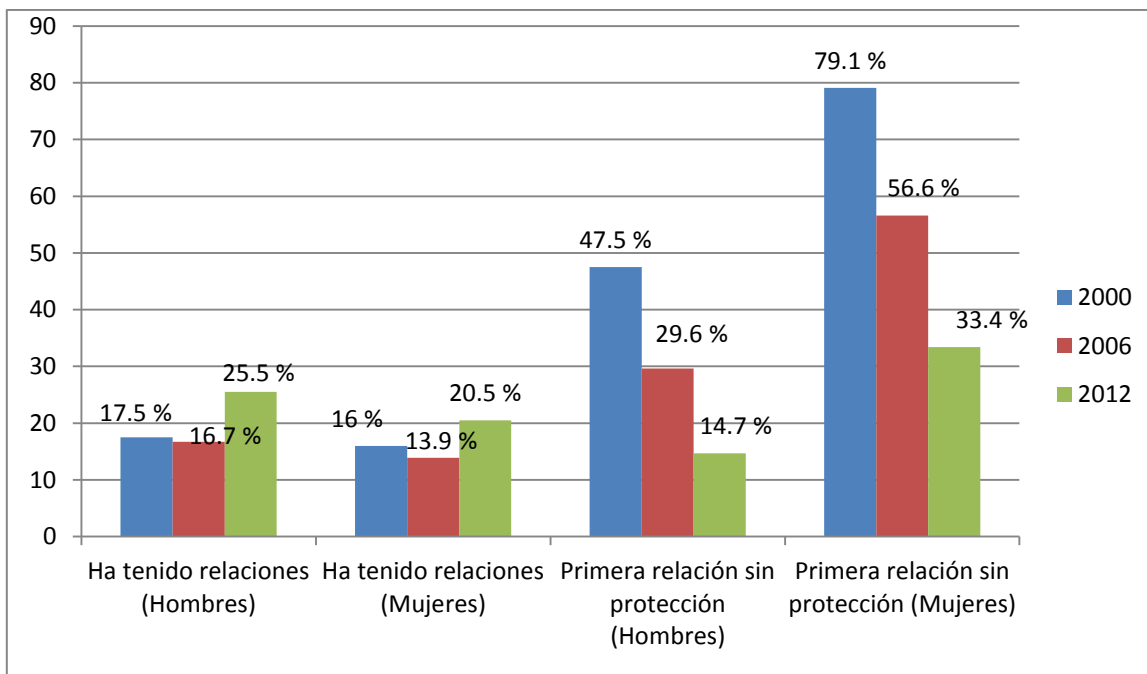


Figura 4. Porcentaje de adolescentes que han tenido relaciones sexuales sin protección. Porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años de edad que han tenido relaciones sexuales y porcentaje de los mismos que no utilizaron método para evitar embarazo en la primera relación sexual. México, ENSA 2000, ENSANUT 2006 y 2012.

De ahí la importancia de saber las percepciones, actitudes y conocimientos de los adolescentes, en este caso de los estudiantes de la ENP 7, ya que son considerados factores biopsicosociales importantes involucrados en la emisión de conductas preventivas para evitar el contagio.

## 1.2. Definición del problema

Como fue señalado anteriormente, los jóvenes de 15 a 24 años de edad ocupan el tercer lugar con mayor porcentaje de casos de SIDA en México, siendo éste uno de los problemas de salud que más afectan a los jóvenes. En esta población confluyen causas y determinantes de la salud que favorecen o aumentan la probabilidad de que haya transmisión de VIH en los adolescentes.

Al mismo tiempo, conviene recordar que la educación no es ajena a ninguna problemática que aparezca en la sociedad por compleja que ésta sea, al interesarse por el pleno desarrollo de los individuos dentro de las propias circunstancias. La educación tiene un compromiso con el VIH/SIDA, tanto porque es un fenómeno que afecta o puede afectar a las personas como por el estado actual de los conocimientos; la educación parece ser la medida con más garantías de éxito para la prevención.

La investigación con este grupo de jóvenes en situación de vulnerabilidad y riesgo a la infección del VIH, parte del motivo o la razón de estudiar en esta población los diferentes paradigmas de salud (Biomédico, Conductual o Estilos de Vida y Socio-ambiental) que rodean a esta enfermedad e identificar las acciones de Promoción de la Salud y conseguir la manera más adecuada y aplicable para abordar la implementación de estrategias de acción y líneas de trabajo para prevenir futuras infecciones del VIH a través de una intervención educativa e integradora en la población de jóvenes.

De lo anterior se han generado la siguiente pregunta a responder en esta investigación:

¿Cuáles son los principales determinantes de la salud y de vulnerabilidad al VIH/SIDA en los adolescentes de la ENP 7?

### **1.3. Objetivos**

#### **1.3.1. Objetivo general**

- Conocer los principales conceptos y valores que en la actualidad definen el enfoque de la Promoción de la Salud para la implementación de sugerencias y estrategias que puedan aplicarse e integrarse a este caso-problema del VIH/SIDA de los estudiantes de la Preparatoria 7, turno vespertino.

#### **1.3.2. Objetivos específicos**

- Describir los diferentes modelos de abordaje (biomédico, conductual o estilos de vida y socio-ambiental) implícitos en dichos paradigmas y su expresión en términos de niveles, indicadores y criterios de evaluación, para su implementación desde las diferentes estrategias necesarias.
- Identificar los principales determinantes de la salud como herramienta y recurso para la implementación de estrategias de Promoción de la Salud en estudiantes de la Preparatoria 7.
- Analizar los aspectos de equidad y derechos humanos en estudiantes de la Preparatoria 7.
- Integrar aspectos básicos de la Promoción de la Salud para medir la magnitud del problema, analizar y evaluar, y poder realizar una planificación, desarrollo e intervención para este caso-problema del VIH/SIDA en estudiantes de 16 a 20 años de edad de la ENP 7.

#### **1.4. Propósito de la investigación**

El propósito de esta investigación es importante y amplio a largo plazo, con la intención de contribuir a la prevención en el ámbito de la Promoción de la Salud, a nivel educativo, y planear y promover acciones que eviten la infección del VIH/SIDA en jóvenes adolescentes y estudiantes de la Preparatoria 7. Con los resultados obtenidos de la investigación se conocerán cuáles son los principales factores riesgos respecto a la enfermedad, cómo prevenir el contagio y cómo desarrollar una serie de actitudes positivas hacia las personas infectadas. De este modo, se podrán crear programas de intervención dirigidos a los jóvenes que estudian en este plantel.

#### **1.5. Justificación de la Investigación**

La magnitud del problema del VIH/SIDA en jóvenes, hace necesaria la unión de esfuerzos teóricos y prácticos contra la epidemia, analizar los determinantes de la salud, analizar y evaluar los efectos de la problemática entre jóvenes; en este caso, en jóvenes de la Preparatoria 7. Esta situación contribuye a ampliar la base de conocimientos y a sensibilizar a los estudiantes.

Esta investigación tiene por objeto que el promotor de la salud aporte sus conocimientos y ponga en práctica estrategias que permitan la aplicación de mejores acciones en materia de salud y prevención que contribuyan a disminuir la propagación del VIH/SIDA.

## **2. ANTECEDENTES**

### **2.1. EL VIH Y EL SIDA**

#### **2.1.1. Terminología del VIH y el SIDA**

Existe la idea errónea de definir al VIH y al SIDA como lo mismo, creando un obstáculo a las labores de la prevención de la enfermedad. El modo en que se concibe y se describe al virus y a la enfermedad será un factor determinante para responder eficazmente a esta pandemia.

Estos términos entrañan cierta complejidad clínica, por lo que es necesario explicitarlos de manera clara y evitar que cobren sentidos diferentes según el contexto social, económico y cultural. Asimismo, se busca no sólo difundir información sobre prevención, sino también elementos sobre derechos humanos y no discriminación contra personas que viven con VIH.

La Secretaría de Salud y el CENSIDA cuentan con el Manual para la Prevención del VIH/SIDA (2009), en el cual se incluyen definiciones clave en la materia. En este material se observa que las siglas del VIH identifican el agente etiológico que ocasiona la inmunodeficiencia en seres humanos:

**V.-** Virus que pertenece a la familia de retrovirus y subfamilia de los lentivirus. Esta característica explica la razón por la cual el organismo se deteriora en forma lenta.

**I.-** Inmunodeficiencia es una palabra compuesta. “Inmuno” hace referencia a un grupo de células que conforman el sistema inmunológico o también llamado de defensa, cuya función básica es la de proteger al organismo de agentes extraños productores de enfermedades. “Deficiencia” se refiere al déficit funcional del sistema antes mencionado.

**H.-Humana.** Este virus es especie-específico; es decir, sólo ataca a un grupo de células especializadas del organismo humano (sistema inmunológico), lo cual explica sus vías de trasmisión.

El Manual advierte que el SIDA es un acrónimo que se utiliza para dar nombre a la última fase o etapa causada por el VIH:

**S.- Síndrome,** definido como el conjunto de signos (lo que se puede ver en el cuerpo de la persona) y síntomas (las molestias que refiere la persona), que corresponde a una o varias enfermedades presentes en el organismo, que pueden ser comunes en la población general o ser infecciones oportunistas que sólo se presentan en personas con un sistema inmunológico deprimido.

**I.- Inmuno,** se refiere al sistema inmunológico para responder al embate de agentes productores de enfermedad.

**D.- Deficiencia,** se refiere al déficit o carencia.

**A.- Adquirida,** porque la infección del VIH que ocasiona la inmunodeficiencia no es de carácter hereditario, es una infección que adquiere el individuo a través de vías ya reconocidas.

El SIDA es un conjunto de síntomas (un síndrome) que sobreviene cuando la infección por el VIH ha destruido gravemente el sistema inmunitario de una persona. Alguien infectado por el VIH tendrá anticuerpos contra el virus, pero quizá ninguno contra las enfermedades que constituye el SIDA.

### 2.1.2. Etiología del VIH

Díaz-Loving (1999) menciona que el SIDA es causado por el virus de la inmunodeficiencia (VIH). Se conocen dos serotipos del virus con múltiples variantes: el VIH-1, presente en todo el mundo, y el VIH-2, que se encuentra principalmente en África occidental. Aunado a esta última noción, Luque (2002) plantea que el VIH-2 es menos agresivo y menos extendido que el VIH-1, pero se transmite de la misma forma e igualmente es capaz de producir SIDA. El VIH es miembro del género *Lentiviridae* de la familia de los retrovirus y se caracteriza por producir una infección lenta y persistente, la cual causa enfermedad luego de un largo período de replicación.

Para Luque (2002), el virus es un microorganismo capaz de vivir y reproducirse solamente en el interior de las células vivas. Los virus son visibles tan sólo al microscopio electrónico y tienen forma esférica, poliédrica (similar a un balón de fútbol) o alargada. Cada partícula viral se compone de una cápsula hecha de proteínas que contiene material genético. El componente genético esencial de los virus es un ácido nucleico, ya sea RNA (Ribonucleico) o DNA (Desoxirribonucleico). Un virus es el organismo vivo de estructura más sencilla que se conoce. Siguiendo a este autor y complementando, el VIH tiene la capacidad de insertarse en los linfocitos T4, también conocidos como células CD4, una especie de glóbulos blancos que hacen parte del sistema inmune o defensa corporales. El VIH se reproduce dentro de las células mencionadas y termina por destruirlas, produciendo nuevos virus que infectarán, a su vez, a otras células y así sucesivamente. Con los años, los linfocitos disminuyen a tal punto que debilitan la capacidad del organismo para controlar otras enfermedades, principalmente de tipo infeccioso, desencadenando como consecuencia el cuadro clínico conocido como SIDA.

Por lo tanto, se entiende que el VIH tiene la capacidad para atacar a los linfocitos T (CD4) provocando la destrucción del sistema inmunitario dejando expuesto a numerosas infecciones oportunistas que llevan a la muerte. Las personas no mueren por el VIH, mueren por la falla orgánica y sistémica ocasionada o por uno o varios padecimientos.

Aunado a ello, si una persona tiene VIH puede que se sienta saludable, pues su nivel de glóbulos blancos no han disminuido lo suficiente para controlar y defenderse de infecciones o enfermedades; sin embargo, desde el momento de haberse infectado, la sangre y ciertas secreciones ya contienen el virus y la persona puede transmitirlo si no se toman las medidas adecuadas de precaución.

### **2.1.3. El origen del VIH**

Mucho se ha hablado de cuál es el origen del SIDA; sin embargo, actualmente no existe ninguna certeza sobre el mismo. Existen muchas hipótesis como la que ubica a África central como el lugar geográfico de partida. Los monos verdes de la región habrían padecido una infección por el retrovirus VIS, a partir de este hecho pudo generarse el VIH. La infección habría pasado al hombre a través de rupturas de la piel. Posteriormente, algunos inmigrantes llevarían el virus a Estados Unidos y a Europa. Luque (2002) observa, por otro lado, que los monos infectados por el VIS no padecen SIDA, ni depresión inmunitaria, al parecer debido a una larga adaptación del virus a los monos.

Para el VIH-1 la relación más cercana es con el SIVcpz que afecta a chimpancés, especialmente de la subespecie *Pan troglodytes*, con el que el hombre tiene una estrecha relación filogenética.<sup>1</sup> Estos estudios son importantes dado que la forma como los animales interactúan con el germen sin presentar

---

<sup>1</sup> El virus de la Inmunodeficiencia Humana, tal como su nombre lo indica, es exclusivo de los seres humanos.

signos ni síntomas clínicos puede permitir avances para encontrar la clave necesaria en el control de la pandemia.

Hay otras hipótesis sobre el origen del VIH, como la supuesta especulación de que los estadounidenses crearon el virus en un laboratorio con fines militares para una supuesta guerra microbiológica. Este tipo de hipótesis o especulaciones, por el contrario, lo único que hacen es reforzar prejuicios racistas y de discriminación acerca del origen geográfico del virus.

Luque (2002) menciona que varios factores influyeron para la propagación del VIH/SIDA. La independencia en la década de los años sesenta de los países africanos de sus colonizadores europeos provocó un aumento en los movimientos migratorios sur-sur, la cual se intensificó por el auge de mejores medios de transporte, entre ellos el jet, que igualmente incrementaron las migraciones norte-sur-norte. Además, las revoluciones sexuales de los años sesenta y setenta, y el rápido avance de la medicina transfusional, hicieron que el virus se expandiera rápidamente a núcleos de población más amplios mutando a formas más virulentas.

#### **2.1.4. La enfermedad del SIDA**

Tras adquirir el VIH, poco a poco se reducirá el número de glóbulos blancos (linfocitos CD4) hasta producir una deficiencia del sistema inmune o baja en las defensas del organismo. Como consecuencia de este hecho, la persona llegará a presentar signos y síntomas característicos del síndrome.

Complementando lo anterior, Hernán Vélez (2005) apunta la existencia de personas infectadas asintomáticas en las que inicia una disminución lenta y progresiva de linfocitos CD4, al mismo tiempo que aumenta la carga viral. Al final

de este período pueden aparecer algunas manifestaciones en la piel y mucosa dentro de las cuales están la dermatitis seborreica, foliculitis, úlceras orales, etc.

El SIDA se adquiere cuando los niveles de inmunosupresión llegan a un nivel crítico (CD4 menores de  $200/\text{mm}^3$  (milímetros cúbicos)) o cuando se manifiesta alguna de las complicaciones infecciosas (enfermedades oportunistas) o malignas que se consideran definitorias de la enfermedad. Si se deja evolucionar naturalmente la enfermedad, la sobrevivencia de los pacientes en este período es de tres a cinco años en promedio.

De esta forma se entiende que el SIDA aparece en promedio de tres a cinco años después de que la persona se infecta y se manifiesta con una serie de enfermedades que aparecen cuando el sistema inmune se encuentra ya muy deteriorado.

En definitiva, el SIDA es un poco más complicado que lo que pretenden ciertas personas que ven el SIDA en cualquier diarrea de un compañero de trabajo o, si alguien ha perdido peso, lo interpretan como síntoma. Son frecuentes los comentarios desatinados frente a las más mínimas manifestaciones orgánicas y se perpetúa un estado de miedo frente a la enfermedad. Algunas personas llegan inclusive a presentar verdaderos estados de obesidad, pues habiendo asumido algún comportamiento de riesgo o sabiéndose infectadas, piensan que lo mejor es que no se vaya a “notar” a través del aumento de peso.

Luque (2002) plantea que al SIDA se le ha catalogado moralmente y se le ha dado la connotación de castigo divino, como la consecuencia lógica por haber asumido un comportamiento supuestamente pecaminoso. De alguna manera, el SIDA está asociado a la idea de lo impuro, de lo indigno y de lo vergonzoso. La persona infectada representa, en el imaginario colectivo, a quien paga su culpa por quebrantar la norma aceptada, o cuando menos a una especie de mal elegido que sufre las consecuencias del desbarajuste moral actual. Se vuelve imperativo

cambiar estos conceptos morales equívocos porque, en definitiva, se hace mucho daño con ellos.

También al SIDA como enfermedad se le ha catalogado con varios sinónimos como el de “peste” (por su carácter epidémico), “plaga” (con lo que se quiere dar a entender que se trata de una maldición) y, la más frecuente, como padecimiento asociado a la homosexualidad, así como a la prostitución y al consumo de drogas. Se piensa que si alguien tiene SIDA es porque mantuvo relaciones sexuales con alguna de estas personas.

Sin duda alguna, el SIDA puede ser visto e interpretado desde diferentes puntos de vista, desde la Promoción de la Salud, la enfermedad no solamente se conceptualiza como el deterioro físico de la persona, sino desde una dimensión más amplia en la que destacan elementos psicosociales.

#### **2.1.5. Formas de transmisión del VIH**

Cárdenas (2005) y Daudel (2002) coinciden en que hay tres mecanismos por los cuales el VIH puede pasar de una persona infectada a una sana: a) por contacto sexual, b) por contacto con sangre contaminada con VIH y c) por transmisión perinatal.

Para Taylor (2007) el VIH se transmite más fácilmente entre consumidores de drogas. El compartir agujas lleva a intercambiar fluidos corporales, extendiendo así el virus. Entre hombres homosexuales el intercambio del virus ha sido relacionado con las prácticas sexuales, especialmente con el sexo anal receptivo sin condón. Entre la población heterosexual se asocia el sexo vaginal con la transmisión del VIH y son las mujeres quienes tienen más riesgo. La posibilidad de contraer el VIH aumenta con el número de parejas sexuales que una persona haya tenido.

La transmisión por contacto sexual sucede en hombres y mujeres activos sexualmente de cualquier edad. Al respecto, Cárdenas (2005) menciona que la transmisión del VIH se ubica en las membranas o mucosas que recubren la vagina, el recto o la uretra del pene, e incluso de la boca. Las membranas son muy delgadas y, aunque estén sanas, pueden dejar pasar hacia la sangre el VIH si entran en contacto con él a través del líquido seminal, las secreciones vaginales o cualquier otra secreción contaminada que provenga de una persona infectada.

La transmisión por sangre contaminada se puede dar por transfusión de sangre o sus derivados contaminados y salpicaduras de sangre contaminada sobre heridas o mucosas (Cárdenas, 2005). Esto suele suceder cuando hay alguna herida y entra en contacto con sangre contaminada. Con respecto a las lesiones con instrumentos cortantes o punzantes contaminados, es muy frecuente el contagio entre usuarios de heroína que comparten jeringas y agujas no esterilizadas o desinfectadas. Por último, en el contagio perinatal hay transmisión de la madre al hijo, lo cual puede suceder a través de la placenta, a su paso por el canal de parto o por la alimentación del seno materno.

## **2.2. PROMOCIÓN DE LA SALUD**

### **2.2.1. Promoción de la Salud**

La primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en Ottawa, celebrada el día 21 de noviembre de 1986, emite la Carta de Ottawa dirigida a la consecución del objetivo “Salud para Todos”. Este documento menciona que la Promoción de la Salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma y que para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo deber ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente.

La Carta de Ottawa señala que la Promoción de la Salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. Aunado a ello, explica que las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad; por lo tanto, cualquier mejora de la salud ha de basarse en estos términos.

Quizá el concepto y definición más empleada es la que propone la OPS/OMS (1990) en la que la Promoción de la Salud es concebida, cada vez en mayor grado, como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva. Así, podemos observar que en esta definición se incluye a la Promoción de la Salud como un componente de las políticas nacionales de la salud.

Restrepo (2001) menciona un aspecto que vale la pena considerar en detalle sobre el concepto y definición de Promoción de la Salud, las dos dimensiones en que se implantan las intervenciones: a) la individual y b) la poblacional o colectiva, pues para muchos expertos la Promoción de la Salud se refiere sólo a la dimensión poblacional. Sin embargo, se acepta que hay algunas intervenciones promocionales en el ámbito personal, dirigidas a lograr cambios conductuales que genéricamente se conocen como los “estilos de vida”. Lo importante es que ambas dimensiones estén conectadas, porque no se pueden concebir actividades educativas dirigidas al individuo para que cambie su comportamiento, separadas del marco de políticas públicas saludables y de procesos participativos de empoderamiento.

González (2001) explica que la Promoción de la Salud debe ser entendida más allá de los sistemas de cuidado médico, de la educación en salud o de la prevención de la enfermedad y que constituye una respuesta social organizada, multisectorial y multidisciplinaria. Según este autor, para mejorar la salud y el bienestar de la sociedad, la respuesta no es exclusiva del sector salud o de asistencia médica, sino una respuesta de los diferentes sectores relacionados con la salud, dirigida a mejorar el entorno global, las condiciones de vida y las formas de vivir (estilos de vida) de la población.

Siguiendo a este autor, la Promoción de la Salud es una estrategia no solamente para los sanos, o para los privilegiados, sino que asume que cualquier grupo está en la potencialidad de mejorar la salud y, más aun, es una estrategia que apunta hacia la equidad, ya que considera de gran prioridad a los grupos en condición de vulnerabilidad y desventaja (adultos mayores, personas con discapacidad, enfermos mentales, etc.).

Sin embargo, es coincidente que el concepto de promoción de la salud se dirige a modificar fundamentalmente los determinantes de la salud, entendida ésta, como el bienestar y la óptima calidad de vida.

### **2.2.2. Modelos de abordaje**

La OPS/OMS (2013) explica que los problemas de salud presentan distintos enfoques o paradigmas de salud pública, entre los que priman los aspectos biomédicos y epidemiológicos, de comportamiento humano (estilos de vida) y socio-ambientales y que cada uno de ellos tiene aspectos característicos con diferentes niveles de complejidad teniendo continuidades, discontinuidades y aspectos complementarios. Además, la OPS/OMS advierte que estos modelos de abordaje pueden aplicarse a cualquier problema de salud, de los cuales las capacidades de migrar de un enfoque a otro, reconociendo las relaciones y las limitaciones presentes en cada uno, es esencial para comprender la complejidad de la salud y el valor agregado de trabajar desde el enfoque de la Promoción de la Salud.

Esencialmente, para cualquier caso-problema de salud la lógica de razonamiento que propone la OPS/OMS (2013) es la de analizar las siguientes perspectivas: biomédica, conductual o estilos de vida y socio-ambiental, en la que cada nivel de análisis se complementa y beneficia mutuamente y, en cualquier perspectiva de estudio, se debe de pensar en la información clave, en las acciones e indicadores y la evaluación de impacto.

Cada uno de los niveles está representado por una imagen “en zoom”, a medida que se incorpora una mirada más amplia sobre el tema, se observan más elementos componiendo la escena. Cada modelo posee elementos importantes (Biomédico), aporta otros aspectos a considerar (Conductual) y ofrece una perspectiva más amplia de los factores (Socio-ambiental) que influyen en una situación (ver figura 5).



Figura 5. Perspectivas Biomédicas, Conductuales (estilos de vida) y Socio-ambientales. La imagen más cercana corresponde al nivel Biomédico, la imagen de mediano aumento corresponde al nivel conductual (estilos de vida) y finalmente la de mayor amplitud corresponde al nivel socio-ambiental.

### **2.2.3. Perspectiva biomédica**

Hace énfasis en los aspectos biomédicos de la salud individual y en las dimensiones físicas o fisiológicas del problema. Las soluciones que se proponen son médicas o de ingeniería ambiental. Las estrategias de Promoción de la Salud más comunes vinculadas a este modelo se relacionan con lograr que las personas procuren el diagnóstico y tratamiento que necesitan, y que respondan a las acciones de prevención.

### **2.2.4. Perspectiva conductual o estilos de vida**

Hace énfasis en aspectos conductuales y estilos de vida del individuo. Aquí se recurre predominantemente a la educación y a la comunicación, buscando modificar comportamientos. Las estrategias de Promoción de la Salud más comunes son sensibilizar e informar a las poblaciones acerca de las causas de un problema de salud y cómo prevenirlo.

### **2.2.5. Perspectiva socio-ambiental**

Hace énfasis en los factores socio-ambientales que influyen en la salud y generalmente no están bajo el control individual, además requieren acciones políticas comunitarias. Las estrategias de Promoción de la Salud más comunes en este nivel incluyen la abogacía, la colaboración entre los diferentes actores sociales y sectores así como promover la participación comunitaria para movilizar procesos de cambio social o cultural.

La OPS/OMS (2013) señala que estos modelos no son contradictorios, sino complementarios, y que se benefician mutuamente, cada modelo posee elementos importantes y aporta otros aspectos a considerar ofreciendo un panorama más amplio de los factores que influyen en una situación, permitiendo abordar las diferentes estrategias de cambio que sean necesarias.

### **2.2.6. Determinantes de salud**

En marzo de 2009, la OMS creó la Comisión sobre los Determinantes Sociales de Salud para promover la toma de conciencia sobre los determinantes sociales en situación de salud de las personas y las poblaciones. Para ello, la OMS define a los determinantes de la salud como el conjunto de los factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones. Así, y como se indica en esta definición, se observa que los determinantes de la salud son pieza clave y principio fundamental para abordar un caso-problema desde la Promoción de la Salud.

Asimismo, la OPS/OMS vincula los determinantes de la salud a las condiciones de vida y trabajo de las personas, consideradas como las “causas que subyacen a las causas de las enfermedades y problemas de salud”. Entre éstas

se encuentran la pobreza y exclusión social, la falta de vivienda, las carencias de desarrollo, las condiciones insalubres de vida y de trabajo, la falta de calidad en los servicios de salud y de educación, etc.

La OMS, por medio de la Comisión de los Determinantes Sociales de Salud, dio a conocer en 2009 tres recomendaciones fundamentales que son a la vez tres principios de acción, a saber: 1) mejorar las condiciones de vida, es decir, las circunstancias en que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece; 2) luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, esto es, los factores estructurales de los que dependen las condiciones de vida, en los niveles mundial, nacional y local, y 3) medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones, ampliar la base de conocimientos, dotarse de personal capacitado en materia de determinantes sociales de la salud y sensibilizar a la opinión pública a ese respecto.

Como señalan Solar e Irvin (2007) con el pensamiento de Cordera (2012), una de las aproximaciones a los determinantes sociales de la salud se deriva de la perspectiva de la causalidad social, la cual indica que la condición social determina la salud de la población a través de distintos factores de intermediación o intermedios. Según estos autores podemos entender que las diferencias socioeconómicas en la salud ocurren cuando los factores intermedios están distribuidos de manera desigual entre las distintas clases socioeconómicas, por lo que el estatus socioeconómico determina una mayor o menor prevalencia de problemas de salud.

Molina (2001) menciona que para el ejercicio de la Promoción de la Salud, no se debe limitar a modelos simples de causalidad y de intervención unicausal, sino que se debe acoger a las intervenciones que incidan en los determinantes de la salud, tanto en las causas directas como indirectas de la salud y la enfermedad.

### 2.2.6.1. Principales determinantes de la salud

En 1974, con el informe Lalonde, se propuso un marco comprensivo para los determinantes de salud, que incluye los estilos de vida, el ambiente social y físico, la biología humana y los servicios de salud (ver figura 6).

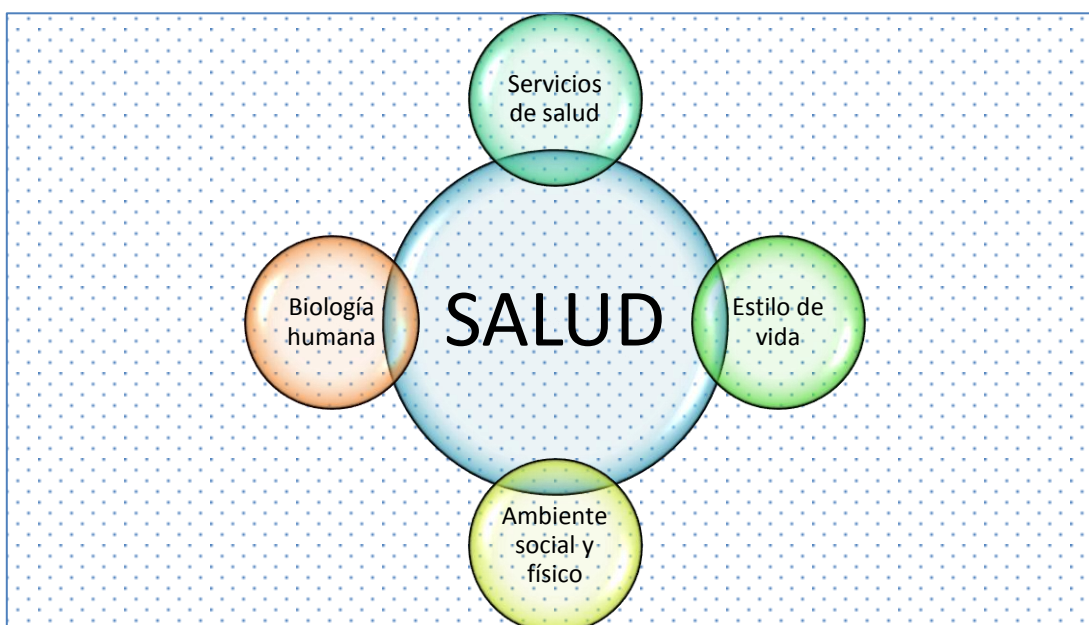


Figura 6. Principales determinantes de la salud (Lalonde, 1974).

Complementando lo anterior, Barragán (2007) menciona que existe evidencia de que hay otros factores (cuya contribución es limitada), y que son crucialmente importantes para tener una población sana. Al respecto señala que actualmente son 12, pero que esta lista puede evolucionar a medida que la investigación en salud de la población progrese. Aunado a ello, Barragán explica que estos forman parte de lo que se denomina “abordaje de salud de la población”, que considera el rango completo de factores y condiciones individuales y colectivos –y sus interacciones- que han demostrado estar correlacionadas con el estado de salud. Estos factores incluyen:

1. El ingreso y estatus social
2. Las redes de apoyo social
3. La educación
4. El empleo/las condiciones de trabajo
5. Los ambientes sociales
6. Los ambientes físicos
7. La práctica de salud personal
8. El desarrollo infantil saludable
9. La biología y la dotación genética
10. Los servicios de salud
11. El género
12. La cultura

En 2003, la OMS Regional Europa publicó la segunda edición de “Los Determinantes Sociales de la Salud. Los Hechos Contundentes”, escrita por Richard Wilkinson y Michael Marmot (OMS, 2003). Según estos autores, “mientras el cuidado médico puede prolongar la supervivencia y mejorar el pronóstico de algunas enfermedades severas, es aún más importante atacar las condiciones sociales y económicas que hacen que las personas enfermen y tengan necesidad de atención”. Esto se observa mediante las condiciones sociales y económicas (y a veces ambientales) que afectan la salud de la gente, como lo demuestra la evidencia acumulada relacionándola con enfermedades físicas, enfermedades mentales y mortalidad.

Condiciones de salud:

1. Gradiente social
2. Estrés
3. Infancia temprana
4. Exclusión social
5. Condiciones de trabajo

6. Desempleo
7. Apoyo social
8. Adicciones
9. Alimentación saludable
10. Transporte

#### **2.2.6.2. Características de los determinantes sociales**

Complementando lo anterior, y para fines de este trabajo, se comprenderán los siguientes determinantes sociales de la salud que Barragán (2007) propone y analiza.

##### *1. Ingreso y estatus social –Gradiente social*

Se refiere a la posición social de una persona en relación con las otras, su importancia relativa. Afecta a la salud determinando el grado de control que la gente tiene sobre las circunstancias de la vida. Afecta su capacidad para actuar y hacer elecciones por sí mismos. La posición alta y el ingreso de algún modo actúan como escudo contra la enfermedad. El gradiente social determina que a más bajo nivel social, la expectativa de vida es menor y mayor la frecuencia de enfermedad. Las personas de clase social baja corren un riesgo por lo menos dos veces mayor de enfermedad seria o muerte prematura, que aquellas que se encuentran en el nivel más alto.

##### *2. Empleo y desempleo –Condiciones de trabajo*

Las personas con más control sobre las circunstancias de su trabajo y sin demandas estresantes son más saludables y viven más que aquellas con un

trabajo más riesgoso o estresante. Los riesgos y lesiones en el ambiente laboral son causa significativa de problemas de salud.

Desempleo y subempleo están asociados con mala salud. El impacto del desempleo en la salud se traduce en muerte temprana, tasas más altas de suicidio y enfermedad coronaria en los que han estado desempleados por una medida significativa de tiempo; problemas emocionales de las esposas e hijos, especialmente en los adolescentes; recuperación incompleta y lenta de la salud física y mental después del desempleo.

### *3. Redes sociales de apoyo*

Una red social de apoyo significa tener una familia o amigos disponibles en tiempos de necesidad, creer que uno es valioso para apoyar cuando otros están con necesidad. El apoyo de familiares, amigos y comunidades está asociado con una mejor salud. Constituye una relación de contención y cuidado. Puede afectar la salud psicológica (emocional), la salud física, la percepción de la salud y la manera en que individuos y familias manejan la enfermedad y la dolencia. Los lugares de trabajo, escuelas, familias, amigos e iglesias dan y reciben apoyo social en la comunidad. Las personas con menos apoyo social y emocional experimentan menos bienestar, más depresión, un mayor riesgo de complicaciones en el embarazo y de invalidez en las enfermedades crónicas.

### *4. Desarrollo infantil saludable*

El efecto de las experiencias prenatales y de la primera infancia sobre las futuras habilidades para cubrir el bienestar es muy poderoso. Los niños nacidos en familias de bajos recursos son más propensos a tener bajo peso al nacer, comer menos alimentos nutritivos y tener dificultades sociales a lo largo de sus vidas.

Desarrollo infantil saludable significa buena salud física, incluyendo buena nutrición, desarrollo físico, mental y social apropiado para la edad; capacidad de hacer conexiones sociales efectivas con otros; habilidades adaptativas incluyendo el manejo del estrés; control sobre las elecciones de la vida; sentimiento de pertenencia y autoestima.

## 5. Educación

En promedio, las personas con mayores niveles educativos tienen mayores probabilidades de ser empleados, tener trabajos con más alto estatus social y tener ingresos estables. La educación incrementa las elecciones y oportunidades disponibles, la seguridad y la satisfacción en el trabajo, mejora la “alfabetización en salud”, aumenta la seguridad financiera y brinda a las personas las habilidades necesarias para identificar y resolver problemas individuales y grupales.

## 6. Ambiente físico

Un ambiente físico deteriorado afecta la salud directamente a corto plazo e indirectamente a largo plazo. Una buena salud requiere acceso a buena calidad de agua, aire y alimentos. A largo plazo, si la economía crece degradando el medio ambiente y vaciando los recursos naturales, la salud humana se deteriorará. Los factores del ambiente construido por el hombre como el tipo de vivienda, la seguridad en las comunidades y lugares de trabajo y el diseño vial, son también importantes.

## 7. Ambiente social

El orden de valores y normas en una sociedad influyen sobre la salud y el bienestar de los individuos y las poblaciones de varias maneras. La estabilidad social, el reconocimiento de la diversidad, la seguridad, las buenas relaciones laborales y la cohesión comunitaria brindan la contención que reduce o elimina muchos riesgos potenciales para una buena salud. Se ha demostrado que una baja disponibilidad de apoyo emocional y una escasa participación social tienen un impacto negativo en la salud y el bienestar.

## 8. Práctica de salud personal y habilidades para cubrirse

La práctica de salud personal comprende las decisiones individuales (conductas) de la gente que afectan su salud directamente: fumar, elecciones dietarias, actividad física. Las habilidades para cubrirse son las maneras en que se enfrenta una situación o problema. Son los recursos internos que la gente tiene para: prevenir la enfermedad, incrementar la auto-confianza y manejar las influencias externas y las presiones.

## 9. Biología y dotación genética

La biología básica y la matriz orgánica del cuerpo humano son determinantes fundamentales de la salud. La dotación genética predispone para un amplio rango de respuestas individuales que afectan el estado de salud. Aunque el estatus socio-económico y los factores ambientales son importantes determinantes de la salud global, en algunas circunstancias la dotación genética predispone a enfermedades particulares o problemas de salud.

## 10. Servicios de salud

Los servicios de salud, especialmente aquellos diseñados para promover y mantener la salud, para prevenir la enfermedad, y restaurar la salud y la función, contribuyen a la salud de la población. El continuo de servicios de atención de la salud incluye la prevención secundaria y terciaria.

## 11. Género

El género se refiere al orden de los roles socialmente determinados, rasgos de personalidad, actitudes, conductas, valores, poder e influencia.

## 12. Cultura

Cultura/etnia son productos de la historia personal y de factores sociales, políticos geográficos y económicos. Son importantes para determinar:

- El modo en que la gente interactúa con el sistema de salud.
- Su participación en programas de prevención y promoción.
- El acceso a la información de salud.
- Las elecciones de estilos de vida saludables.
- La comprensión del proceso salud-enfermedad.

Los valores culturales “dominantes” determinan el medio social y económico de las comunidades. Por lo tanto, algunos grupos enfrentan mayores riesgos de salud debido a marginación, pérdida/devaluación de la cultura y el lenguaje y falta de acceso a servicios de salud culturalmente apropiados.

### 13. Estrés

Las circunstancias estresantes, que hacen a las personas sentirse preocupadas, ansiosas e incapaces de superación, son dañinas para la salud y pueden conducir a una muerte prematura. A más bajo nivel en la jerarquía social, mayor frecuencia de estos problemas y mayor vulnerabilidad para enfermedades infecciosas, diabetes, hipertensión, infarto, depresión, agresión y muerte prematura.

### 14. Exclusión social

La exclusión social es particularmente dañina durante el embarazo y para los bebés, los niños y los ancianos. También es resultado del racismo, la discriminación, la estigmatización, la hostilidad y el desempleo. La pobreza y la exclusión social aumentan los riesgos de divorcio, invalidez, enfermedad, adicciones y aislamiento social y viceversa.

### 15. Adicciones

Los individuos se vuelcan al alcohol, las drogas y el tabaco y padecen por su uso, pero el uso está influenciado por el escenario social más amplio. Es una ruta causal en ambos sentidos: las personas que se vuelcan al alcohol para mitigar el dolor por las condiciones económicas y sociales, y la dependencia lleva a la movilidad social descendente. La carencia social –medida por vivienda pobre, bajo ingreso, desempleo o sin techo- está asociada con altas tasas de adicciones. El tabaquismo es un drenaje mayor de los ingresos de las personas pobres y una causa mayor de mala salud y muerte prematura.

## 16. Alimentación saludable

En tanto las fuerzas del mercado global controlan la provisión de alimentos, la alimentación saludable es un problema político. Las condiciones sociales y económicas resultan en un gradiente social de la calidad de la dieta que contribuye a las desigualdades en salud. La diferencia dietética principal entre las clases sociales es la fuente de los nutrientes.

## 17. Transporte

Transporte saludable significa conducir menos vehículos, caminar más y andar en bicicleta, apoyado por un mejor transporte público. Andar en bicicleta, caminar, y utilizar el transporte público, promueven la salud de cuatro maneras: proporcionan ejercicio físico, reducen los accidentes fatales, aumenta el contacto social y reducen la contaminación atmosférica.

### **2.2.7. Modelo de Dahlgren y Whitehead**

En los últimos años se han desarrollado varios modelos para mostrar los mecanismos por los cuales los determinantes sociales afectan la salud, uno de los más aceptados por la OMS, para hacer explícitas las relaciones entre los diferentes tipos de determinantes de la salud para localizar puntos estratégicos para la acción política, es el de Dahlgren y Whitehead (1992).

El modelo de Dahlgren y Whitehead (1992) explica cómo las desigualdades sociales en la salud son el resultado de interacciones entre diferentes niveles de condiciones causales, desde el individuo a las comunidades, y al nivel de políticas de salud nacionales (ver figura 7).

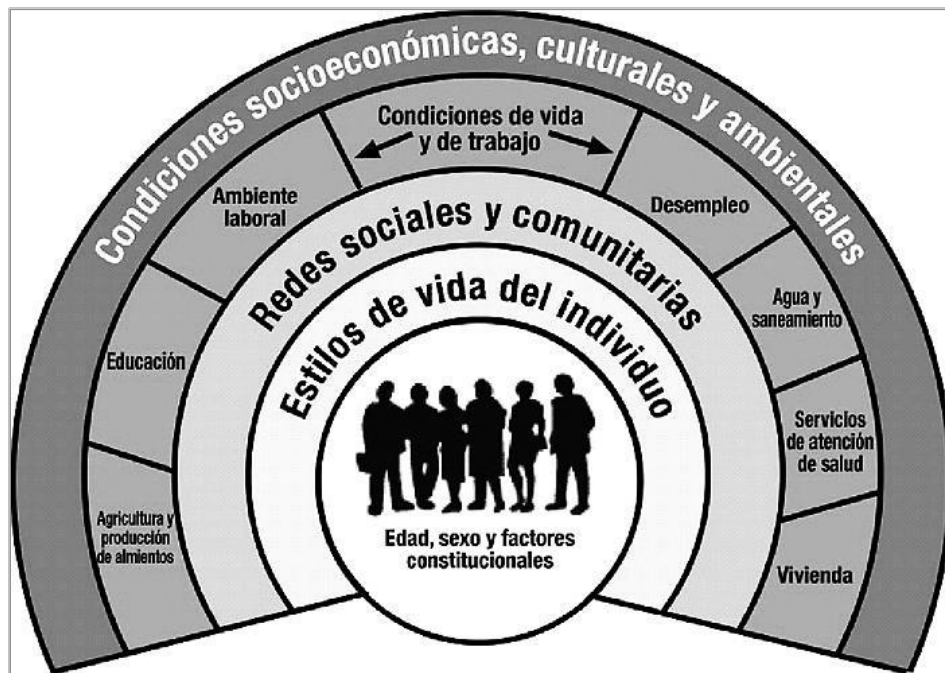


Figura 7. Modelo de Dahlgren y Whitehead.

Las principales determinantes de salud según Dahlgren y Whitehead, (1992).

Este modelo de la determinación social de la salud explica que los individuos están en el centro del cuadro, dotados de edad, sexo y factores genéticos que indudablemente influyen en su potencial final de salud. Dirigiéndose hacia el exterior del centro, la próxima capa representa conductas personales y estilos de vida. Las personas con carencias tienden a exhibir una prevalencia superior de factores conductuales negativos como tabaquismo y mala alimentación, y también deben afrontar barreras financieras mayores para escoger un estilo de vida más saludable. Las influencias sociales y comunitarias se representan en la próxima capa. Estas interacciones sociales y las presiones de los pares influyen en las conductas personales. Los indicadores de la organización de la comunidad registran menos redes y sistemas de apoyo para las personas en la base de la escala social, las que a su vez tienen menos prestaciones sociales y facilidades para la actividad de la comunidad. En el próximo nivel, encontramos factores relacionados con las condiciones de vida y trabajo, provisión de alimentos y acceso a los servicios esenciales. En esta capa, las condiciones habitacionales

más pobres, la exposición a condiciones de trabajo más peligrosas o estresantes y el limitado acceso a los servicios crean los riesgos diferenciales para los menos beneficiados socialmente. Sobre todos los otros niveles están las condiciones económicas, culturales y medioambientales prevalecientes en la sociedad en conjunto. Estas condiciones, como el estado económico del país y las condiciones del mercado de trabajo, producen presión sobre cada una de las otras capas. El modelo de vida alcanzado por una sociedad, por ejemplo, puede influir en la elección individual de vivienda, trabajo e interacciones sociales, así como los hábitos de comida y bebida. Igualmente, las creencias culturales sobre el lugar de la mujer en la sociedad o las actitudes con respecto a las comunidades étnicas minoritarias pueden influir sobre su patrón de vida y posición socio-económica.

#### **2.2.8. Propiedades de los determinantes sociales**

- Cada determinante es importante por sí mismo. Al mismo tiempo, estos determinantes están interrelacionados. La influencia combinada de estos determinantes determina el estado de salud.
- Actúan a múltiples niveles: individual, familiar, local, comunitario o social.
- Son acumulativos.
- Son causales (directa o indirecta) o protectores.
- Posiblemente actúen en ambos sentidos.

#### **2.2.9. Participación social**

La participación social es una de las estrategias indispensables y de gran impacto para la Promoción de la Salud. En ella, la población es el principal actor ya que refuerza el papel que desempeñan los individuos y los grupos en la producción y control de su salud. La participación social es la forma mediante el cual los hombres y las mujeres encuentran la posibilidad de formular “en concierto” sus

juicios acerca de los valores y acciones necesarios al desarrollo humano (OPS/OMS, 2013).

Al respecto, Molina (2001) menciona que en la participación social cada componente del cuerpo social toma parte en la construcción y promoción de la salud, en el que intervienen, además del sector salud, otros sectores relacionados, públicos o privados y, especialmente, la población en forma individual y organizada. Aunado a ello, la participación de individuos, grupos y organizaciones marca los procesos de desarrollo y progreso social, tanto en sus aspectos formales (elección de representantes y gobernantes), como a través de movilizaciones sociales de diferente forma a intensidad (OPS/OMS, 2013).

Así, podemos observar en los párrafos anteriores que la participación social que plantea la Promoción de la Salud es amplia y se aplica en todas las situaciones y niveles de la experiencia individual y colectiva que reforzarán y servirán de estrategia para modificar los determinantes de la salud de los individuos y los grupos en la producción y control de salud, así como para resolver inequidades.

#### **2.2.10. Empoderamiento**

Molina (2001) define el empoderamiento como el proceso mediante el cual los individuos y la población colectivamente se fortalecen, se empoderan de conocimientos y destrezas que los habilitan para que se tomen decisiones informadas acerca de su salud. Sin embargo, esta noción se relaciona con la definición técnica que plantea la OPS/OMS (2013) para la Promoción de la Salud, en la que el empoderamiento para la salud es un proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan la salud.

Complementando lo anterior, es importante establecer una distinción entre el empoderamiento para la salud del individuo y el de la comunidad. El empoderamiento para la salud individual se refiere principalmente a la capacidad del individuo para tomar decisiones y ejercer control sobre su vida personal y el empoderamiento para la salud de la comunidad supone que los individuos actúen colectivamente con el fin de conseguir una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de su comunidad, siendo éste un importante objetivo de acción comunitaria para la salud (OPS/OMS, 2013).

Para lograrlo, Molina (2001) dice que se requiere una nueva socialización del conocimiento técnico científico en salud, para lo cual la educación lo facilita, dando lugar a la adquisición de habilidades que permitan la toma de decisiones en favor de la salud y de resistir las presiones del medio.

### **2.2.11. Alianzas y colaboración intersectorial**

La promoción de la salud considera a las alianzas intersectoriales como una de sus estrategias principales y metodologías más importantes. Esto se justifica a que los problemas de salud tienen fronteras difusas.

Molina (2001) menciona que la intersectorialidad es eje de la Promoción de la Salud y que persigue, finalmente, la búsqueda de la salud, concebida ésta como bienestar y desarrollo humano. La intersectorialidad apuntala a construir movimiento social y fortalecer el predominio de una cultura en pro de la salud, para lo cual el sector salud tiene que trabajar a la par que otros sectores.

Para la OPS/OMS (2013), una alianza para la Promoción de la Salud es una colaboración entre dos o más partes que persiguen una serie de objetivos decididos conjuntamente. Por otra parte, una colaboración intersectorial es una

relación reconocida entre parte o partes de distintos sectores de la sociedad que se ha establecido para emprender acciones en un tema con el fin de lograr resultados de salud o resultados intermedios de salud, de manera más eficaz, eficiente o sostenible que aquella que el sector sanitario pueda lograr actuando en solitario.

Estas últimas definiciones que se plantean tienen en común la integración de sectores en búsqueda de soluciones integrales que permitan que las diferencias puedan usarse productivamente para resolver problemas comunes. La importancia de colaboración intersectorial radica, entonces, en la puesta en práctica del principio de “salud en todas las políticas” (OPS/OMS, 2013).

## **2.3. DERECHOS HUMANOS Y PROMOCIÓN DE LA SALUD**

### **2.3.1. Derechos humanos**

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) supone el primer reconocimiento universal de que los derechos básicos y las libertades fundamentales son inherentes a todos los seres humanos, inalienables y aplicables en igual medida a todas las personas, y que todos y cada uno de nosotros hemos nacido libres y con igualdad de dignidad y de derechos, independientemente de nuestra nacionalidad, lugar de residencia, género, origen nacional o étnico, color de piel, religión, idioma o cualquier otra condición.

Los derechos humanos son facultades, prerrogativas y libertades que tiene una persona por el simple hecho de serlo; y el ejercicio de los derechos humanos es necesario para que el ser humano logre su desarrollo integral.

Los derechos humanos son interdependientes, es decir, que cada uno de ellos se relaciona con los demás derechos humanos y posibilita su ejercicio. Complementando lo anterior, el concepto integral de los derechos humanos implica que la violación de uno de ellos repercute en la violación de otros y, de la misma manera, la realización de un derecho posibilita la realización de otros.

Los derechos humanos son facultades que pertenecen a todo ser humano desde que nace. Estos derechos son necesarios para asegurar la libertad y el mantenimiento de una vida digna y deben estar garantizados por el Estado. Los derechos humanos son irrenunciables y no hay posibilidad de cesarlos, son irreversibles porque todo derecho formalmente reconocido como inherente a la persona humana queda irrevocablemente integrado a la categoría de derecho humano, que no puede perderse en el futuro.

Los derechos humanos deben ser reconocidos y garantizados por el Estado, el cual está obligado a incluirlos en la Constitución y en las leyes para hacerlos exigibles.

A continuación y para fines de esta investigación se hace mención de los principales artículos de la Declaración Universal de los Derechos Humanos que son clave para la comprensión de la temática:

- Artículo 1. Igualdad entre los hombres. Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos, y dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos a los otros.
- Artículo 7. Derecho de igualdad ante la ley. Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley. Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación.

- Artículo 25. Vida digna. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

En el contexto del VIH/SIDA, la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas resolvió que:

*la discriminación basada en el estatus de seropositivo al VIH o de SIDA, real o presunto, está prohibida por la normativa internacional de Derechos Humanos existente, y que el término “u otro estatus” en las cláusulas de no-discriminación de los instrumentos internacionales de derechos humanos debe interpretarse como comprendiendo a la condición de salud, incluida la situación respecto VIH/SIDA.*

Así nadie debería ser discriminado sobre la base de su estatus seropositivo al VIH o de la sospecha del mismo.

El Estado Mexicano, con excepción de la Convención Iberoamericana de la Juventud, ha ratificado convenciones y tratados en derechos humanos, ha suscrito declaraciones, programas y planes de acción, por lo que los tres niveles de gobierno (federal, estatal y municipal o delegación) están obligados a cumplirlos, desarrollar las leyes que los incluyan, respeten y defiendan.

Algunos de los instrumentos más importantes que han contribuido para comprender los alcances de los derechos sexuales y reproductivos, particularmente en lo que concierne a la prevención y atención del VIH/SIDA de los adolescentes, así como el de las mujeres y niños, son los siguientes tratados internacionales:

- Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948).
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966).
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966).
- Convención Americana sobre los Derechos Humanos (1969).
- Protocolo de San Salvador (1988)
- Convención de los Derechos de la Niñez (1989).
- Convención de Belem do Pará (1994).
- Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo del Cairo (1994).
- Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijín, (1995).
- Protocolo facultativo de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1999).
- Declaración de los Derechos Sexuales (1999).
- Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2008).

### **2.3.2.1. Instrumentos vinculantes de la ONU**

#### **2.3.2.1. Carta de la ONU**

Desde 1945.

Establece que uno de los propósitos de las Naciones Unidas es “...lograr la cooperación internacional [...] en el desarrollo y estímulo del respeto a los Derechos Humanos y a las libertades fundamentales de todos, sin hacer distinción por motivos de raza, sexo, idioma o religión”.

#### **2.3.2.2. Constitución de la OMS**

Desde 1946-

Establece que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social (el derecho a la salud)”.

### **2.3.2.3. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos**

Desde 1966.

Protege los derechos civiles y políticos que se relacionan estrechamente con el derecho a la salud. (Como la prohibición de experimentación médica o científica sin el consentimiento de informado de los individuos a fin de proteger la vida).

### **2.3.2.4. Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales**

Desde 1966.

Establece disposiciones más específicas con respecto al derecho a la salud dentro de lo que hoy en día se denominan los “determinantes económicos y sociales de la salud”. Establece el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (el derecho a la salud, artículo 12).

### **2.3.2.5. Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer**

Desde 1979.

Establece medidas específicas para eliminar la discriminación contra la mujer en el campo de la salud a fin de asegurar, sobre la base de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a los servicios de salud, incluso los de planificación familiar (artículo 12).

### **2.3.2.6. Convención sobre los Derechos del Niño**

Desde 1989.

Se refiere a los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales de los niños.

- El derecho de los niños con discapacidad para recibir atención especial
- El derecho de los niños al disfrute del más alto nivel posible de salud.
- El derecho a una revisión periódica del tratamiento que se administra por razones físicas o mentales a los niños institucionalizados.

### **2.3.2.7. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad**

Desde 2006.

Tiene una dimensión de desarrollo social y económica explícita. Reafirma que las personas con discapacidad deben gozar de todos los Derechos Humanos, incluso el derecho a la salud, habilitación y rehabilitación en la comunidad, estas personas deben tener acceso a los servicios de salud y programas gratuitos o económicos que se brindan a otras personas incluso en las áreas de salud sexual y reproductiva y programas de salud pública dirigidos a la población.

### **2.3.3. Instrumentos regionales no vinculantes**

#### **2.3.3.1. Carta de la Organización de Estados Americanos (OEA)**

Desde 1948.

Establece que "...los Estados americanos proclaman los derechos fundamentales de la persona humana sin hacer distinción de raza, nacionalidad, credo, sexo..."

#### **2.3.3.2. Convención Americana sobre Derechos Humanos**

Desde 1969.

Establece un régimen de libertad personal y de justicia social fundado en el respeto de los derechos civiles y políticos esenciales que están estrechamente ligados al derecho de la salud.

#### **2.3.3.3. Protocolo de San Salvador**

Desde 1988.

Establece disposiciones más específicas con respecto al derecho a la salud dentro de lo que hoy en día se denominan los "determinantes económicos y sociales de la salud". Establece que toda persona "...tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social".

#### **2.3.3.4. Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad.**

Desde 1999.

Propone la prevención y eliminación de la discriminación contra las personas con discapacidad y promueve su total reintegración a la sociedad.

#### **2.3.3.5. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belem Do Pará)**

Desde 1994.

Otorga a las mujeres el derecho a una vida sin violencia, incluso violencia sexual, tanto en el ámbito público como en el privado. Estipula que toda mujer tiene derecho al goce y protección de todos los derechos humanos y a las libertades consagradas por los instrumentos regionales e internacionales sobre los derechos humanos.

#### **2.3.4. Instrumentos de la ONU y otros instrumentos no vinculantes**

Se considera que los instrumentos no vinculantes pueden usarse para interpretar las disposiciones de los tratados internacionales. En general los instrumentos no vinculantes son aprobados por organismos y agencias de las Naciones Unidas, tales como:

- Asamblea General
- Consejo de Derechos Humanos
- Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos
- Comités establecidos por los tratados sobre derechos humanos
- Agencias especializadas como la OMS

#### **2.3.4.1. Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre**

Desde 1948.

Reconoce los derechos civiles y políticos que los ciudadanos de las naciones firmantes deben gozar, junto con los derechos económicos, sociales y culturales que les corresponden. Establece que “toda persona tiene el derecho a proteger su salud por medio de las medidas sanitarias y sociales relacionadas con la alimentación, el vestido, la vivienda y la atención médica, en la medida que lo permitan los recursos públicos y comunitarios.

#### **2.3.4.2. Resolución CD45.R10 de la OPS**

“Ampliación del tratamiento como parte de la respuesta integral a la infección por el VIH/SIDA” (2004).

#### **2.3.4.3. Resolución CD47.R1 de la OPS**

“La discapacidad, prevención y rehabilitación en el contexto del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y otros derechos relacionados”.

#### **2.3.4.4. Declaración de Brasilia de la ONU (CEPAL), 2ª. Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en Latinoamérica y el Caribe:**

“Hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos” (2007).

#### **2.3.5. Directrices internacionales sobre las limitaciones de los Derechos Humanos**

Existen derechos humanos que no se pueden restringir como el derecho a la vida, el derecho a no ser sometido a tortura, a tratamientos crueles, inhumanos o degradantes; el derecho a no ser sometido a la experimentación médica o científica sin el libre consentimiento; el derecho a no ser sometido a la esclavitud o servidumbre no voluntaria; el derecho al reconocimiento como persona ante la ley; y la libertad de pensamiento, conciencia y religión.

### **2.3.6. El derecho a la salud y otros derechos humanos afines y libertades fundamentales.**

Los gobiernos no pueden garantizar plenamente la buena salud debido a una serie de factores fuera de su alcance. Ejemplo: a los estilos de vida y la susceptibilidad de la salud.

La salud depende de muchos factores sociales, económicos y culturales que van más allá de la atención de los servicios de salud: acceso al agua limpia, alimentación, higiene, albergue, derecho a la no discriminación.

El derecho a la salud incluye tanto el derecho a los servicios de salud como el derecho a estas otras condiciones o elementos fundamentales esenciales para el derecho a la salud:

1. A la prestación de servicios de salud y otras condiciones esenciales para la salud de fácil acceso, sea que viva en una ciudad o en la zona rural.
2. Servicios de salud de buena calidad
3. Servicios de salud económicamente accesibles y otras condiciones esenciales para la salud sin discriminación de ningún tipo.
4. La capacidad de diseminar y recibir información sobre los asuntos de salud que permitan tomar una decisión informada sobre la salud.
5. Confidencialidad y privacidad sobre su propio estado de salud.
6. Acceso a participar en la toma de decisiones y en la formulación de políticas y leyes relacionadas con la salud, tanto a nivel local como nacional e internacional.

### **2.3.7. Derecho a la salud**

La salud es un derecho fundamental, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, de conformidad en el artículo 4º, establece que toda persona

tiene derecho a la protección de la salud, el cual manifiesta la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, así como a un medio ambiente adecuado para su desarrollo y bienestar. Particularmente en materia de VIH/SIDA, los estados se comprometieron a garantizar el acceso a prevención, tratamiento, cuidados y apoyo de manera universal.

Las condiciones de salud y la garantía de los derechos humanos están estrechamente vinculados: la salud impacta en el ejercicio de los derechos, y los derechos impactan en la salud individual y colectiva.

La Ley General de Salud, en su artículo 110, manifiesta que la Promoción de la Salud tiene por objeto crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva.

#### **2.3.8. Derecho a la igualdad**

En el artículo 1 de la Constitución Mexicana se reconoce la igualdad y se establece la prohibición de toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, 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.

#### **2.3.9. Derecho a la información**

Tal como se define en el artículo 13 de la Convención sobre los Derechos del Niño, “el niño tendrá derecho a la libertad de expresión; ese derecho incluirá la libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de todo tipo, sin

consideración de fronteras, ya sea oralmente, por escrito o impresas, en forma artística o por cualquier otro medio elegido por el niño”.

El artículo 17 también de la Convención sobre los Derechos del Niño, reconocen la importante función que desempeñan los medios de comunicación y velarán por que el niño tenga acceso a información y material procedentes de diversas fuentes nacionales e internacionales, en especial la información y el material que tengan por finalidad promover su bienestar social, espiritual y moral y su salud física y mental.

#### **2.3.10. Derecho a la educación sexual**

Este derecho se sustenta en el artículo 3º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en lo referente a que todo individuo tiene derecho a recibir educación. Las principales fuentes de educación sexual son: la familia, la escuela, las instituciones de salud y de desarrollo social; así como los medios de comunicación. Los temas principales de la educación sexual incluyen la promoción de los derechos sexuales, la prevención de infecciones de transmisión sexual, el fomento a la salud sexual entre otros.

#### **2.3.11. Derechos reproductivos**

El Programa de Acción de El Cairo (1994) definió el concepto de los derechos reproductivos, como parte de los derechos humanos, y se basa en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsable el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos (...) y a disponer de la información y de los medios para ello, y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva; entendida ésta no sólo como la ausencia de enfermedades, sino como un estado de bienestar físico y psicológico.

### **2.3.12. Derechos sexuales de los jóvenes**

Los derechos sexuales son un conjunto de derechos humanos relacionados con la manera en que pensamos y entendemos el cuerpo. Estas maneras son construidas por cada sociedad y conforman nuestra sexualidad. Se trata de una dimensión integral de la personalidad que acompaña al ser humano desde que nace hasta que muere, su expresión y satisfacción es una necesidad indispensable para acceder a una vida digna (Delgado et al., 2008).

La Declaración de los Derechos Sexuales firmada en Hong Kong, República Popular de China, en 1999, menciona que la sexualidad es una parte integral de la personalidad de todo ser humano. Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de las necesidades humana básicas como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor.

La sexualidad es construida a través de la interacción entre el individuo y las estructuras sociales. El desarrollo pleno de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social.

Los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad inherente, dignidad e igualdad para todos los seres humanos. Dado que la salud es un derecho humano fundamental, la salud sexual debe ser un derecho humano básico. La salud sexual es el resultado de un ambiente que reconoce, respeta y ejerce estos derechos sexuales:

- El derecho a la libertad sexual: la libertad sexual abarca la posibilidad de los individuos de expresar su potencial sexual. Sin embargo, esto excluye todas las formas de coerción sexual, explotación y abuso en cualquier tiempo y situaciones de la vida.

- El derecho a la autonomía sexual, integridad sexual y seguridad del cuerpo sexual: este derecho involucra la habilidad de tomar decisiones autónomas sobre la vida sexual de uno dentro de un contexto de la propia ética personal y social. También incluye el control y el placer de nuestros cuerpos libres de tortura, mutilación y violencia de cualquier tipo.
- El derecho a la privacidad sexual: involucra el derecho a tomar decisiones individuales y conductas sobre la intimidad siempre que ellas no interfieran en los derechos sexuales de otros.
- El derecho a la equidad sexual: este derecho se refiere a la oposición a todas las formas de discriminación, independientemente del sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o invalidez física o emocional.
- El derecho al placer sexual: el placer sexual, incluyendo el autoerotismo, es una fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.
- El derecho a la expresión sexual emocional: la expresión sexual es más que el placer erótico en los actos sexuales. Cada individuo tiene derecho a expresar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto, la expresión emocional y el amor.
- El derecho a la libre asociación sexual: significa la posibilidad de casarse o no, de divorciarse y de establecer otros tipos de asociaciones sexuales.
- El derecho a hacer opciones reproductivas, libres y responsables: esto abarca el derecho para decidir sobre tener niños o no, el número y el tiempo entre cada uno, y el derecho al acceso a los métodos de regulación de la fertilidad.

- El derecho a información basada en el conocimiento científico: la información sexual debe ser generada a través de un proceso científico y ético y difundido en formas apropiadas en todos los niveles sociales.
- El derecho a la educación sexual comprensiva: este es un proceso que dura toda la vida, desde el nacimiento y debería involucrar a todas las instituciones sociales.
- El derecho al cuidado de la salud sexual: el cuidado de la salud sexual debe estar disponible para la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones y desordenes sexuales. Los derechos sexuales son derechos humanos fundamentales y universales.

Por lo tanto, la salud es crucial en el ejercicio de otros derechos humanos y libertades fundamentales, así como el entendido de que el derecho a la salud está estrechamente relacionado con el goce de otros derechos humanos protegidos por los instrumentos vinculantes.

A fin de satisfacer en mayor medida los derechos humanos y las libertades fundamentales, es necesario prestar atención especialmente a la salud y sus determinantes sociales y que el ejercicio de los derechos humanos y libertades fundamentales contribuyan al goce pleno de la salud y bienestar.

### **3. PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO**

Haciendo una breve recapitulación, se han revisado los diferentes conceptos y paradigmas vinculados con el campo de la Promoción de la Salud, y estos se recuperan para el análisis de un caso-problema focalizado en el tema del VIH/SIDA en estudiantes de la preparatoria 7.

#### **3.1. Tipo de estudio**

Este estudio se realizó por medio de una encuesta descriptiva en el mes de mayo del 2012. Los criterios utilizados fueron observacional, descriptivo, prospectivo y transversal. Los datos fueron recolectados mediante una encuesta autoadministrada, anónima y voluntaria, compuesta por 77 preguntas (anexo 1).

El procesamiento y análisis de los datos se realizó en tres etapas:

- 1) Recopilación de la información. Recolección de la información obtenida de las encuestas y la revisión de información pertinente para el estudio de la investigación. Los registros se mantuvieron tal como se dieron en la encuesta y se capturaron en una hoja de cálculo del programa Excel 2007.
- 2) Procesamiento de la información. El procesamiento de los datos se llevó a cabo con el programa SPSS, versión 18. Los datos se codificaron.
- 3) Sistematización de la información. Se realizó un análisis de los resultados obtenidos del procesamiento de la información obtenida.

### 3.2. Determinación del tamaño de la muestra

La investigación se desarrolló en la Preparatoria 7 ubicada en Calzada de la Viga No. 54 colonia Merced Balbuena, delegación Venustiano Carranza. Este centro de estudios contaba, en 2012, con una población de 5,850 estudiantes. Para la determinación del cálculo del tamaño de la muestra y saber la cantidad de estudiantes a encuestar, con un nivel de confianza del 95% y con ello tener una información adecuada, se utilizó la siguiente formula:

$$\frac{Z^2 N p q}{e^2 (N-1) + Z^2 p q}$$

En dónde:

**N:** es el tamaño de la población o universo (número total de posibles encuestados).

**Z:** es una constante que depende del nivel de confianza que se asigne. Los valores de K más utilizados y sus niveles de confianza son los siguientes:

Valor de Z	1.65	1.96	2.24	2.58
Nivel de confianza	90 %	95 %	97.5 %	99 %

**e:** es el error de estimación muestral deseado. El error muestral es la diferencia que puede haber entre el resultado que obtenemos preguntando a una muestra de la población y el que se obtendría si se pregunta al total de ella.

**p:** proporción de individuos que poseen en la población la característica de estudio.

**q:** proporción de individuos que no poseen esa característica, es decir, es 1-p.

Considerando de una muestra piloto de 20 estudiantes entrevistados se obtuvo que el error de estimación fue de 0.045 y con un nivel de confianza del 95%, se obtuvo que el tamaño de muestra óptimo de 5850 alumnos fue de 439 estudiantes.

Datos:

$e=0.045$

$Z=1.96$

$N=5850$

$p=0.5$

$q=0.5$

$$\frac{(1.96^2)(5850)(0.5)(0.5)}{(0.045)(5849)+(1.96^2)(0.5)(0.5)} = \frac{5618.34}{11.28} = 439$$

Finalmente la muestra estuvo conformada por 500 encuestas que se aplicaron a los estudiantes de cuarto y sexto año del turno vespertino por el interés de comprender el conocimiento y conductas de riesgo sobre el VIH/SIDA con el que ingresan y finalizan su bachillerato.

Se anularon 45 encuestas por estar incompletas en más de la mitad del total de respuestas. De este modo, la muestra analizada estuvo conformada por 455 estudiantes dando el mismo nivel de confiabilidad.

### **3.3. Consentimiento para la realización de la investigación**

Se realizó una reunión con el director de la preparatoria, Lic. José Ricardo García Rodríguez, y con los profesores del área de Física, con la finalidad de que brindaran la autorización para realizar las encuestas a los estudiantes. Así mismo, se informó y explicó la importancia del estudio: realizar un diagnóstico que permita establecer medidas de prevención e información sobre el VIH/SIDA a la población estudiantil.

### **3.4. Datos de estudio**

Para recolectar los datos del estudio se elaboró una encuesta de 77 preguntas cerradas que exploran la siguiente información:

1. Datos generales (sociodemográficos). Esta sección estuvo conformada por ocho reactivos, incluidos en una ficha de identificación para mantener el control de la muestra seleccionada. A los participantes se les solicitó que anotaran sexo, edad, estado civil, lugar de nacimiento, religión, ocupación, semestre y turno.

2. Medios de información. Se solicitó el proporcionar los medios a través de los cuales los estudiantes obtienen Información sobre VIH/SIDA.

3. Conocimientos. Se exploraron conocimientos de los estudiantes alrededor del VIH/SIDA.

No se encontraron problemas para encontrar los ambientes adecuados para la realización de las encuestas, las cuales se efectuaron en los salones y laboratorios de la misma preparatoria. Para agilizar, facilitar y sistematizar el proceso fue necesario coordinar previamente con los profesores del área de Física para verificar su disponibilidad. Se informó y explicó a los estudiantes encuestados la importancia de su cooperación para la realización de un diagnóstico sobre prevención e información en torno al VIH/SIDA en su plantel. Se trató de evitar cualquier tipo de distractor ambiental o social que pudiera influir en sus respuestas.

Las variables consideradas en el estudio fueron las siguientes:

- Datos generales: sexo, edad, estado civil, lugar de nacimiento, religión, ocupación, semestre y turno.
- Datos institucionales: semestre y turno.
- Información sobre VIH/SIDA y sexualidad. Vía por la que recibe información (familia, escuela, libros, amigos, medios gráficos, folletos, radiodifusión, amigos, grupos musicales, centros de salud, padre, madre,

películas/videos, artistas famosos, internet, televisión, club/gimnasio, experiencia propia).

- Conocimientos generales. Diferencia entre VIH y SIDA, métodos de protección, percepciones de grupos en situación de vulnerabilidad, exposición y reconocimiento.
- Comportamiento sexual y conductas de riesgo. Inicio de la vida sexual, uso del condón, actitudes sexuales y consumo de drogas.

#### **4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

Cada resultado, concepto y valores obtenidos que se presentan a continuación, muestran un aspecto importante dentro del campo de la Promoción de la Salud que implica diferentes estrategias a seguir, para esto se requiere trabajar en varios niveles de forma simultánea e integral. Para hacerlo se van a integrar los resultados de la recolección de datos obtenidos de la encuesta que se aplicó a los jóvenes estudiantes, a fin de poder abordar los principales determinantes de la salud que inciden en la situación del caso-problema, lo mismo que servirá para identificar los diferentes paradigmas (biomédica, conductual y socio-ambiental), que ayudarán a encontrar las posibles estrategias de acción de Promoción de la Salud para abordar este caso-problema (ver figura 8).

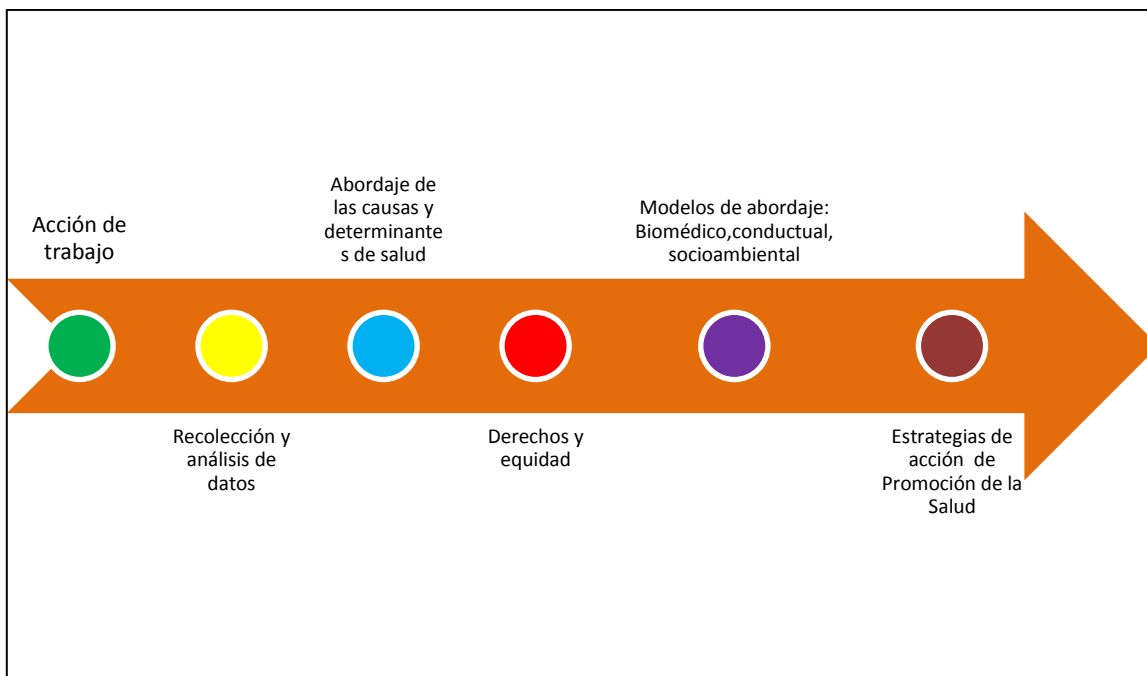


Figura 8. Línea de proceso de trabajo para lograr estrategias de acción de la Promoción de la Salud.

### Análisis de la encuesta

De los estudiantes encuestados, 248 fueron hombres y 207 mujeres, lo que equivale a una proporción del 55% y 45%, respectivamente. El rango de edad de los estudiantes fue de 14 a 22 años y una media de 17 años. El 66% de los estudiantes fueron de cuarto año y, el 34%, de sexto (ver tabla 2).

Tabla 2. Muestra el número de estudiantes por sexo y por semestre.

Semestre	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
Cuarto	153	146	299
Sexto	95	61	156
<b>Total</b>	<b>248</b>	<b>207</b>	<b>455</b>

El 62% de los hombres estaban en cuarto año y, el 38%, en sexto. En el caso de las mujeres el 71% era de cuarto y, el 29%, de sexto (ver figura 9).

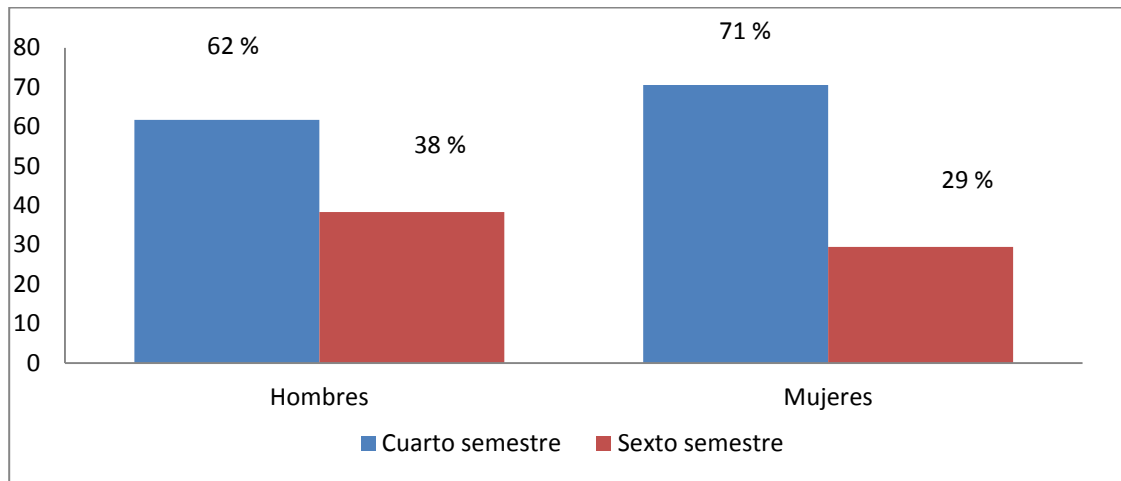


Figura 9. Proporción de estudiantes por sexo y semestre

La religión cumple una función social integradora al proporcionar a la sociedad una determinada cosmovisión, expectativas comunes y normas éticas y morales.

Horrocks (2008) menciona que si la religión se enfatiza en el entorno, y si se presenta de tal modo que proporcione satisfacción a las necesidades del adolescente, entonces quizás la religión se convierta en una fuerza importante en su vida. Con esta afirmación, cabe suponer que los adolescentes adquieren actitudes e ideales religiosos de forma muy parecida a otras actitudes e ideales, los cuales podrían influir en la toma de decisiones en el trayecto de su vida.

El 73% de los estudiantes encuestados declaró tener alguna religión y, el 27%, no contestó. Los datos mostraron un predominio de la religión católica con 62% de adeptos, seguida por la religión cristiana con el 11% (Tabla 3).

Entre los católicos destaca la presencia igualitaria entre hombres y mujeres. En la religión cristiana destaca el predominio de los hombres con respecto a las mujeres (ver tabla 3 y figura 9).

Tabla 3. Muestra el número y porcentaje de estudiantes por sexo que practican alguna religión.

		RELIGIÓN							
		Católica	%	Cristiana	%	No contesto	%	Total	%
Hombres		144	51	35	73	69	56	248	55
Mujeres		140	49	13	27	54	44	207	45
Total		284		48		123		455	100

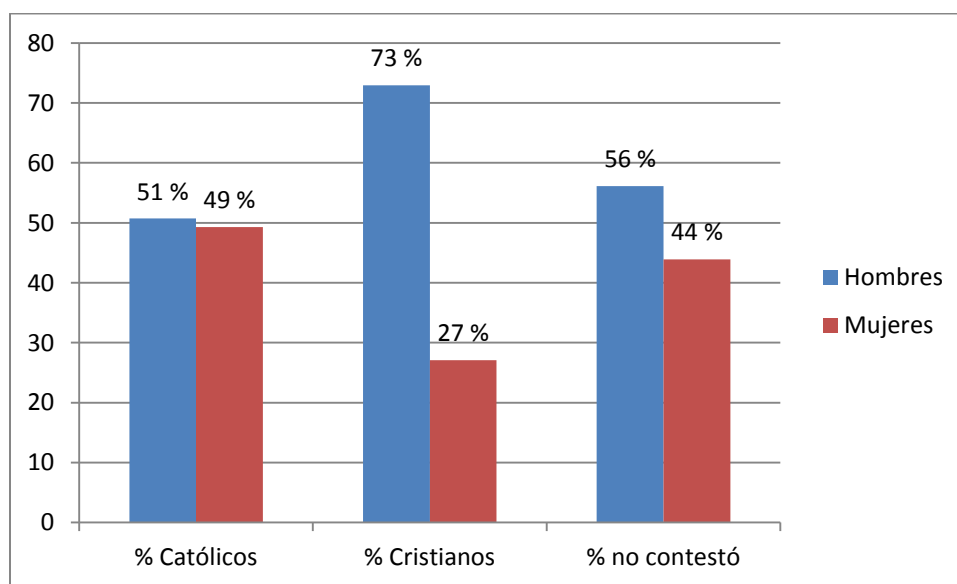


Figura 9. Muestra la proporción de estudiantes por género que practican una determinada religión.

Actualmente, estudiar y trabajar es una combinación que requiere de mucho esfuerzo para los jóvenes. Una tendencia que tiene múltiples causas: necesidad económica, deseo de independencia económica, inserción al mercado laboral, ganar experiencia para el futuro, entre otras. Debido a esto se le presenta al estudiante una serie de obstáculos que tiene que afrontar para su mejor desarrollo

y estilo de vida saludable. Este estudio reveló que el 13% de los estudiantes trabaja. El porcentaje se desagrega en 10% para los hombres y 3% para las mujeres (ver tabla 4).

Tabla 4. Muestra el número y porcentaje de estudiantes por género que trabajan.

Sexo	Trabajan	
	No (%)	Si (%)
Hombre	81	19
Mujer	93	7

### Información sobre el VIH/SIDA

Esta sección del estudio tuvo como objetivo conocer las fuentes de información que influyen en los adolescentes para obtener información sobre VIH/SIDA y sexualidad. El Diccionario de la Real Academia Española indica que información se refiere a la “acción y efecto de informar”, así como a la “comunicación o adquisición de conocimientos que permiten ampliar o precisar los que se poseen sobre un tema o materia determinada”.

En diferentes estudios se demuestra que los medios de comunicación desempeñan un doble papel: a) proporcionan a los adolescentes una salida mediante la cual pueden expresar sus intereses y b) actúan como un medio para la introducción de nuevos y antiguos intereses que han tratado de desarrollar (Horrocks, 2008).

Las preguntas sobre las vías por la que los estudiantes reciben información sobre VIH/SIDA y sexualidad, destacan como vías predilectas la escuela, los folletos y el internet (ver tabla 5). Los adolescentes encuestados consideraron válidos los siguientes medios de comunicación respecto a la información que

transmiten sobre VIH/SIDA: escuela (93%), folletos (79%), internet (70%) y televisión (67%).

La escuela es el medioambiente adecuado de comunicación vital para el adolescente. Si en un reducido círculo de personas es indispensable la comunicación, con mucho más razón es imprescindible cuando se trata de espacios colectivos, ambientes, donde se intercambia información que puede aumentar conocimientos. La población escolar es joven, por lo que se puede intervenir para fomentar conductas saludables.

Con respecto, a los medios de comunicación literarios, los datos revelaron que los adolescentes consideraron mayoritariamente validos a los folletos (79%), a los libros (64%) y, minoritariamente, a los medios gráficos (16%). Horrocks (2008) afirma que la lectura influye considerablemente en los conceptos, actitudes y conductas y que estas influencias son aún mayores cuando los adolescentes seleccionan su propio material de lectura (ver tabla 5).

Tabla 5. Muestra la proporción de estudiantes que consultan diferentes medios de comunicación para recibir información sobre VIH/SIDA y sexualidad.

Medio de información	Reciben información sobre VIH-SIDA (%)	Reciben información sobre sexualidad (%)
Radio	28	26
Escuela	93	91
Libros	64	73
Centros de salud	57	57
Medios gráficos	16	19
Folletos	79	70
Películas	37	37
Amigos	31	40
Grupos musicales	5	5
TV	67	60
Padre	44	52
Madre	53	60
Gimnasio	2	2
Artista	6	3
Internet	70	68
Experiencia propia	5	16

La lectura ayuda al adolescente a lograr el ajuste personal y social, proporciona recreación y ayuda a alcanzar el éxito académico. Los adolescentes leen libros por tres razones principales: porque los obligan sus padres o maestros, para buscar una solución a sus propios problemas y para obtener información (Horrocks, 2008).

Los libros y los folletos son a menudo las únicas fuentes de información que el adolescente encuentra de primera mano. El extenso surtido en libros de la biblioteca de la preparatoria da un servicio que puede ampliar la oportunidad de información con respecto a esta etapa de su vida, situación que no necesariamente ocurre en el hogar o comunidad.

Con respecto a los medios de comunicación visuales y auditivos que más influyen en los adolescentes encuestados destacan el internet (70%), la televisión (67%) y, muy por debajo, la radio (28%). Otros medios de información como las películas, artistas y grupos musicales tienen un porcentaje poco relevante como medios de información influyentes en estos adolescentes (ver tabla 5).

Aun cuando el internet y la televisión son los medios de comunicación favoritos al momento de buscar información con respecto al VIH/SIDA, es difícil saber si transmiten información válida para la prevención del VIH/SIDA y si los adolescentes acceden a estos medios de comunicación por interés real o sólo debido a la facilidad del acceso.

La comunicación entre los adolescentes y sus padres en temas de sexualidad contribuye positivamente a la prevención del VIH/SIDA (Taylor, 2007). Los datos obtenidos revelan que los jóvenes se acercan más a la madre (53%), después al padre (44%) y, el 31%, obtiene información a través de los amigos (ver tabla 5).

Estudios de Erich Fromm señalan la importancia de la relación madre, padre e hijos. La función de la madre, desde esta perspectiva, es dar seguridad en la vida; la del padre, enseñar y guiar para la solución de problemas que le plantea la sociedad en la que ha nacido (Fromm, 1999 )

Los estudiantes encuestados afirmaron obtener información sobre VIH/SIDA y sexualidad en medios de comunicación, particularmente por internet y televisión, muy por encima de las vías familiares. Los medio de comunicación ocupan un lugar importante y de gran impacto en los adolescentes, brindan una inmensa cantidad de información como se demuestra en esta investigación. Este hecho cobra medular importancia para la elaboración de planes estratégicos para la prevención y atención del VIH/SIDA.

### **Conocimiento sobre el VIH/SIDA**

El Diccionario de la Real Academia Española define al conocimiento como: 1) “la acción y efecto de conocer”; 2) “entendimiento, inteligencia, razón natural”; 3) “noción, ciencia, y sabiduría”.

### **Diferencias entre las siglas y el significado de VIH y el SIDA**

El 92% de los encuestados respondió que conoce y comprende el significado de las siglas SIDA, en tanto que el 91% conoce el significado del VIH, lo que conllevaría a deducir que los estudiantes tienen claridad entre ambas etapas del proceso VIH/SIDA. Los datos obtenidos mostraron que el VIH y el SIDA no son iguales, lo cual no necesariamente significa que conozcan cuál es la diferencia (ver tabla 6).

En general, la mayoría de los encuestados respondieron satisfactoriamente a lo que significan las siglas del VIH y el SIDA, sólo una minoría respondió

errónea o deficientemente. Sin embargo, es difícil descifrar si los encuestados saben explicar adecuadamente estas diferencias y no sólo reconocer las siglas. Por otro lado, el 28% contestó que el SIDA no es causado por el VIH; es decir, del 90% que ubicaron una diferencia entre VIH y SIDA, el 20% desconoce que el agente causal del SIDA es el virus de la inmunodeficiencia humana (ver tabla 6).

Tabla 6. Muestra la proporción de estudiantes que hacen las diferencias entre SIDA y VIH.

	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)
<b>Falso</b>	8	9	28	3
<b>Verdadero</b>	92	91	72	97

- 1.- SIDA ¿Es el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida?
- 2.- VIH ¿Es el Virus de Inmuno Deficiencia Humana?
- 3.- ¿El SIDA es causado por el VIH?
- 4.- ¿El VIH se transmite por tener relaciones sexuales sin usar condón?

### **Conocimiento sobre las formas de trasmisión del VIH**

El 97% de los encuestados coincidieron que las relaciones sexuales sin usar condón es la forma principal de trasmisión del VIH/SIDA. Sólo el 3% desconoce esta relación (ver tabla 7).

Con respecto al uso del condón, se observó que el 75% dice saber utilizar el condón y, en contraste, el 4% no lo sabe utilizar. Un 20% de los estudiantes encuestados no contestaron esta pregunta, lo que podría indicar que tienen poca información con respecto a su uso o que nunca lo han utilizado (ver tabla 7). En general estos resultados conllevan a pensar que los estudiantes digan que saben utilizar el condón y otra muy distinta, a que en realidad lo sepan usar.

Tabla 7. Muestra la proporción de estudiantes sobre el conocimiento del uso del condón.

Respuesta	¿Sabes utilizar el condón? (%)	¿El condón protege de Infecciones de Transmisión Sexual? (%)
Si	75	91
No	4	3
No contestaron	21	6

Por otra parte, se observó que más de la mitad de los encuestados coincidieron en señalar que sí utilizaron el condón en sus relaciones sexuales y que éste no solamente sirve para prevenir el VIH, sino también para protegerse de otras infecciones de transmisión sexual (ver tabla 7).

Sobre las formas de transmisión, el 14% afirmó que la picadura del mosquito sí trasmite el VIH. Esta idea puede estar asociada a la manera en que los insectos se alimentan de la sangre y pican a las personas. Sin embargo, como lo advierte Daudel (2002):

*la cantidad de sangre transportada por los insectos picadores jamás es lo suficientemente grande para contener una dosis infecciosa del virus. La trompa de un mosquito no puede contener más de dos milésimos de milímetros cúbicos de sangre, y que ésta se digiere en el estómago del insecto, lo que inactiva al virus de una manera tan eficaz como el calentamiento o los detergente.*

Referente a los besos, el 90% de los encuestados respondió que es falso que el VIH se transmita por al besar, sólo el 10% respondió que es verdadero. Se ha señalado que, aunque el VIH se ha encontrado en la saliva, no se ha demostrado la posibilidad de transmisión salival (Cárdenas, 2005).

Llama la atención el resultado sobre el riesgo de contagio del VIH al compartir el cepillo de dientes. El 70% respondió que es falso y, un elevado 30%, que es verdadero. Con respecto a si el jabón inactiva el virus, 96% confirmó que

es falso y, sólo el 4%, respondió que el jabón sí lo inactiva. Además, el 55% piensa que compartir el baño con una persona que vive con VIH no es factor de contagio, en contraste con un 45% que opina lo contrario (ver tabla 8).

Tabla 8. Muestra el conocimiento de mecanismos por los cuales no se trasmite el VIH/SIDA.

<b>Respuesta</b>	<b>¿El VIH se transmite por una picadura de mosquito? (%)</b>	<b>¿El uso del jabón inactiva el VIH? (%)</b>	<b>¿El VIH se transmite por dar un beso? (%)</b>	<b>¿Existe el riesgo de contagio de VIH al compartir el cepillo de dientes? (%)</b>	<b>¿El VIH se transmite por usar baños públicos? (%)</b>
<b>Falso</b>	86	96	90	70	55
<b>Verdadero</b>	14	4	10	30	45

Particular mención merecen los resultados sobre transmisión del VIH a través de la leche materna. El 49% de la población no sabe si la leche materna contagia. Por lo tanto, casi la mitad de la muestra no tiene la información adecuada sobre este tópico (ver tabla 9).

La sangre constituye una vía importante de transmisión del VIH. Las prácticas de mayor riesgo al respecto son las transfusiones y el intercambio de jeringas, así como la realización de tatuajes. Esta forma de transmisión es cada vez menos frecuente debido al estricto control de los servicios de salud. En la actualidad, el riesgo de contaminación por transfusión sanguínea ha decrecido considerablemente, desde que se instauró en 1985 la detección sistemática de los anticuerpos anti-VIH en la sangre de los donantes (Daudel, 2002). El 77.6% de nuestra muestra contestó correctamente sobre el hecho de donar sangre como vía de transmisión del VIH (ver tabla 9).

Tabla 9. Muestra conocimientos sobre transmisión del VIH a través de la leche materna y si se puede adquirir el VIH al donar sangre.

<b>Respuesta</b>	<b>¿Un bebé puede infectarse a través de la leche materna? (%)</b>	<b>¿Puedes adquirir el VIH al donar sangre? (%)</b>
<b>Falso</b>	49	22
<b>Verdadero</b>	51	78

## **Conductas y factores de riesgo**

La Promoción de la salud estudia las causas y determinantes de la salud, que alude a las condiciones de vida y trabajo de las personas, consideradas como las “causas que subyacen a las causas” de las enfermedades y problemas de salud (OPS/OMS, 2013).

Dahlgren y Whitehead (1992) mencionan que las principales causas y determinantes de la salud están en el estilo de vida del individuo así como la edad, sexo, condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales.

El concepto de “estilos de vida” en Promoción de la Salud generalmente se utiliza para describir al:

*conjunto de comportamientos que un individuo en concreto pone en práctica de manera consistente y sostenida en su vida cotidiana y que puede ser pertinente para el mantenimiento de su salud o que lo colocan en una situación de riesgo para la enfermedad (Morales, 1999: 145).*

Esto supone la noción de que los hábitos y conductas son modificables y que los jóvenes pueden decidir de manera voluntaria la alteración o modificación de estas conductas.

Se puede considerar como factor de riesgo para el desarrollo de una enfermedad:

*toda característica o circunstancia determinada de una persona o grupo de personas que según los conocimientos que se posee asocia a los interesados a un riesgo anormal de sufrir un proceso patológico o de verse afectados desfavorablemente por tal proceso y que puede caracterizar a los individuos, la familia, el grupo, la comunidad o el medio ambiente (Morales, 1999: 148).*

Cuando las conductas de riesgo, al igual que los factores de riesgo, han sido identificadas, se pueden convertir en el punto de partida de las estrategias y acciones de Promoción de la Salud. De esta forma, se amplían las posibles alternativas para afrontar los problemas, facilitar el autofortalecimiento y producir cambios en el entorno que favorezcan los estilos de vida de los estudiantes.

### **Síntomas del VIH/SIDA**

La mayoría de los encuestados están de acuerdo en que una persona infectada por VIH puede ser asintomática, ya que en la pregunta se explora si una persona que es no asintomática contagia no tanto el vincular a la persona con síntomas a la enfermedad. Los datos obtenidos demuestran que ya no existe la creencia de que las personas portadoras del VIH deben ser personas adultas o que pueden ser reconocidas por los síntomas, lo cual refleja un avance concerniente al conocimiento de los síntomas del VIH/SIDA (ver tabla 10).

Tabla 10. Muestra la creencia de que las personas portadoras de VIH pueden ser reconocidas por su apariencia.

<b>Respuesta</b>	<b>Las personas enfermas de SIDA son solo adultos (%)</b>	<b>Una persona portador(a) del VIH cuando tiene el virus en su organismo, tenga o no síntomas (%)</b>	<b>Una persona es del VIH que no tiene síntomas ¿contagia? (%)</b>
<b>Falso</b>	99	3	14
<b>Verdadero</b>	1	97	86

## Consumo de drogas

En la adolescencia y la juventud existe una situación de vulnerabilidad para el uso de drogas o sustancias psicoactivas. Si bien es parte de la historia de la humanidad, en tiempos actuales el uso de estas sustancias se han convertido en un problema muy grave de salud. El consumo de alcohol en exceso, fumar, ingerir drogas, practicar sexo no protegido son factores de riesgo que lleven a los jóvenes a sufrir accidentes, contraer infecciones de transmisión sexual o a la muerte prematura. Estas conductas empiezan en la adolescencia y son parte de la problemática (Taylor, 2007).

En esta investigación, el porcentaje de consumo de alcohol asciende a 59% en hombres y 53% en mujeres (ver tabla 11). El alcohol en dosis bajas causa desinhibición y una leve euforia, pero también puede llevar a perder actitudes preventivas, el no uso del preservativo o del método anticonceptivo, así como a tener prácticas sexuales que no se realizarían al estar sobrios (Delgado B. 2008). Con el efecto del alcohol los jóvenes se vuelven más impulsivos y disminuye la habilidad para negociar el uso del condón.

Tabla 11. Muestra la proporción sobre consumo de alcohol.

Sexo	Consumes bebidas alcohólicas			Total
	Si	No	A veces	
Hombre	148 (59 %)	99 (40 %)	1 (.1 %)	248
Mujer	111 (53 %)	95 (46 %)	1 (.1 %)	207

El consumo de drogas como marihuana y cocaína se ubica en 9% de la presente muestra, 4% mujeres y 5% hombres. Siendo la percepción de riesgo una barrera subjetiva para el consumo de sustancias, estos grupos de estudiantes se encuentran vulnerables al consumo de drogas, factor de riesgo para el contagio del VIH (ver tabla 12).

Tabla 12. Muestra el consumo de drogas.

Sexo	Consumes drogas (marihuana, cocaína, etc.)		Total (%)
	Hombre (%)	Mujer (%)	
SI	5	4	9
No	50	41	91

Los efectos del consumo de la marihuana en la adolescencia no deben ser subestimados, pues ésta puede servir como medio de acceso a otras sustancias de abuso más peligrosas como cocaína, heroína, anfetaminas, las sustancias inhalables como los gases de los pegamentos, la acetona y los aerosoles, a las drogas que se inyectan con agujas y a los esteroides utilizados sin prescripción médica (Jenkins, 2005). En esta investigación el 45% de los adolescentes indican haber tenido sexo bajo la influencia del alcohol y/o drogas, de los cuales el 26% son hombres y, el 19%, mujeres. El consumo de drogas afecta las conductas de autopercepción al limitar la capacidad de control y decisión, lo que puede llevar a perder actitudes preventivas y facilitar conductas sexuales de riesgo. En este caso los hombres son más vulnerables ante el VIH/SIDA.

El VIH también se transmite cuando se tienen relaciones sexuales no protegidas, es decir, cuando no se usa condón. El virus se transmite a través del líquido pre-eyaculatorio, el semen, las secreciones vaginales, el sangrado menstrual y la sangre. La transmisión ocurre cuando estos fluidos se ponen en contacto con las mucosas del cuerpo de la pareja como la vagina y el ano. En la boca el riesgo es menor (Delgado *et al.*, 2008). Por tal razón, el uso de preservativo es fundamental. En la muestra el 6% de los hombres y el 8% de las mujeres dicen no haber utilizado el condón cuando han tenido relaciones sexuales. Si bien este porcentaje es relativamente bajo, cuando se cruza con los datos sobre consumo de alcohol y drogas nos encontramos ante un incremento de conductas de riesgo. Resulta claro que las prácticas sexuales sin utilizar condón son extremadamente peligrosas para contagiarse con el VIH. Todas las prácticas

sexuales implican riesgos: relaciones homosexuales, relaciones heterosexuales y cualquier contacto de la boca con el esperma o con las secreciones vaginales (Daudel, 2002). En la población muestreada, el 26% de los hombres y el 20% de las mujeres ya han tenido relaciones sexuales.

La vía más común para contraer una Infección de Transmisión Sexual (ITS), como el VIH, es la actividad sexual sin protección. En todos los casos la forma más eficaz contra el VIH lo constituye el adecuado uso del condón. En la muestra el 53% de los hombres, y el 42% de las mujeres dicen saber utilizar el condón. Sólo el 6% de los hombres, y el 8% de las mujeres, no lo ha utilizado en sus relaciones sexuales (Tabla 13).

Tabla 13. Muestra de uso de condón

Sexo	¿Sabes utilizar el condón? (%)		¿Cuando tienes relaciones sexuales usas condón? (%)	
	Si	No	Si	No
Hombre	53	2	51	6
Mujer	42	3	35	8

El 84 % de los encuestados conoce el condón femenino. De 16% que lo desconoce, el 8% son mujeres. El condón femenino protege contra las ITS y el VIH, así como para prevenir embarazos no deseados.

El tatuaje es la colocación de diferentes tipos de pigmentos en la piel, práctica común entre la población joven. Sin embargo, se debe tener mucho cuidado pues, de no ser realizado bajo estrictas normas sanitarias, puede provocar desde una infección cutánea hasta enfermedades graves como VIH y hepatitis B (CENSIDA, 2002). El 98% de nuestra muestra no se ha realizado tatuajes contra el 2% que ya lo ha hecho.

El que una persona siga una determinada conducta de riesgo se puede entender a partir de dos factores: si la persona cree o no que una determinada

conducta puede ser efectiva para reducir el peligro. En consecuencia, el estudio de factores psicosociales involucrados en las conductas sexuales preventivas en poblaciones con conductas de riesgo resulta vital. Entre los factores psicosociales relacionados con las conductas de riesgo se encuentra la autopercepción del riesgo. Se espera que las personas que perciban el riesgo de contagio llevarán a cabo prácticas sexuales protegidas o de bajo riesgo.

### **Autopercepción**

La percepción de un peligro o amenaza para la salud personal depende por lo menos de tres factores: 1) los valores generales de salud que comprenden el interés y la preocupación por la salud, 2) las creencias propias acerca de la vulnerabilidad personal a un trastorno particular y 3) las creencias acerca de las consecuencias de ese trastorno (Taylor, 2007). El 80 % de la muestra percibe al VIH/SIDA como una amenaza para su vida, 47 % hombres y 34 % mujeres.

Relacionado con lo anterior se encuentra la consideración del estigma alrededor del VIH/SIDA, si se le asocia a un grupo en particular, ya sea por orientación sexual o identidad de género, o al resultado de tener relaciones con personas que se dedican al trabajo sexual, con personas de ambos sexos o con más de una persona. El 97% de la muestra responde de manera positiva a que el VIH/SIDA no es exclusivamente un problema de homosexuales, usuarios de drogas y gente adulta. Se observó que los estudiantes de menor edad tienen más marcada la creencia de vincular de manera directa a los homosexuales, bisexuales y usuarios de drogas con el VIH.

El 45% está de acuerdo en que el VIH es causado por tener relaciones sexuales con más de una persona y, el 55%, no está de acuerdo. Los estudiantes perciben correctamente un mayor riesgo en aquellas personas que tienen relaciones sexuales con más de una persona, pero subestiman la posibilidad de

riesgo en ellos mismos. El 47% opinó que está de acuerdo en que el VIH/SIDA es el resultado de tener relaciones sexuales con trabajadoras sexuales y, el 53%, está en desacuerdo ante esta postura. Pero existe una baja percepción de riesgo en los jóvenes encuestados, la cual puede deberse a la condición y estilo de vida actual.

Directamente relacionado con lo anterior sucede con los síntomas o señales físicas. Los datos muestran que sólo el 14% de los estudiantes cree que puede reconocer por los síntomas a un portador del VIH.

Por lo que respecta a la autopercepción de riesgo se observa la siguiente situación. El 81% considera que le preocupa mucho infectarse de VIH y, el 33%, considera que sí está en riesgo de contraer el VIH contra un 67% que considera que no lo está. Sólo el 51% ha pensado en cambiar algo o poco sus prácticas con respecto de lo que sabe sobre el VIH/SIDA. Si quienes están en situaciones de riesgo están seguros de no tenerlo, es difícil que modifiquen las conductas que llevan a cabo. Desafortunadamente la mayoría no se sienten en riesgo de enfermarse ya que evalúan sus posibilidades de adquirir el VIH como muy bajas y, muy pocos, se perciben en riesgo de contagio.

### **Percepciones sobre Derechos Humanos**

El conocimiento y el adecuado ejercicio de los derechos humanos ocupa un lugar central en el diseño de estrategias de la Promoción de la Salud. Las mujeres, las niñas y los adolescentes son especialmente vulnerables a la discriminación y a la violencia (CONAPRED). El conocimiento y la promoción de los derechos humanos pueden empoderar a los jóvenes estudiantes ayudando a combatir abusos e injusticias.

Los datos de la encuesta arrojaron que el 77% de los encuestados dice saber algo/poco sobre derechos humanos. El 16% dice saber mucho sobre la

temática y, sólo el 7%, consideró no saber nada. De este último sector el 45% dice desconocer sobre el tema por falta de interés, el 43% por la falta de información y, el 12%, por falta de educación. Estos datos ponen de manifiesto el desconocimiento que tienen los adolescentes sobre derechos humanos.

## 5. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

En el análisis del presente estudio han surgido importantes conclusiones que contribuyen a caracterizar los tres modelos de abordaje (biomédico, conductual o estilos de vida y socio-ambiental), los principales determinantes de la salud y sus factores de vulnerabilidad y el riesgo frente al VIH/SIDA en estudiantes de la ENP 7. Al individualizar la percepción que la población estudiantil tiene de su propia vulnerabilidad y situación de riesgo ante el VIH/SIDA, se concluye que son variados los determinantes de salud, factores de riesgo y distintas las situaciones y las causas que sitúan a los estudiantes en condiciones de vulnerabilidad, que no les permite tener una idea clara y precisa de su riesgo frente al VIH/SIDA.

Con respecto a los jóvenes encuestados, estos presentan por lo menos algún tipo de factor de riesgo, sin grandes diferencias significativas por género, que de igual modo los hace vulnerables a contraer el VIH. Esto se ve reflejado en que la mayoría de los jóvenes tiene conocimiento sobre el VIH, principalmente sobre sus formas de transmisión; sin embargo, aun cuando tienen el conocimiento sobre el tema, pueden llegar a tener prácticas sexuales de riesgo.

Debido al nivel educativo de los estudiantes encuestados, es posible incorporar en el diseño de intervenciones de Promoción de la Salud, la práctica de metodologías, como la educación, para llevar a cabo acciones preventivas y eficaces.

Con relación al entorno social o familiar en el cual viven los estudiantes encuestados, se detecta que la mayoría viven con su familia, núcleo que puede influir en su educación y percepción.

Los datos revelan con respecto a la información y del conocimiento, es insuficiente y variable sobre creencias y conductas sexuales que los adolescentes tienen.

Las medidas de prevención de algunos de los jóvenes no son practicados en su totalidad (no uso del condón, entre otras exposiciones de riesgo). Aunado a ello, también se llega a la conclusión de que el condón es la forma de prevención más utilizada por los adolescentes encuestados. Es necesario insistir más en el uso del condón y combatir los mitos o tabúes sobre su utilización, así como las diferentes situaciones por las cuales los adolescentes no lo usan en las relaciones sexuales. Las mujeres se encuentran en altas condiciones de vulnerabilidad, ya que hay poco conocimiento y difusión del condón femenino en comparación con el condón masculino.

Teniendo en cuenta el porcentaje de los encuestados sobre percepción del riesgo, uso del condón, consumo de drogas, bebidas alcohólicas y práctica de relaciones sexuales bajo el efecto de las mismas, se considera que los encuestados se encuentran en moderado riesgo de adquirir el VIH.

Se concluye que los adolescentes en general, tienen correcto conocimiento sobre prevención del VIH y formas de transmisión, sólo en temas como la transmisión por vía perinatal existe confusión. El contar con el conocimiento, no significa que éste se aplica en la propia prevención del estudiante.

Gran parte de los estudiantes desconoce el tema de sus derechos humanos así como los derechos de las personas que vive con VIH/SIDA, lo cual limita el ejercicio de su ciudadanía y los hace vulnerables ante abusos y coacciones en diferentes situaciones. El desconocimiento de los derechos humanos no promueve su disfrute.

Esto lleva a reflexionar sobre el desarrollo y proceso de vida del adolescente, la importancia y el papel que juega la familia y la sociedad en la toma de sus decisiones en los diferentes acontecimientos de vida que se le presentan y en las medidas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud a realizar. Las acciones recomendadas que se emprendan para minimizar la

problemática del VIH/SIDA en adolescentes deben ser integrales, que tiendan no sólo a la prevención, sino también a la Promoción de la Salud y al diseño de estrategias dirigidas a los adolescentes para que asuman la responsabilidad de preservar su salud, estrategias para crear cambios positivos en la relación entre los ciudadanos y el Estado por medio de políticas públicas y acción intersectorial que generen cambios sociales profundos.

En general, los adolescentes encuestados de la preparatoria 7, forman una población con riesgo de adquirir el VIH e infecciones de transmisión sexual, por ser el periodo de la adolescencia especialmente difícil, dado que se encuentran explorando y experimentando su sexualidad.

El promotor de la salud tiene un rol decisivo en este proceso. Las actividades de prevención y promoción son pieza fundamental para el diseño de estrategias para evitar la infección del VIH, dado que aún no se dispone de una vacuna y los tratamientos no curan la enfermedad.

### **Sugerencia de propuesta de intervención**

El diagnóstico de esta investigación servirá para sugerir prácticas e incorporar elementos de la Promoción de la Salud en actividades y acciones para este caso-problema en tres niveles de estudio: 1) biomédico y epidemiológico (ver tabla 14), 2) del comportamiento humano o estilos de vida (ver tabla 15) y 3) socio-ambiental (ver tabla 16), así como su expresión en términos de indicadores, los cuales se utilizarán para evaluar el impacto de intervención del Promotor de la Salud.

Los modelos y perspectivas de abordaje que se muestran tienen diferentes niveles de complejidad y aspectos característicos propios, distintos alcances y limitaciones, continuidades y discontinuidades y aspectos complementarios, Información necesaria para el Promotor de la Salud para reconocer los diferentes

enfoques que dan las tres perspectivas y comprender la complejidad de este caso-problema y encontrar posibles acciones de intervención.

Tabla 15. Modelo Biomédico/epidemiológico.

<h1 style="text-align: center;">Modelo</h1> <h2 style="text-align: center;">Biomédico/epidemiológico</h2> <p style="text-align: center;">Conocimiento y conductas de riesgo sobre el VIH/SIDA en estudiantes de la ENP 7</p>		
<p style="text-align: center;"><b>Estrategia de Promoción de la Salud:</b></p> <p>Lograr que las personas procuren el diagnóstico y tratamiento que necesitan, respondan a las acciones de prevención como los tamizajes o detección temprana de riesgos.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Acciones a desarrollar por los Promotores de la Salud:</b></p> <p>Campañas de información para jóvenes sobre la infección del VIH/SIDA.</p> <p>Campañas de información sobre el diagnóstico y tratamiento de la infección del VIH/SIDA.</p> <p>Acciones de identificación temprana y tratamiento a jóvenes estudiantes.</p> <p>Distribución de condones y campañas de educación para su uso.</p> <p>Difusión de videos educativos sobre diagnóstico, tratamiento, prevención y detección del VIH/SIDA dirigido a los jóvenes estudiantes.</p> <p>Coordinación con brigadas de salud.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Indicadores para evaluar el impacto de intervención:</b></p> <p>Incidencia del VIH/SIDA.</p> <p>Incidencia por sexo y edad.</p> <p>Número de casos identificados y tratados.</p> <p>Asistencia de la comunidad estudiantil al centro de salud local.</p> <p>Encuesta sobre el conocimiento y conductas de riesgo sobre el VIH/SIDA.</p>

Tabla 16. Modelo Conductual/Estilo de vida.

<h1 style="text-align: center;">Modelo</h1> <h2 style="text-align: center;">Conductual/Estilo de vida</h2> <p style="text-align: center;">Conocimiento y conductas de riesgo sobre el VIH/SIDA en estudiantes de la ENP 7</p>		
<p style="text-align: center;"><b>Estrategia de Promoción de la Salud:</b></p> <p>Recurrir en la educación y la comunicación, para modificar comportamientos.</p> <p>Se busca sensibilizar e informar a las poblaciones acerca de las causas de un problema de salud y cómo prevenirlo. Se difunden estrategias y alternativas más saludables.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Acciones a desarrollar por los Promotores de la Salud:</b></p> <p>Educación sobre el VIH/SIDA en el centro de salud local.</p> <p>Visita de Promotores de la Salud a la ENP 7 para mostrar el uso del condón.</p> <p>Talleres educativos sobre el VIH/SIDA.</p> <p>Campañas de comunicación para estimular el sexo seguro.</p> <p>Distribución de folletos informativos sobre el VIH/SIDA.</p> <p>Colaboración con los padres de familia para informar y apoyar a hijos sobre el VIH/SIDA.</p> <p>Campañas de comunicación promoviendo el uso del condón y sexo seguro.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Indicadores para evaluar el impacto de intervención:</b></p> <p>Mejoras en los hábitos ( uso del condón, sexo seguro).</p> <p>Encuestas cualitativas y cuantitativas de diagnóstico conductual de los estudiantes sobre el VIH/SIDA.</p> <p>Percepción cultural individual de la enfermedad del VIH/SIDA.</p> <p>Conocimiento de la comunidad sobre signos, síntomas y modos de prevenir el VIH/SIDA.</p> <p>Uso correcto del condón.</p>

Tabla 17. Modelo Socio-ambiental.

<h1 style="text-align: center;">Modelo Socio-ambiental</h1> <p style="text-align: center;">Conocimiento y conductas de riesgo sobre el VIH/SIDA en estudiantes de la ENP 7</p>		
<b>Estrategia de Promoción de la Salud:</b>	<b>Acciones a desarrollar por los Promotores de la Salud:</b>	<b>Indicadores para evaluar el impacto de intervención:</b>
<p>Generalmente, no están bajo control individual, además se requiere acciones políticas comunitarias.</p> <p>Las estrategias más comunes en este nivel incluyen la abogacía, la colaboración entre los diferentes actores y sectores y promueve la participación comunitaria para movilizar procesos de cambio social o cultural.</p>	<p>Colaboración y asociación multisectorial.</p> <p>Participación de la comunidad para hacer un cambio social y cultural con respecto al VIH/SIDA.</p> <p>Promoción de brigadas de información sobre el VIH/SIDA.</p> <p>Políticas y normas de salud con respecto al VIH/SIDA.</p> <p>Información intersectorial sobre VIH/SIDA.</p>	<p>Percepción cultural de la comunidad sobre la enfermedad del VIH/SIDA.</p> <p>Cambio en políticas y normas de salud si son necesarias.</p> <p>Educación con mapas de incidencia del VIH/SIDA.</p> <p>Cambios en la participación comunitaria.</p> <p>Encuesta socio-ambiental sobre el conocimiento y conductas de riesgo del VIH/SIDA.</p>

## **Sugerencia sobre acciones de intervención**

Mantener e incrementar, tanto en el ámbito escolar como extraescolar, los conocimientos de los adolescentes sobre el VIH/SIDA, sus mecanismos de transmisión y las conductas de riesgo que favorecen su infección.

Promover la adopción y prácticas de conductas sexuales saludables y seguras, facilitando el acceso a recursos preventivos como el preservativo.

Acciones a realizar:

- Proporcionar más información y asesoramiento a la población, especialmente a los jóvenes.
- Actualizar las campañas de información que sensibilicen y amplíen la conciencia de la a la sociedad estudiantil de ejercer su sexualidad sin riesgo.
- Aumentar la distribución gratuita de los preservativos masculino y femenino.
- Acciones que promuevan el uso del preservativo masculino y femenino

Medidas educativas:

- Intensificación de medidas y acciones encaminadas al desarrollo curricular de la Educación Sexual, a lo largo de todas las etapas de la escolarización obligatoria, bachillerato y ciclos formativos de grado medio, en el contexto de la Promoción y Educación para la salud y la Educación de Valores donde este contemplada la enseñanza de habilidades en el manejo del preservativo.
- Facilitar al profesorado de educación media superior, los medios y las condiciones para que pueda llevar a cabo su labor, promoviendo especialmente su formación y los mecanismos de coordinación con los

profesionales sanitarios de atención primaria y con las familias (padres y madres).

- Apoyar la colaboración de los equipos de atención primaria con los centros educativos del bachillerato, para el desarrollo de la Educación sexual y para facilitar la implicación del profesorado en su tarea de enseñanza.

Actividades comunitarias:

- Potenciación de proyectos y programas de educación sexual entre iguales, en donde se aborde específicamente el sexo seguro.
- Elaboración y desarrollo de un plan de formación de mediadores juveniles en educación sexual, donde se contemplen todos los aspectos relevantes relacionados con la prevención del VIH/SIDA y otras ITS.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

- Díaz-loving, R.; et al., (1999). Juventud y SIDA: una visión psicosocial, México, D.F. Porrúa
- Luque, R., (2002). El SIDA en primera persona. Colombia. Panamericana
- Hernán, A.; et al., (2005). Manual de VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual. Colombia. Corporación para investigaciones Biológicas.
- Cárdenas L, Ballesteros S., (2005). SIDA Lo que todos debemos saber. 5ª. Edición. México. Trillas.
- Daudel, R. (2002). El SIDA. 1ª. Edición. México. Gandhi.
- Taylor, S. (2007). Psicología de la salud. 6ª. Edición. México. Mc.Graw Hill.
- Barragán, H.; et al., (2007). Fundamentos de salud pública. 1ª. Edición. Argentina. Universidad Nacional de la Plata.
- From, E. (1999). El arte de amar. 1ª. Edición. México. Paidos Studio.
- Morales, F. (1999). Introducción a la psicología de la salud. 1ª. Edición. México. Paidos
- Delgado, G.; et al., (2008). Tu futuro en libertad: por una sexualidad con responsabilidad. 1ª. Edición. México. Gobierno del Distrito Federal.

### Manuales

- El VIH/SIDA en México 2009, 1ª. Edición, Centro Nacional para la Prevención del VIH/SIDA (CENSIDA), México, D.F., 2009, 30 pp.
- Derechos Humanos, Salud y VIH, Guía de acciones estratégicas para prevenir y combatir la discriminación por orientación sexual e identidad de género. ONUSIDA
- Tu futuro en libertad. Por una sexualidad y salud reproductiva con responsabilidad. Secretaria de salud del DF.

## Internet

Organización Panamericana de la salud

Campus Virtual de Salud Pública

[www.campusvirtualesp.org/?ges/aula-virtual](http://www.campusvirtualesp.org/?ges/aula-virtual) 10-octubre-2013

Declaración Universal de los Derechos Humanos:

<http://www.un.org/es/documents/udhr> 12-marzo-2013

Consejo Nacional para Prevención y control del SIDA (CONASIDA):

“Manual para la prevención del VIH/SIDA”

<http://censida.salud.gob.mx/interior/guiasmanuales.html> 18-febrero-2013

Comisión de Derechos Humanos del DF:

“Cartilla por los derechos sexuales de las y los jóvenes”

<http://portaldic10.cd hdf.org.mx/index.php?id=publisexjovenes04> 13-marzo-2013

Comisión Derechos Humanos del Distrito Federal:

[www.cd hdf.org.mx](http://www.cd hdf.org.mx) 26-marzo-2013

Consejo Nacional para Prevención y control del SIDA (CONASIDA):

“Epidemiología y monitoreo”

<http://censida.salud.gob.mx/interior/cifras.html> 10-enero-2013

Organización Mundial de Salud: 10-enero-2013

[www.who.int/es](http://www.who.int/es)

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012):

Resultados Nacionales 2012

[http://ensanut.insp.mx/resultados\\_principales.php](http://ensanut.insp.mx/resultados_principales.php) 15-enero-2013

## 7. GLOSARIO

**Asintomático:** que no presenta indicios ni síntomas de enfermedad. Una persona puede estar infectada por el VIH y ser asintomática. Este término suele utilizarse en los textos sobre el SIDA para describir a una persona que, aun ofreciendo reacción positiva a una de las pruebas de detección del VIH, no presenta ningún síntoma clínico de la enfermedad.

**Atención primaria de salud:** es la asistencia sanitaria esencial, accesible, a un costo que el país y la comunidad puedan soportar, realizada con métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables.

**Bacteria:** ser unicelular microscópico que se reproduce por escisión binaria.

**CD4+ (linfocitos T colaboradores):** Glicoproteína de gran tamaño que se encuentra en la superficie de los linfocitos T4. Es el receptor del VIH. La diana predilecta del VIH son células que poseen en su superficie un ligando conocido como CD4 (por cluster designation 4). Las células provistas de esta molécula reciben el nombre de CD4-positivas (o CD4+). La causa principal de la inmunodeficiencia observada en el SIDA es la destrucción de linfocitos CD4+, y la disminución en sus niveles parece ser el mejor indicador de morbilidad en los pacientes. Aunque caiga el número de CD4, el nivel total de linfocitos T permanece aproximadamente constante en el curso de la enfermedad por el VIH, debido a un aumento concomitante del nivel de células CD8+. El cociente entre células CD4+ y CD8+ ofrece por lo tanto una importante medida de la progresión de la enfermedad.

**Célula:** es la unidad anatómica y fisiológica de cualquier ser vivo, la cantidad más pequeña de materia dotada de vida propia.

**Colaboración intersectorial:** relación reconocida entre parte o partes de distintos sectores de la sociedad que se ha establecido para emprender acciones en un tema con el fin de lograr resultados de salud o resultados intermedios de salud, de manera más eficaz, eficiente o sostenible que aquella que el sector sanitario pueda lograr actuando en solitario.

**Conducta de riesgo:** forma específica de conducta de la cual se conoce su relación con una susceptibilidad incrementada para una enfermedad específica o para un estado de salud deficiente.

**Defensa inmunitaria:** se sabe que un ejército de nuestras células (sobre todo los glóbulos blancos de nuestra sangre) lucha contra cualquier intruso que penetre en nuestro organismo, constituyendo así lo que se ha convenido en llamar defensa inmunitaria.

**Determinantes de la salud:** conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones.

**Empoderamiento:** en Promoción de la Salud, el empoderamiento para la salud es un proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan su salud, también se refiere a la dimensión creativa de una acción que impulsa a los individuos, grupos o comunidades a lograr mejores niveles de salud y calidad de vida.

**Epidemiología:** rama de la ciencia médica dedicada al estudio de la incidencia, la distribución y el control de una enfermedad en una población.

**Estado de salud:** descripción y/o medida de la salud de un individuo o población en un momento concreto en el tiempo, según ciertas normas identificables, habitualmente con referencia a indicadores de salud.

**Estilo de vida:** es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales.

**Factor de riesgo:** condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados con o causan un incremento de la susceptibilidad para una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones.

**Gen:** elemento hereditario compuesto de ácido nucleico que es portador de la información necesaria para que se efectúe la síntesis de una proteína.

**Genoma:** conjunto de genes presentes en la o en las células de un ser vivo o en la nucleocápsida de un virión, e incluso en un provirus.

**Infectado por el VIH:** Este término, que hay que distinguir de “VIH-positivo” (en ocasiones puede tratarse de un falso resultado positivo, sobre todo en bebés de menos de 18 meses), suele emplearse para indicar que la prueba de la infección por el VIH se ha obtenido por medio de un análisis de sangre de tejidos.

**Iniciación sexual:** la edad a la que una persona mantiene relaciones sexuales por primera vez.

**Modelo biomédico:** hace énfasis en los aspectos biomédicos de la salud individual y en las dimensiones físicas o fisiológicas del problema.

**Modelo conductual o estilos de vida:** hace énfasis en aspectos conductuales y estilos de vida del individuo. Este modelo se asocia mucho con el enfoque de Promoción de la Salud. Aquí se recurre predominantemente a la educación y a la comunicación, buscando modificar los comportamientos.

**Modelo socio-ambiental:** hace énfasis en los factores socio-ambientales que influyen en la salud y generalmente no están bajo el control individual, además requieren acciones políticas comunitarias.

**Pandemia:** una enfermedad prevalente en todo un país o continente o en el mundo entero.

**Prevención de la enfermedad:** abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

**Promoción de la salud:** es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla.

**Provirus:** molécula de ADN de origen retroviral integrado en el genoma de una célula.

**Retrovirus:** Tipo de virus que es capaz de insertar su material genético en el ADN de una célula anfitriona. Hasta hace poco tiempo no se había observado retrovirosis (infecciones por retrovirus) en el ser humano. El VIH es un retrovirus.

**Salud:** la constitución de la OMS de 1948 define a la salud como: Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.

**Seropositividad:** califica la condición de un ser humano o de un animal cuyo suero contiene anticuerpos que combaten un agente infeccioso. En la presente obra ese agente es el virus del SIDA.

**Síndrome:** grupo de síntomas descritos por el paciente o de signos clínicos observados al examinarlo que, en su conjunto, son característicos de una determinada patología.

**Tasa de morbilidad:** porcentaje de personas que están enfermas durante cierto periodo de tiempo.

**Tasa de mortalidad:** porcentaje de muertes durante cierto periodo de tiempo.

**Transmisión del VIH:** para que haya transmisión del VIH deben cumplirse dos condiciones: que el virus esté presente y que disponga de una vía de entrada al interior del cuerpo. Los tres modos de transmisión más comunes son:

1. Relaciones sexuales sin protección con una pareja infectada. Durante la relación el virus puede penetrar en el cuerpo a través del revestimiento mucoso de la vagina, la vulva, el pene, el recto o en casos muy raros, la boca. La probabilidad de transmisión se multiplica en presencia de factores dañinos para dicho revestimiento, en particular otras infecciones de transmisión sexual, que causan ulceraciones o inflamaciones de las mucosas.
2. Contacto directo con sangre infectada. El caso más frecuente es el de consumidores de drogas inyectables que utilicen agujas o jeringas contaminadas con ínfimas cantidades de sangre portadora del virus.
3. Transmisión maternoinfantil durante el embarazo, el parto, tras el nacimiento, a través de la leche materna.

**Transmisión vertical:** transmisión de un patógeno, como el VIH, de la madre al feto o el bebé durante el embarazo o el parto.

**Virus:** agente infeccioso responsable de numerosas enfermedades que afectan a todos los seres vivos. Son partículas extremadamente pequeñas que, a diferencia de las bacterias, sólo pueden sobrevivir y multiplicarse en el interior de una célula viva, utilizando la maquinaria biológica de la propia célula. // agente infeccioso formado por unidades muy elementales integradas por un genoma constituido por

un solo tipo de ácido nucleico (ARN o ADN) y por un cascarón proteico, el cual eventualmente puede estar rodeado por una envoltura de membrana. El cascarón proteico lleva el nombre de cápsida; el genoma y la cápsida forman la nucleocápsida. Los virus son parásitos intracelulares absolutos, es decir, que sólo pueden reproducirse si parasitan una célula.

## ANEXO No. 1

Cuestionario utilizado en el trabajo de investigación

### CONOCIMIENTO, PERCEPCIONES DE RIESGO Y HABILIDADES DE PREVENCIONES ANTE EL VIH Y SIDA EN ESTUDIANTES DE LA PREPATARORIA No. 7 “EZEQUIEL A. CHÁVEZ”

**Instrucciones:** *La encuesta es absolutamente confidencial y cubre aspectos sobre el VIH y SIDA. Lee atentamente y responde a todas las preguntas en los espacios indicados. En caso de dudas o inquietudes sobre alguna de las preguntas de esta encuesta favor de comunicarlo con el aplicador. Gracias.*

**Semestre:** \_\_\_\_\_ **Turno:**  Matutino  Vespertino  
**Lugar de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_  
**Sexo:**  Mujer  Hombre **Estado civil:**  Casado(a)  Unión libre  Soltero(a)  
**Trabajas:**  Si  No **Religión:** \_\_\_\_\_

Por favor, marque las opciones que correspondan:

- 1.- Has tenido información del VIH y SIDA alguna vez:  SI  NO
- 2.- Vía por la que recibes información del VIH y SIDA (puedes seleccionar más de una opción):
- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Radiodifusión    | <input type="radio"/> Películas/Videos | <input type="radio"/> Club/Gimnasio      |
| <input type="radio"/> Escuela          | <input type="radio"/> Amigos           | <input type="radio"/> Artistas famosos   |
| <input type="radio"/> Libros           | <input type="radio"/> Grupos musicales | <input type="radio"/> Internet           |
| <input type="radio"/> Centros de salud | <input type="radio"/> Televisión       | <input type="radio"/> Experiencia propia |
| <input type="radio"/> Medios gráficos  | <input type="radio"/> Padre            |  |
| <input type="radio"/> Folletos         | <input type="radio"/> Madre            |  |

3.- Vía por la que recibes información sobre sexualidad (puedes seleccionar más de una opción):

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Radiodifusión    | <input type="radio"/> Películas/Videos | <input type="radio"/> Club/Gimnasio      |
| <input type="radio"/> Escuela          | <input type="radio"/> Amigos           | <input type="radio"/> Artistas famosos   |
| <input type="radio"/> Libros           | <input type="radio"/> Grupos musicales | <input type="radio"/> Internet           |
| <input type="radio"/> Centros de salud | <input type="radio"/> Televisión       | <input type="radio"/> Experiencia propia |
| <input type="radio"/> Medios gráficos  | <input type="radio"/> Padre            |  |
| <input type="radio"/> Folletos         | <input type="radio"/> Madre            |  |

Por favor, seleccione sólo una de las siguientes opciones:

4.- El SIDA es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida:	<input type="radio"/> Verdadero	<input type="radio"/> Falso
5.- El VIH es el virus de la Inmunodeficiencia Humana:	<input type="radio"/> Verdadero	<input type="radio"/> Falso
6.- El SIDA es causado por el VIH:	<input type="radio"/> Verdadero	<input type="radio"/> Falso
7.- El VIH se trasmite por una picadura de mosquito:	<input type="radio"/> Verdadero	<input type="radio"/> Falso
8.- El VIH puede encontrarse en los fluidos vaginales:	<input type="radio"/> Verdadero	<input type="radio"/> Falso
9.- El jabón puede inactivar el VIH:	<input type="radio"/> Verdadero	<input type="radio"/> Falso
10.- Para acercarse a niños con SIDA hay que llevar mascarilla:	<input type="radio"/> Verdadero	<input type="radio"/> Falso
11.-Hoy disponemos de una vacuna que previene el SIDA:	<input type="radio"/> Verdadero	<input type="radio"/> Falso
12.-Un bebé puede infectarse a través de la leche materna:	<input type="radio"/> Verdadero	<input type="radio"/> Falso
13.-Las personas enfermas de SIDA son sólo adultos	<input type="radio"/> Verdadero	<input type="radio"/> Falso
14.-El SIDA es una enfermedad sin importancia:	<input type="radio"/> Verdadero	<input type="radio"/> Falso
15.- Puede evitarse la trasmisión del VIH utilizando cualquier método anticonceptivo:	<input type="radio"/> Verdadero	<input type="radio"/> Falso
16.- El SIDA es un problema que afecta sólo a homosexuales y drogadictos:	<input type="radio"/> Verdadero	<input type="radio"/> Falso
17.- El SIDA es un tipo de cáncer:	<input type="radio"/> Verdadero	<input type="radio"/> Falso
18.- Se le debe negar el derecho a asistir a clase a un alumno seropositivo o enfermo de SIDA:	<input type="radio"/> Verdadero	<input type="radio"/> Falso

19.- Existe el riesgo de transmisión del VIH por dar un beso:	<input type="radio"/> Verdadero	<input type="radio"/> Falso
20.- Ser seropositivo es estar enfermo de SIDA:	<input type="radio"/> Verdadero	<input type="radio"/> Falso
21.- Existe el riesgo de contagio al compartir el cepillo de dientes:	<input type="radio"/> Verdadero	<input type="radio"/> Falso
22.- Puedes adquirir el VIH al donar sangre:	<input type="radio"/> Verdadero	<input type="radio"/> Falso
23.- Una persona es portadora cuando está infectada por el VIH y puede transmitirlo:	<input type="radio"/> Verdadero	<input type="radio"/> Falso
24.- En las relaciones heterosexuales desprotegidas la mujer infectada puede contagiar al hombre y viceversa:	<input type="radio"/> Verdadero	<input type="radio"/> Falso
25.- El SIDA no se trasmite en los servicios públicos (WC):	<input type="radio"/> Verdadero	<input type="radio"/> Falso
26.- Una persona es portador(a) del VIH cuando tiene el virus en su organismo, tenga o no síntomas:	<input type="radio"/> Verdadero	<input type="radio"/> Falso
27.- Una persona con VIH que no tiene síntomas ¿contagia?	<input type="radio"/> Verdadero	<input type="radio"/> Falso
28.- El VIH se trasmite por relaciones sexuales sin usar condón:	<input type="radio"/> Verdadero	<input type="radio"/> Falso

Por favor, seleccione sólo una de las siguientes opciones:

29.- El SIDA es resultado de la pérdida de valores:	<input type="radio"/> de acuerdo	<input type="radio"/> en desacuerdo
30.- El VIH/SIDA es resultado de la irresponsabilidad:	<input type="radio"/> de acuerdo	<input type="radio"/> en desacuerdo
31.-El VIH/SIDA es resultado de la falta de higiene:	<input type="radio"/> de acuerdo	<input type="radio"/> en desacuerdo
32.-El VIH/SIDA es resultado de un estilo de vida inmoral:	<input type="radio"/> de acuerdo	<input type="radio"/> en desacuerdo
33.-El VIH/SIDA es resultado de tener relaciones sexuales con prostitutas:	<input type="radio"/> de acuerdo	<input type="radio"/> en desacuerdo
34.- El VIH/SIDA es resultado de no poder controlar la ansiedad sexual:	<input type="radio"/> de acuerdo	<input type="radio"/> en desacuerdo
35.- El VIH/SIDA es resultado de tener relaciones sexuales con personas de ambos sexos:	<input type="radio"/> de acuerdo	<input type="radio"/> en desacuerdo

36.- El VIH/SIDA es resultado de la falta de cuidado:	<input type="radio"/> de acuerdo	<input type="radio"/> en desacuerdo
37.- El VIH/SIDA es resultado de la falta de orientación sexual:	<input type="radio"/> de acuerdo	<input type="radio"/> en desacuerdo
38.-El VIH/SIDA se origina en personas de escasos recursos:	<input type="radio"/> de acuerdo	<input type="radio"/> en desacuerdo
39.- El VIH/SIDA es resultado de no usar preservativos:	<input type="radio"/> de acuerdo	<input type="radio"/> en desacuerdo
40.- El VIH/SIDA es un castigo de Dios:	<input type="radio"/> de acuerdo	<input type="radio"/> en desacuerdo
41.- El VIH/SIDA es resultado de haber tenido relaciones sexuales con más de una persona:	<input type="radio"/> de acuerdo	<input type="radio"/> en desacuerdo

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

42.- Que tanto te preocupa contagiarte de VIH/SIDA:

Mucho  Algo/Poco  Nada

43.- Has pensado cambiar alguna de tus conductas como resultado de lo que sabes sobre el SIDA:

Mucho  Algo/Poco  Nada

44.- El SIDA es una amenaza para tu vida:

Si  No

45.- Consumes alcohol:

Si  No

46.- Con qué frecuencia consumes alcohol:

Más de una vez por semana

Casi nunca

Más de una vez por mes

Nunca

47.- Consumes drogas (marihuana, cocaína, etc.):

Si  No

48.- Con qué frecuencia:

Más de una vez por semana

Casi nunca

Más de una vez por mes

Nunca

49.- Te has hecho algún tatuaje:

Si  No

50.- Has tenido sexo bajo la influencia del alcohol y/o drogas:

Si  No

51.- Has tenido relaciones sexuales:

Si  No

52.- A qué edad fue tu primera relación sexual: \_\_\_\_\_

53.- Tus relaciones sexuales han sido primordialmente:

Heterosexuales

Homosexuales

Bisexuales

- 54.- Actualmente tienes pareja:  Si  No
- 55.- ¿Sabes utilizar el condón?:  Si  No
- 56.-- Cuando tienes relaciones sexuales usas condón:  Si  No
- 57.-En tu primera relación sexual utilizaste un preservativo:  Si  No
- 58.- ¿Te sentirías ofendido si tu pareja quisiera usar condón?:  Si  No
- 59.- ¿Conoces el condón femenino?:  Si  No
- 60.- ¿Usas condón para cada relación sea anal, vaginal u oral?:  Si  No
- 61.- ¿El condón solo sirve para protegerse del VIH?:  Si  No
- 62.- ¿El condón te protege de Infecciones de transmisión sexual?:  Si  No
- 63.- Cuando tienes relaciones sexuales, ¿piensas en la posibilidad de contraer el VIH?:  Si  No
- 64.- ¿Es conveniente utilizar un nuevo condón si se realiza otra relación sexual?:  
 Si  No
- 65.- Consideras que estas en riesgo de contraer VIH:  Si  No
- 66.- ¿Te has hecho la prueba del SIDA?:  Si  No
- 67.- ¿Qué tanto conoces sobre Derechos Humanos?:  
 Mucho  Algo/Poco  Nada
- 68.- Si la respuesta fue Algo/Poco o Nada, ¿A qué crees que se debe esto?:  
 Falta de interés  Falta de educación  Falta de información
- 69.- En tu opinión, ¿En la Preparatoria se respetan los Derechos Humanos?:  
 Si  No
- 70.-Cuál es el derecho humano que menos se respeta en la ENP 7:\_\_\_\_\_
- 71.- ¿A dónde acudirías en caso de sufrir la violación de tus derechos humanos?:\_\_\_\_\_
- 72.- Si te presentaran en la ENP 7 a alguien que tus sospechas que vive con el VIH o el SIDA. ¿Te sentirías cómodo/a al darle la mano para saludarlo?:  
 Sí  No  
¿Porqué?\_\_\_\_\_
- 73.- ¿Consideras que las personas que viven con el VIH o el SIDA tienen la culpa de padecerlo?:  
 Sí  No

¿Por qué?\_\_\_\_\_

74.- Le brindarías tu amistad a personas que viven con VIH y SIDA?:

O Si O No

75.- ¿Estarías dispuesto a permitir que en tu casa vivieran enfermos de SIDA?:

O Si O No

76.- ¿Consideras que las personas que viven con el VIH tienen razones suficientes para sentirse discriminados?: O Si O No

**GRACIAS**