



COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

“Estudio descriptivo sobre la relación entre la salud sexual y reproductiva y el VPH en una muestra de adolescentes religiosos de la delegación Tláhuac del Distrito Federal”

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

PRESENTA:

Liliana Mota Ramírez

Director del trabajo recepcional

Dr. Miguel Ángel Palomino Garibay

México, D.F. Junio, 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.

AGRADECIMIENTOS

Utilizo estas líneas para agradecer a todos los que involuntaria y voluntariamente tuvieron que ver con la realización y culminación de este trabajo.

Principalmente agradezco a Dios por darme fuerzas para lograr mi propósito.

A mi madre por ser la base de esta edificación sin fin. Porque tu esfuerzo fue mi motor. Te amo.

A mi abuelita que muchas veces lloro conmigo sin importar el momento.

A mi esposo por sostenerme y obligarme a seguir adelante cuando me faltó el aliento. Te amo.

A mi niña hermosa, fuiste la inspiración y verte junto a mí me quitó el cansancio. Te amo.

A todos mis familiares por sus consejos, sus oídos, pero sobre todo su corazón.

Y finalmente a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México por brindarme su apoyo económico durante toda mi carrera y con el empastado de este trabajo recepcional.

Gracias.

INDICE

Introducción.....	5
Capítulo I.....	7
Biología del VPH.....	7
Factores de riesgo.....	15
Factor religioso.....	16
Epidemiología.....	18
Capítulo 2.....	22
Salud Sexual y Reproductiva.....	22
Promoción de la salud y su intervención en el VPH.....	26
Capítulo 3.....	35
Metodología.....	35
Objetivo.....	35
Objetivos particulares.....	35
Pregunta de investigación.....	36
Tipo de investigación.....	37
Diseño de investigación.....	37
Tipo de muestreo.....	38
Sujetos.....	38
Instrumentos.....	38
Procedimiento.....	39
Resultados.....	41
Análisis de resultados.....	54
Discusión y Conclusiones.....	59

<i>Propuesta de programa educativo para la prevención de contagio de VPH.....</i>	<i>62</i>
<i>Bibliografía.....</i>	<i>64</i>
<i>Anexos.....</i>	<i>68</i>
<i>Tablas.....</i>	<i>72</i>

INTRODUCCIÓN

Nuestra sociedad se encuentra sumergida en situaciones económicas, laborales, amorosas, familiares y culturales que nos diferencian entre sí. Miles de factores que nos parecen sobresalientes y que a nosotros como adultos somos los únicos a los que nos importan. Sin embargo hemos dejado olvidados poco a poco a aquellos que empiezan una vida de cambios y de problemas psicológicos, físicos y sexuales y que además de todo esto se encuentran integrados en la sociedad... los adolescentes.

Estos problemas vuelven a este grupo etario más vulnerable, ya que se encuentra en una transición y eso afecta de manera considerable la salud de los adolescentes en todos los aspectos, pero la salud física se vuelve primordial para este estudio, pues en la actualidad 12.32%¹ de los adolescentes de entre 13 y 18 años son portadores del VPH (Virus del Papiloma Humano); dicha estadística es alarmante por que se encuentra que cada vez son más los adolescentes contagiados por dicho virus y por ello es que surgió este estudio.

El presente trabajo expone un estudio descriptivo sobre la relación que existe entre la salud sexual y reproductiva con respecto al VPH, compuesto por una muestra de 50 jóvenes adolescentes de entre 13 y 18 años pertenecientes a un grupo religioso de tipo cristiano situado en la Delegación Tláhuac perteneciente al Distrito Federal y una muestra de 50 jóvenes adolescentes con distintas religiones.

Dicho estudio se llevó a cabo a través de instrumentos (entrevistas) que permitieron obtener datos exactos y confiables. De esta manera se pudieron observar y analizar resultados de la población, los cuales aclaran muchas preguntas y hacen sin lugar a dudas que surjan muchas otras.

El estudio se realizó con la única finalidad de, saber si existe alguna diferencia entre una muestra de adolescentes pertenecientes a un grupo religioso de tipo cristiano y un grupo de adolescentes pertenecientes a diversas religiones con respecto a su salud sexual y reproductiva y el VPH.

Nos queda muy claro que la salud sexual y reproductiva es una parte fundamental en los seres humanos y que por derecho podemos decidir de qué manera ejercerla², sin embargo se pone en juego cuando tomamos decisiones acerca de ella. Dichas decisiones, si se encuentran bien fundamentadas nos pueden llevar a una vida saludable y responsable, de no ser así nos enfrentaremos a muchos problemas de salud que conocemos pero no del todo o que simplemente ignoramos que existan.

CAPÍTULO I

BIOLOGÍA DEL VPH

La definición más importante del virus es aquella que lo define como: “Entidad estrictamente celular y potencialmente patogénica con una fase infecciosa y, que posee: Un solo tipo de ácido nucléico, incapacidad de crecer y reproducirse por fisión binaria y es carente de enzimas para producir energía”³.

Años después se definió lo siguiente: “Los virus son entidades cuyo genoma son elementos de ácido nucléico que se replican dentro de células vivas usando la maquinaria de síntesis celular, determinando la formación de elementos especializados que permiten la transferencia del genoma viral a otras células”⁴.

El virus y su definición tienen diversos cambios en la historia ya que en la actualidad no se saben todas las características acerca de estos. Es por ello que se definió al virus como un genoma contagioso formado por un ácido nucléico y que lleva a cabo su replicación y transcripción dentro de las células vivas, teniendo así la capacidad de infectar a otras células⁴.

Los virus se consideran como un grupo de moléculas que contienen proteínas y ácidos nucléicos ADN o ARN. Estos se creían especiales por su tamaño que les permite penetrar a las células utilizando mecanismos que impiden la infección por otros agentes patógenos como las bacterias; además los virus se caracterizan por su incapacidad de reproducirse en medios externos a los corporales⁵.

Los virus tienen una característica muy significativa con respecto a otros agentes biológicos como es su ácido nucléico material genético (ADN o ARN). El material genético se encuentra envuelto por una cápside, puede estar formada por una gran cantidad de proteínas o bien sólo por un número determinado de ellas.

Estas proteínas identifican a los virus de la misma especie. Fuera de la cápside se unen glicoproteínas que sirven para completar el ensamble en nuevas partículas víricas infecciosas.

Los virus no contienen sistemas enzimáticos por lo que requieren para su replicación de la propagación y el mantenimiento de células animales, vegetales o bacterianas para cumplir su ciclo de reproducción, lo que define su característica como parásitos⁶.

A diferencia de lo que pasa en la multiplicación de las bacterias, hongos u otros microorganismos, los virus no aumentan de tamaño para su posterior división, sino que todo lo contrario el virus es desintegrado y después sintetizado en cada uno de sus componentes para después ser ensamblado, con esto me refiero a que los genes tempranos se expresan en las capas inferiores y los genes posteriores en las capas más superficiales, al completarse en su totalidad a este proceso se le da el nombre de replicación viral⁶.

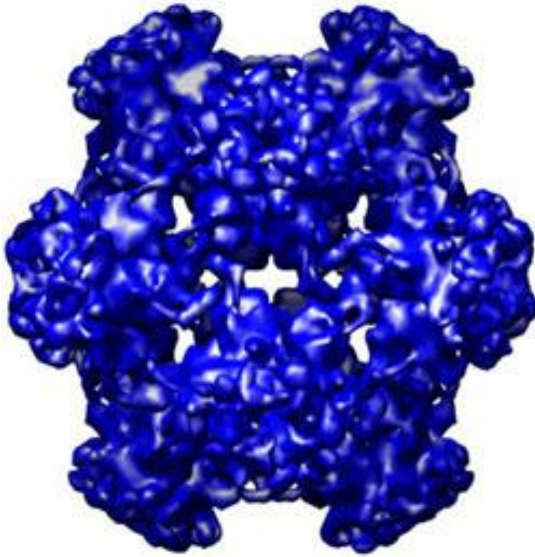
Existen diferentes tipos de virus, que por su estructura se clasifican en:

- **Icosaédrico desnudo (no envuelto)** poliovirus, adenovirus, virus hepatitis A
- **Helicoide desnudo (no envuelto)** virus del mosaico del tabaco, hasta ahora no se conoce ningún virus humano con estas características
- **Icosaédrico envuelto** herpes virus, virus de la malaria, virus de la rubella
- **Helicoide envuelto** rabdivirus, virus de la influenza, virus parainfluenza, virus de la parotiditis, virus del sarampión.
- **Complejo** poxvirus, virus de molusco contagioso.

A. Morfología de los virus

La morfología de los virus se ha estudiado fundamentalmente mediante microscopía electrónica, los virus tienen tamaños y formas diferentes, pero en general están formados por varillas rígidas o filamentos con forma de bacilos y esféricos (icosaédricos o poliédricos)⁷ que se pueden observar de manera física en la fig. 1.

Fig. 1



Cápside Papillomavirus 16 L1

Explorador de partícula de virus.

Rocha G.R., Lozano Z. P., Martínez L.Y., 2004, *Mecanismos de Patogenicidad e Interacción: Parásito-Hospedero*.
<http://www.revista.unam.mx/vol.13/num9/art96/art96.pdf>

Los virus de papiloma humano, están compuestos por una cápside proteica, conformada en un 95% por la proteína L1 y en un 5% por la proteína L2, las que se ensamblan para formar capsómeros heicosaédricos. Hacia el interior de la cápside se encuentra DNA circular de doble cadena de aproximadamente 8000 pares de bases, constituido por ocho genes y una región regulatoria no codificante, la que contiene sitios de unión para factores proteicos y hormonales del hospedero necesarios para que el virus pueda completar su ciclo de replicación. El genoma del VPH, lo conforman dos tipos de genes, aquellos que son codificados en las etapas tempranas de la infección, conocidos como genes E (del inglés *Early* = temprano), y aquellos que son codificados durante las etapas tardías del ciclo replicativo del mismo, conocidos como L (del inglés *Late* = tardío). Se conocen seis genes tempranos: E1, E2, E4, E5, E6 y E7 (aunque se considera

que E4 es en realidad un gene tardío), y dos tardíos: L1 y L2⁸. Los genes tempranos codifican proteínas involucradas en la replicación y regulación viral, así como en su capacidad carcinogénica. Por otro lado los genes tardíos codifican las proteínas estructurales que conforman la cápside viral.

Tabla 1. Características morfológicas de los virus

CARACTERÍSTICAS MORFOLÓGICAS DE LOS VIRUS

	ARN o ADN
	Cadena sencilla o cadena doble
	Segmentados o no-segmentados
Ácido nucléico	Linear o circular
	Si el genoma es de ARN de cadena sencilla
	Si el genoma es diploide (se encuentra en retrovirus)
	Morfología (icosaédrica, helicoide, compleja)
Estructura del virión	Envoltura o no
	Número de capsómeros (cubierta exterior de la proteína que protege al material genético del virus)

Rocha G.R., Lozano Z. P., Martínez L.Y., 2004, *Mecanismos de Patogenicidad e Interacción: Parásito-Hospedero*
<http://www.revista.unam.mx/vol.13/num9/art96/art96.pdf>

B. Descripción de los Papilomavirus

Los VPH, pertenecen a la familia *Papillomaviridae*, son virus sin envoltura, de 50 a 55 nm de diámetro, con cápsides heicosaédricas formadas por 72 capsómeros, con genoma de DNA bicatenario, con aproximadamente 7900 pares de bases. La organización del genoma de todos los virus del papiloma es similar y consta de una región temprana (E, del inglés early relacionada con el reconocimiento y la internalización del material genético) y una región tardía (L, del inglés late relacionada con la fase inactiva y con la proliferación del virus) y una región reguladora no codificadora corriente arriba (*upstream* regulatory region, URR)⁹.

El periodo de incubación de los VPH suele ser de tres o cuatro meses, con un rango que va desde un mes a dos años. La replicación de los VPH, se inicia con la infección de las células basales¹⁰.

Los virus del Papiloma Humano son un grupo muy grande que se conoce por tipos y existen más de 100 y de ellos más de 40 tipos que se transmiten de forma sexual e infectan al aparato reproductor femenino y masculino.

De los 40 tipos mencionados 15 tipos son considerados de alto riesgo, pueden ocasionar cáncer o ser cancerosos. Los tipos de alto riesgo son responsables de una gran proporción de carcinomas en cuello uterino, vulva, vagina, ano y pene.

C. Mecanismos de infección de trasmisión del VPH

El VPH se transmite de diversas formas, entre ellas: contacto sexual, contacto materno, directo o indirecto. La adquisición no sexual ocurre cuando el VPH entra en contacto con lesiones mediante la piel a través de secreciones o sustancias, contacto con piel contaminada; el contagio así mismo ocurre mediante el rascado, o durante el baño. La transmisión prenatal se ha sugerido, ante la presencia de lesiones por VPH en los infantes al momento del nacimiento¹¹.

Otros tipos de contacto genital en ausencia de penetración (contacto oral-genital, manual-genital y genital-genital) pueden causar una infección por el VPH, pero

esas vías de transmisión son menos comunes que la relación sexual con penetración.

Así mismo, el VPH es considerado como asintomático, debido a que no produce ningún tipo de molestia o **evidencia de su existencia**, aunque en algunos casos aparece el condiloma o verrugas lo que puede poner en alerta a la persona infectada¹². Dado que la persona infectada no presenta ningún síntoma, es mucho más fácil que se pueda infectar a otra.

El VPH, se detecta a través del diagnóstico más ampliamente usado para la detección del VPH es la citología, conocida como prueba del Papanicolaou. La prueba se desarrolla en células obtenidas de un raspado de la pared cervical, que son posteriormente colocadas en una laminilla, fijadas, teñidas y estudiadas al microscopio. La presencia de Coilocitos (célula característica de lesiones precancerosas cervicales) es el indicador de una infección por VPH, sin embargo el grado de avance de la lesión debe ser determinado por un estudio histopatológico.

El diagnóstico histopatológico de la biopsia permite diferenciar los estratos del epitelio cervical, detectando así el nivel de infiltración de las células infectadas, así como áreas de invasión.

La terminología utilizada en el diagnóstico citológico e histopatológico de las lesiones cervicales pre-malignas ha cambiado gradualmente. Lo que inicialmente se conocía como Displasia Leve corresponde a NIC1, de igual forma la Displasia Moderada corresponde a NIC2 y la Displasia Severa a NIC3, en la clasificación citológica del Sistema Bethesda la infección por VPH y la NIC1 han sido agrupadas como Lesiones Intraepiteliales Escamosas de Bajo Grado (LSIL por sus siglas en inglés), mientras que las NIC2 y NIC3 han sido designadas Lesiones Intraepiteliales Escamosas de Alto Grado (HSIL por sus siglas en inglés) que podemos observar en la tabla 2 la cual nos explica la clasificación del VPH y las lesiones asociadas.

Una vez que se establece el diagnóstico, se determina el tratamiento idóneo, mismo que debe de contemplar tres aspectos importantes a saber: 1) Ser específico y atacar directamente al agente causal de la enfermedad, según el tipo de VPH de que se trate, 2) Atacar de inmediato cualquier tipo de infección causada por VPH, desde una infección latente (asintomática), hasta una infección asociada 3) Estimular la respuesta inmune del paciente y generar memoria inmunológica contra los VPH.

El tratamiento para este tipo de infección se divide en dos:

- Curativos o controlados: Fluoruracilo (usado en condilomas acuminados), ácido tricloroacético (usado en cuello uterino y condilomas acuminados), imiquimod (crema para los condilomas), cidofovir (antiviral que inhibe la enzima ADN-polimerasa), acimux-T (controla las lesiones).
- Métodos quirúrgicos: Electrocirugía, asa diatérmica, congelación local y criocirugía.

D. Clasificación del VPH

Tabla 2. Clasificación del VPH

TIPO DE VPH	LESIÓN ASOCIADA
Cutáneos	
1,4	Verruca plantaris
2,4	Verruca vulgaris
3,10	Verruca plana
5,8,14,17,20	Epidermodisplasia verruciformis
7	Verrugas del carnicero
9,12,15,19,21-25,36,46,47	Epidermodisplasia verruciformis
41	Carcinoma de células escamosas cutáneas
Mucosos	
6	Condiloma acuminado
11	Papiloma laríngeo
13,32	Hiperplasia epitelial focal
16,18,31,33,35,45,51,52,56	NIC, Carcinoma de cérvix
30	NIC, Carcinoma laríngeo
39	NIC, Carcinoma de cérvix y pene
34,58	NIC
40	NIC, NIP
42	NIC, papiloma vulvar
43	NIC, hiperplasia vulvar
44	NIC, condiloma vulvar
54	Condiloma acuminado
55	Papulosis Bowenoide
57	NIC
59	NIV (Neoplasia Intraepitelial de la Vulva)

Caudillo Carlos, Cerna T.M, 2007, *Sexualidad y Vida Humana*, Universidad Iberoamericana.

FACTORES DE RIESGO

El VPH es una infección que puede ser adquirida por varios factores de riesgo. Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar el bajo peso (fuera de los límites establecidos), las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene¹³.

El VPH como cualquier otra infección de transmisión sexual se puede encontrar presente si se llevan a cabo conductas o factores de riesgo como son:

- Conducta sexual
- Poligamia
- Falta de uso del condón
- Supresión del sistema Inmunológico
- Uso prolongado de Anticonceptivos
- Desnutrición

La conducta sexual se considera como el principal factor de riesgo. Las investigaciones indican que el inicio de las relaciones sexuales (antes de los 20 años) tiene un factor de riesgo 2.9 veces mayor, y que tener varias parejas sexuales aumenta ese riesgo 2.2 veces¹⁴.

La promiscuidad sexual de hombres y mujeres constituye un factor de riesgo dado que en sus múltiples contactos sexuales se contagia y trasmite el virus a su pareja. En la población de prostitutas la frecuencia de infección por virus papiloma humano de alto riesgo (VPH tipos 16, 18, 31 y 58 son de alto riesgo oncológico) es hasta catorce veces más frecuente que en la población general¹⁵.

La falta de uso del condón también funge como causante del contagio del VPH, ya que si se tienen relaciones sexuales con una persona contagiada por dicho virus la

pareja se contagiara de manera automática. El uso de condón o preservativo previene hasta en un 90% de contagio de ITS¹⁶.

Hay factores genéticos o enfermedades como el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), uso de medicamentos o consumo de drogas que provocan la depresión del sistema inmunológico y predisponen al desarrollo del cáncer ano-genital y del cuello uterino cuando ocurre una infección por VPH¹⁷.

El uso prolongado de anticonceptivos se vincula también con la persistencia de infecciones provocadas por el VPH. Algunos estudios estiman que las mujeres que utilizan anticonceptivos orales por más de cinco años duplican el riesgo de contraer cáncer cervicouterino, y a que estos utilizan esteroides (estrógenos y progesterona) que regulan procesos fisiológicos como el desarrollo sexual, la reproducción, el metabolismo, etc. Sin embargo también son considerados como agentes cancerígenos si se aplican en grandes cantidades o a largo plazo.

Una dieta baja en antioxidantes, ácido fólico y vitamina C favorece la persistencia de la infección y la evolución de las lesiones intraepiteliales cervicales de primero, segundo y tercer grado del cáncer cervicouterino¹⁸.

FACTOR RELIGIOSO

La religión es un punto sumamente susceptible cuando se habla de Salud Sexual y Reproductiva, ya que existen muchos obstáculos para delimitar el campo a explicar en cada una de las religiones, pero sobretodo en las religiones mexicanas.

En este trabajo se considera a la religión como un conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto¹⁹.

En México, la familia, así como las instituciones educativas y las religiosas controlan a la conducta sexual a través de la vigilancia, el castigo y la estigmatización. En el proceso de socialización estos controles son internalizados como normas y se convierten en criterios de autorregulación¹⁹. El aumento en las relaciones sexuales premaritales y liberalización de las actitudes a lo largo del siglo XX sugieren que estos controles de la religión y la familia han perdido fuerza. No obstante, las variables religiosas siguen constituyendo predictores importantes de conductas y actitudes sexuales¹⁹.

En la actualidad, la estigmatización es el método más empleado por las religiones mexicanas. Esta ya no la emplea la institución religiosa sino que le pasa el poder de llevarla a cabo a la institución familiar.

En este caso, el adolescente puede ser juzgado o recompensado por sus acciones, de esta manera el adolescente corporeiza estas acciones y las vuelve parte de su identidad.

Ahora bien si lo que indica la institución religiosa como bueno lo podemos llevar a cabo sin ningún remordimiento y lo que se indica como malo es lo prohibido y que en este rubro se encuentra la Salud Sexual y Reproductiva, si los adolescentes llegaran a faltar o a violar algunas de las reglas se verá reflejado en el cuerpo en su estado físico a través de enfermedades y en su alma que cumplirá un castigo ejemplar.

Es por lo anterior que los adolescentes no pueden ejercer de manera libre y satisfactoria su derecho a la información, pero sobre todo a la salud.

Lo anterior favorece, entonces, a un aumento en el contagio de VPH así como de otras ITS, ya que la ignorancia y el control de esta es de vital importancia para diversas religiones mexicanas, obteniendo así que los creyentes se mantengan bajo un régimen de conducta que califica a la institución religiosa y que caracteriza a los creyentes de la misma. Asegurándose de esta manera que las generaciones siguientes mantendrán el mismo régimen y mantendrán el dogma. Es por este

motivo que la religión se vuelve un factor social que se relaciona directamente con la salud sexual y reproductiva y sus vertientes.

EPIDEMIOLOGÍA

El estudio del VPH en México y en otros países constituye un avance importante para la ciencia médica y por ende para la población²⁰. Es por lo anterior que diversos estudios han establecido una ruta para el desarrollo del conocimiento en dicho tema, por ejemplo un estudio experimental en la universidad estatal de Nueva Brunswick, Nueva Jersey, Estados Unidos comprueba que el 43% de las mujeres se convirtió de VPH negativo en VPH positivas durante su periodo de estudios de 3 años²¹.

Otro estudio publicado en el 2005²¹ en México realizado por especialistas en el área de ginecología comprobaron que el conocimiento que se tiene acerca del VPH y su relación con el cáncer cérvico uterino es realmente bajo, esto considerando que se tiene un gran índice de mujeres con este tipo de problema y que los medios de comunicación y los educativos contienen la misma información esto delimitado a través del gobierno que es el que promueve tanto a la educación como a la difusión de información acerca de dicho virus y por lo tanto se dejan muchas lagunas acerca de este tema.

Un estudio, también realizado en México²² trato de ver la relación entre el VPH y el embarazo y se comprobó que el simple hecho de que la mujer embarazada piense que tiene algún tipo de cáncer le produce cierta incertidumbre, pero ésta es aumentada por la causa de que pueda crear algún prejuicio en contra del producto. El estudio llega a conclusiones, pero la más notoria fue la falta de conocimiento acerca del VPH y sus consecuencias, que sin lugar a duda producen una gran incertidumbre en la paciente.

Por lo anterior se recomienda realizar los estudios correspondientes para este tipo de pacientes, además de dar información acerca del VPH y su prevención, de esta manera se podría reducir la mortalidad en cuanto a muertes e infecciones por VPH. En este mismo contexto en Australia se incluyeron a 811 pacientes con una situación anormal en su citología y antes del parto encontraron una regresión minoritaria, pero después se dedujo una progresión del 7% a lesión intraepitelial de alto grado²³.

En Paraguay tomando como base a The Center for Disease Control and Prevention, Atlanta 2004²³ se realizaron estudios acerca del cáncer cérvico uterino relacionado a VPH en mujeres de la región comprobando la poca disminución, pero significativa al aplicar las técnicas de prevención como detección por medio de los estudios correspondientes, promoción primaria y secundaria, así también como la distribución efectiva de la vacuna del VPH. La prevención es la parte fundamental para todas las enfermedades en el mundo.

El contagio de VPH, es un problema de salud pública mundial. La tabla 3 muestra las principales causas oncológicas de muerte en nuestro país. Dentro de estas causas encontramos al cáncer del cuello uterino.

Tabla 3. Estadísticas de Mortalidad

CAUSA DE MUERTE	CASOS
Tumores malignos	34 204
De la mama	4 835
Del cuello del útero	4 036

INEGI. Estadísticas de Mortalidad. Fecha de actualización: Miércoles 21 de Abril del 2010 <http://www.inegi.org.mx/>.

Como podemos observar datos del INEGI, nos muestran que existen 4036 muertes por cáncer de cuello de útero al año, que son consecuencia del VPH.

Según la Secretaria de Salud²⁴, hasta hace unos años, a partir del año 2000 para ser exacto, la mayor incidencia de VPH, se encontraba en un grupo de hombres y mujeres de entre los 25 y 30 años de edad, ahora es desde los 15 hasta los 59 años de edad. Esto es debido a que cada vez se reduce mas la edad en que los adolescentes inician su vida sexual activa y el aumento en la edad en la que personas, en su mayoría mujeres de edad madura se relacionan con jóvenes y llevan una vida sexual activa con muchos factores de riesgo para el VPH .

De acuerdo con el IMSS, seis de cada diez parejas, tienen la posibilidad de haber contraído el virus en algún momento de su vida, pero lo desconocen²⁵.

En este mismo aspecto el INEGI y de acuerdo con la tabla 3, se informa que las dificultades con el uso, acceso o disponibilidad de métodos de protección entre los jóvenes incrementan su exposición a otra serie de enfermedades, como son las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), que en caso de no ser detectadas o tratadas a tiempo, pueden generar complicaciones a largo plazo. Según la tabla 4, entre el año 2005 y 2010, la candidiasis urogenital y el Virus del Papiloma Humano (VPH) son las afecciones de mayor incidencia en jóvenes de 15 a 24 años, siendo más alta entre los jóvenes 20 a 24 años; no se observa tendencia clara de disminución, lo que es preocupante, pues es precursora de lesiones que pueden terminar malignizándose²⁶.

Tabla 4. Incidencia de infecciones de transmisión sexual en población de 15 a 24 años por grupos de edad según tipo 2005-2010

Por cada mil habitantes para cada grupo de edad.

ITS	CE-10	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Población de 15 a 19 años							
Candidiasis Urogenital	B73.3-B73.4	220.16	216.03	204.45	206.96	223.29	240.05
Chancro blando	A57	0.55	0.48	0.51	0.48	0.66	0.55
Herpes genital	A60.0	1	1.09	1.15	1.18	1.56	1.64
Sífilis adquirida	A51-A53	2.4	2.59	3.23	3.04	2.68	2.32
Virus del Papiloma Humano VPH	S/C	9.88	10.11	8.7	11.48	12.67	12.32
Población de 20 a 24 años							
Candidiasis Urogenital	B73.3-B73.4	641.66	610.06	556.14	520.74	519.05	545.2
Chancro blando	A57	1.21	1.44	1.21	1.07	0.77	0.75
Herpes genital	A60.0	2.77	3.04	3.4	3.28	3.63	4.25
Sífilis adquirida	A51-A53	4.73	5.28	5.7	5.72	4.8	4.49
Virus del Papiloma Humano VPH	S/C	34.62	32.02	31.01	33.81	37.99	35.44

<http://ri.biblioteca.udo.edu.ve/bitstream/123456789/2227/1/31%20Tesis.%20QW9%20D111.pdf>

CAPÍTULO 2

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

El concepto de salud sexual y reproductiva es definido por el Fondo de Población de Naciones Unidas como un Enfoque Integral para analizar y responder a las necesidades de hombres y mujeres respecto a la sexualidad y la reproducción²⁷.

Desglosando sus dos componentes podemos definir a la salud reproductiva como un “Estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedad, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y sus procesos. Entraña además la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria, y de procrear y la libertad de hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia”. Además establece como objetivo de salud sexual “El desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento en materia de reproducción y enfermedades de transmisión sexual”²⁸.

Los principales componentes de la salud sexual y reproductiva son:

- Servicios de información, asesoramiento, educación y comunicación en materia de anticoncepción y salud reproductiva.
- Educación y servicios de educación prenatal, partos sin riesgo y posparto.
- Cuidados de salud para las y los recién nacidos.
- Acceso a métodos anticonceptivos modernos y seguros.
- Información y tratamiento para la ITS.
- Servicios de aborto seguro y tratamiento por posibles complicaciones.
- Prevención y tratamiento apropiado de la infertilidad.
- Información, educación y asesoramiento sobre la sexualidad, salud reproductiva y maternidad y paternidad responsable.
- Su ámbito de actuación tiene que hacer especial énfasis en la población juvenil.
- Así como garantizar la participación de las mujeres en la toma de decisiones en los servicio de salud sexual y reproductiva.

- Y procurar servicios de prevención y atención en materia de violencia de género.

Este enfoque además garantiza derechos en salud sexual y reproductiva como son:

Todas las personas del país independientemente de su clase social, sexo, identidad genérica, práctica sexual, etnia y edad gozan del derecho a:

- a. Obtener información y orientación completa, veraz y suficiente sobre su cuerpo, sus funciones y procesos reproductivos expresados en términos sencillos y comprensibles para que puedan tomar decisiones y favorecer el auto- conocimiento.
- b. Disfrutar de una vida sexual saludable y placentera, libre de discriminación, coacción o violencia.
- c. Ejercer su preferencia sexual, libremente y sin sufrir discriminación, coacción o violencia.
- d. Elegir si tener o no tener hijos y con quien tenerlos, el número de hijos y el espaciamiento entre sus nacimientos.
- e. Acceder a una atención gratuita e integral de la salud sexual y reproductiva.
- f. Acceder a métodos anticonceptivos seguros, asequibles y de calidad y elegir el que más se adapta a sus necesidades, criterios y convicciones.
- g. Obtener los métodos anticonceptivos en forma totalmente gratuita.
- h. La intimidad, igualdad y no discriminación en la atención de la salud sexual y reproductiva.
- i. Recibir una educación sexual integral, conforme a derechos e información veraz, adecuada a los niveles de desarrollo de las personas.

Estos derechos están protegidos por nuestra Constitución Nacional (arts. 19 y 33) y los tratados internacionales que la integran: la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (arts. 10, 12, 14, 16 y 24), el Pacto Internacional

de los Derechos Civiles y Políticos (arts. 2, 3, 7, 9, 17, 18, 19, 26), el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (arts. 2, 3, 12 y 13), la Convención Americana de Derechos Humanos (arts. 5, 7, 11, 12, 13), la Convención de los Derechos del Niño (arts. 2, 3, 12, 13, 14, 16, 19, 24 y 28), la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, (Artículo XI) y Declaración Universal de Derechos Humanos (Artículo 25.1). También están protegidos por la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la Mujer (arts. 3, 4, 6, 7, 8)²⁹.

Las Normas Oficiales Mexicanas también se ven involucradas directamente en este rubro, ya que son las encargadas en establecer especificaciones y procedimientos para garantizar que los servicios y derechos se cumplan en el territorio mexicano. Las normas con respecto a la Salud Sexual y Reproductiva promulgan lo siguiente.

Las Normas Oficiales Mexicanas (NOM)

El Ejecutivo a través de la Secretaría de Salud ha expedido NOM vinculadas directamente con los derechos sexuales, como lo son³⁰:

- La NOM-010-SSA2-1993 para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana, publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 21 de junio de 2000, cuyo objeto es uniformar los principios y criterios de operación de los componentes del Sistema Nacional de Salud, respecto a las actividades relacionadas con la prevención y control de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en virtud de que constituye, por su magnitud y trascendencia, un grave problema de salud pública.
- La NOM-016-SSA1-1993, establece las especificaciones sanitarias de los condones de hule látex, publicada en el DOF el 8 de septiembre de 1994.
- La NOM-035-SSA2-2002, sobre la prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer, criterios para brindar la atención médica, publicada el 18 de septiembre de 2003.
- La NOM-039-SSA-2002 para la prevención y control de las infecciones de transmisión

sexual publicada en el DOF el 13 de junio de 2003, tiene por objeto establecer y uniformar los procedimientos y criterios de operación de los componentes del Sistema Nacional de Salud, para la prevención y el control de las infecciones de transmisión sexual.

En materia de derechos reproductivos:

- La norma NOM-005-SSA2-1993, publicada en el DOF el 30 de mayo de 1994, sobre los servicios de planificación familiar, misma que fue modificada y aclarada en 2004, contiene disposiciones generales y especificaciones técnicas para la prestación de los servicios de planificación familiar e incluye tanto la selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos, como la identificación, manejo y referencia de casos con esterilidad e infertilidad³¹.

- La NOM-007-SSA2-1993, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, publicada en el DOF el 6 de enero de 1995.

- La NOM-095-SSA1-1994, establece las especificaciones del dispositivo intrauterino “T” de cobre modelo 380a, publicada en el DOF el 28 de mayo de 1996.

Actualmente cuando alguno de estos derechos o normas son violadas o restringidas se cumple con un castigo establecido por la ley, sin embargo los adolescentes no denuncian este tipo de delitos aun que los identifiquen, ya que en su mayoría los adolescentes se encuentran inmersos en su círculo social y les resulta casi imposible detectarlo.

Los problemas de salud sexual y reproductiva son la principal causa de morbilidad y mortalidad para mujeres en edad fértil. Según datos de la OMS, en 2009, 536.000 mujeres murieron durante el parto, el 99% en países en desarrollo, y hubo 80 millones de embarazos no deseados³² esto se involucra directamente con la promoción de la salud.

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y SU INTERVENCIÓN EN EL VPH

La promoción de salud (P.S.), así como de sus modelos específicos permite que a través de su comprensión, se puedan explicar adecuadamente tanto resultados como la veracidad de este trabajo recepcional, pero para lograr lo anterior es necesario fragmentar y analizar a la P.S., y a sus corrientes para entender la intervención que le da a la enfermedad del VPH.

Como preámbulo de las contribuciones más notables y a lo más reciente en cuanto a la promoción de la salud (P.S.), es fundamental señalar que su desarrollo se inicia con un cambio transcendental del concepto de salud, gestado en los últimos cuarenta años. En 1984 comenzó el primer programa de promoción de la salud de la OMS, en el cual se definió a la P.S. como “el proceso de capacitar a las personas para que aumente el control sobre su salud y la mejore. Es una perspectiva derivada de una concepción de la salud, entendida como la capacidad de las personas y los grupos para, por un lado, realizar sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades y, por otro, adaptarse al entorno o modificarlo. La salud se considera así un recurso para la vida cotidiana, no el objetivo por el cual vivir. Es un concepto positivo que enfatiza los recursos sociales y personales, así como las capacidades físicas”³³.

Es así como surge la pregunta del ¿Por qué la promoción de la salud?, ante esta pregunta se encuentra que cuando la realidad, es decir, lo que sucede y observamos, no pueden explicarse según el paradigma vigente, se hace necesario buscar nuevos fundamentos científicos que permitan comprenderla. Se trata de un proceso largo y difícil que, una vez finalizada, traerá consigo que los profesionales cambien su visión, forma de trabajar y objetivos. Así mismo, pasará por situaciones intermedias en que convivirán los dos paradigmas, el viejo y el nuevo, en donde el viejo paradigma explicaba las diversas enfermedades, conflictos o problemas sociales de una manera determinada dependiendo al rubro al que pertenecieran es decir si una persona estaba enferma de cualquier padecimiento físico era el cuerpo el único que se enfermaba y a eso se le conocía como pérdida de la salud.

En cambio el paradigma actual implica que no sólo hay pérdida de salud física sino que además existen otros aspectos que nos determinan como saludables y dentro de estos se encuentran el aspecto psicológico, cultural, económico, social, etc. y que si perdemos cualquiera de estos nos consideramos como enfermos. Para algunos esto favorece tanto la confusión como el debate.

Lo anterior refuerza los problemas de salud que actualmente están fundamentados por enfermedades de siglos pasados y que se complementan con otros factores como los estilos de vida, forma de trabajo, ideologías, etiologías y nuevos avances biológicos³⁴. Todo esto, pero aún más, los estilos de vida conllevan a la aparición de nuevas enfermedades infecciosas y crónicas que están propiciando un aumento en la mortalidad en México, y que afectan a cualquier persona sin importar etnia, clase social, creencia, etc.

Por otro lado, la salud pública, en las últimas décadas se ha ocupado de identificar factores de riesgo o en otras palabras las variables que se consideran como riesgosas para una población con respecto a una enfermedad y que suelen ser las más comunes según datos estadísticos. Posteriormente su trabajo consiste en planificar e implementar programas dirigidos a modificar las conductas de las personas para llevarlas a situaciones con menor riesgo de enfermar, detectar precozmente las enfermedades y formular y administrar políticas sanitarias que son aquellas encargadas de que las condiciones, procesos y especificaciones sean las adecuadas para conseguir la mayor eficiencia posible de los servicios sanitarios que se ocupan de las enfermedades y de las cuales se ocupan las políticas públicas de salud³⁵.

Es importante mencionar que la P.S., no sólo va dirigida a un grupo específico de enfermos, si no que va dirigida a toda la población en su conjunto, esto con la idea de que no todos los determinantes de la salud son diversos, es decir que podemos encontrar similitudes en cuanto a determinantes y de esta manera podemos atacarlos con herramientas proporcionadas por la P.S., además de que los determinantes de la salud no todos dependen de los individuos, es por lo cual se plantea que se modifique la participación de las personas en cuestión de salud,

pretendiendo que se termine el protagonismo que institución y sociedad le ha brindado al sector salud, exigiendo así un compromiso para la modificación de la enfermedad.

La P.S. es una disciplina integrada por otras disciplinas y por esta característica, puede interactuar con ellas. Es por ello que nos permite ver, por su versatilidad, más allá de una sola postura del ser humano así como en sus alrededores, es decir, en su entorno social³⁶.

El papel del promotor de la salud en este modelo, es facilitar la capacidad de decisión de las personas sobre su propia salud y necesidades del individuo, pero para ello es necesario conocer de fondo al virus tanto en lo biológico, como en lo cultural y lo social, esto nos permitirá saber las proporciones del problema al cual nos enfrentamos y para eso nos basaremos en el marco referencial que enmarca el problema en general.

Con respecto a esto y nuevamente adentrándose al tema, sabemos gracias al estudio que se le ha dado al cuerpo y sus significados, que el cuerpo es la forma material de pertenecer al planeta y a los seres vivos, que está compuesto por diversos sistemas que le permiten estar con vida, pero no solo eso y es que la P.S. permite ver más allá pues nos dice que está formado por los factores psíquicos y socio-históricos que lo rodean³⁷.

En la actualidad este concepto que se tiene del cuerpo se ha ido deformando e incluso devaluando por los estilos de vida, por el entorno socio-histórico, pero sobre todo por las decisiones que nosotros como individuos responsables tomamos hacia él, pues nosotros somos los dueños de nosotros mismos.

Ahora ¿Qué somos nosotros en la vida? Esta pregunta surge con la única finalidad de reflexión para nosotros mismos y el concepto en el cual nos posicionemos, pues hemos de entender que somos lo que nuestro entorno quiere que seamos por lo que para responder esa pregunta considero que no hay más que poner el ejemplo de una telenovela y a los actores que intervienen ella, actores que se envuelven en una trama social, con la única diferencia de que no todo termina con

un final feliz y que en la realidad la decisión que tomemos sobre de nosotros afectara directamente a nuestra persona, tomando o definiendo a la persona como un conjunto de elementos formados por una materia llamada cuerpo, y por un sin fin de simbolismos que tomamos de nuestro entorno y forman una parte simbólica importante en nuestras vidas cotidianas que muchas veces termina por perdersos.

Las apariencias como, ya se mencionó sin nombrarlas por su nombre, tiene un gran peso en la sociedad, en todos los círculos sociales, en todos los grupos etarios, en todas las instituciones, en todos lados, no nos podemos deshacer de ellas y es que no es que sean una enfermedad, pero si actúan como una, ya que afectan nuestra forma de vestir, de actuar, de ser, pero sobretodo y aún más desilusionante para nosotros mismos de pensar, ya que juegan con nuestra mente haciéndonos caer en una posición del “deber ser” y omitiendo realmente lo que somos. Estos conceptos los manejo de esta manera ya que los modelos de estilos de vida y socio-histórico integran estos cambios y pretenden explicarlos según la actualidad que se viva.

En la actualidad existen algunas personas que aún se resisten a estos cambios de pensamiento, actitud o incluso decisiones acerca de nosotros mismos y que en este mismo sentido se han vuelto imposiciones para agradar a los demás. Los adolescentes modifican algunos de los aspectos de su persona, y ahí comienza la transformación y es evidente por la gran fuerza social que tienen las apariencias en nuestra vida.

Las apariencias en la actualidad y principalmente en los adolescentes se vuelven en lo único para la aceptación social. Estas se adaptan a cualquier aspecto de nuestra vida como la vestimenta, la cultura, gustos musicales, ideologías, etiologías y como punto central para la investigación, la sexualidad.

Otra necesidad que surge de todo lo anterior son los estereotipos que se establecen únicamente como una imagen física, esta destituye y olvida rápidamente al aspecto moral o de pertenencia. Los estereotipos para el grupo de estudio, junto con las apariencias son de gran importancia, ya que sin ellos el

sentimiento de pertenencia no existe y se sienten excluidos de su entorno o grupo social afectando así su estado interno.

Es importante considerar que en esta edad el adolescente no solo cuenta con cambios físicos, sino que además hay cambios internos, cambios de actitud. Están formando a su nuevo yo el que vivirá con ellos durante toda su vida, es por ello que no pueden equivocarse (o al menos eso creen ellos) y tomar el “mejor ejemplo” de vida³⁸. Con esto no solo se satisfacen a sí mismos, si no a los demás, pero con mayor importancia y jerarquía a los demás.

El entorno es un monstruo que no pueden combatir los adolescentes de una manera razonable y menos en su momento de cambio, ya que depende mucho de su entorno el tipo de personas que serán, es decir la institución a la que pertenezca, ya hablemos de familia, iglesia, escuela, club, etc., tiene una serie de reglas que no se pueden violar y estas aunque no se vean se corporeizan y las personas actúan de acuerdo a lo que requiere la institución. Es aquí un momento de gran importancia pues se van reafirmando los telares del deber ser y el ser.

Las conductas arraigadas en las instituciones por años se vuelven costumbres o hábitos donde se establecen relaciones de poder (modelo socio-histórico) y es más que evidente en el adolescente que pierde autoridad dejando de lado sus deseos o necesidades para poder integrarse al grupo y no ser juzgado. Este sentimiento poco a poco se vuelve una necesidad que se satisface por sí sola, es decir es involuntaria (modelo estilo de vida).

Las conductas que se han mencionado se ven modificadas según las clases sociales, de la misma manera se trata al cuerpo es decir las clases sociales más bajas expresan relaciones de poder muy determinantes, es decir las instituciones alrededor del adolescente pretenden limitar un desarrollo inadecuado de comportamientos o aptitudes. De esta manera el adolescente pretende expresarse sus dudas y miedos a través de su cuerpo, exponiendo a este en mayor medida.

En cambio en las clases más prodigiosas sus relaciones de poder son menos determinantes pero el cuidado de su cuerpo es mayor. Esto se ve vinculado con

sus medios económicos y culturales, claro que existen casos en donde estos factores no importan y se expone al cuerpo en el mismo nivel que en las clases menos privilegiadas. En la actualidad los adolescentes adoptan conductas de clases más altas cuidando y descuidando su cuerpo físico, aminorando las relaciones de poder y esto conlleva a un engaño masivo para el adolescente y para el grupo social al que pertenece³⁹.

El día de hoy contamos con un término para este tipo de conductas sociales y que es más común para todos lo conocemos como narcicismo, esta actitud viene a remover un estado completo de bienestar en donde diversos factores influyen para que el individuo se sienta conforme consigo mismo aunque sea por lapsos cortos de tiempo.

Lo anterior nuevamente retoma la situación en que el cuerpo para el adolescente es un objeto y lo utiliza como medio para reafirmarse con los demás y de esta manera así mismo. Sin embargo este propósito se hace cada vez más difícil, ya que el contexto social pone muchas condiciones para todos los grupos sociales y si las personas o en este caso los adolescentes son de las clases sociales más excluidas les toca fabricarse a sí mismos aun que renuncien a ellos, nos referimos a lo siguiente se construyen un falso yo lleno de todas las apariencias necesarias para integrarse a su círculo social (modelo socio-histórico) y al mismo tiempo renuncian a las costumbres, a sus bienes , a sus familiares, pero sobre todo a sus decisiones racionales de sí mismos y de otros como en la sexualidad (modelo estilos de vida), sin importar ningún costo.

Ahora bien, como al adolescente parece no importarle su cuerpo en cuestiones de salud física interna, pero si le preocupa su salud física externa y como sólo utiliza su cuerpo para satisfacer a los demás y así mismo, este entra en un juego de aventura y riesgo en donde no le importa la cantidad de diversos factores problemáticos que tenga que enfrentar si logra o alcanza la satisfacción.

La exposición de su “cuerpo” a diversos riesgos provoca un placer inconmensurable en donde él se demuestra así mismo una aceptación dentro de

su grupo etario, pero además correspondiente con las características con dicho grupo, porque se ha de mencionar que los adolescentes que no se muestran como la mayoría son rechazados incluso violentados por no poseer a estas características.

El mayor problema en esta etapa no es el estereotipo, no son las apariencias, no es la modernidad, ni las relaciones de poder, es el cuerpo, es la presencia y como es mal tratado este e incluso perdido, ya que la salud es parte fundamental para que ellos realicen todas sus apariencias y estereotipos, porque con un cuerpo sin salud no lograrían nada y es por ello que el interés acerca de este tema aumenta, pues resultados de la cotidianidad han arrojado una necesidad enorme de un cuerpo sin salud pues lo exponen al máximo sin ningún tipo de premura provocando así una falta de consolidación en el deber ser y el ser⁴⁰.

Es de suma importancia que al localizar todo lo relacionado a lo interno y externo que afecte directamente al sujeto se puedan llevar a cabo medidas preventivas y de promoción de la salud. Para ello hay que saber diferenciarlas del todo porque se puede llegar a caer en la delgada línea de la confusión y ocasionar un retroceso en el individuo y no un avance.

Por lo anterior se diferenciarán una de la otra y para comenzar se tendrá que decir que la P.S., difiere de la prevención de la enfermedad (PE), fundamentalmente en el objeto o foco para las intervenciones: para la primera es lo que se considera “lo saludable” y para la segunda la enfermedad y los riesgos de enfermar. De otro lado, la P.S. se dirige principalmente a la población y la PE más al individuo; la P.S., busca influir en la interacción de grupos y ambientes, o sea en la situación en que vive la gente, en la interacción de factores causales⁴¹.

El objetivo de la PE, está enfocado en reducir los factores de riesgo y en las enfermedades, así como a proteger individuos y grupos contra riesgos específicos. Mientras que los objetivos de la PS, son actuar sobre los determinantes de la salud que son aquellos que nosotros elegimos o se nos impone y debemos adoptar como saludables. Estos se pueden modificar de acuerdo a nuestras

necesidades. De esta manera crearnos las llamadas opciones saludables, para que la población pueda acceder a ellas.

Es así como la promoción de la salud, ha unido los esfuerzos de todos los actores sociales y productivos, para lograr producir más salud, no implica el desconocimiento de las responsabilidades de la persona en su nivel individual para con su salud y la de los demás, pero prima el trabajo con las comunidades mediante nuevos modelos los cuales son³³:

- **Modelo hegemónico-preventivista:** Este modelo está relacionado con conductas aprendidas por parte del individuo, las cuales están enfocadas principalmente a la salud física en donde todo tiene una causa y consecuencia, es decir, si la conducta se realiza adecuadamente y en beneficio de la salud se previene una enfermedad, en cambio si no se realiza de manera adecuada, la consecuencia es un daño directo hacia la salud. Así mismo este modelo nos dice que las actividades están arraigadas a intervenciones médicas y a la detección precoz de enfermedades, además de que gozan de un prestigio, ya que utilizan métodos aceptados por el mundo científico, como la epidemiología y expertos de la salud.

En México se han cosechado éxitos importantes en salud pública, pero tiene el inconveniente de que se dirige a la enfermedad y no a la salud positiva, ignorando los factores sociales y ambientales, y así creando dependencia de los servicios sanitarios suprimiendo la capacidad de las personas para decidir sobre los temas de salud que les afectan.

- **Modelo estilos de vida:** Este modelo está relacionado íntegramente con los modos de vida, es decir, con las costumbres, bienes, tradiciones, que el individuo tiene arraigado desde su educación y que el mismo decide

tener a lo largo de su vida. Estas conductas pueden modificarse según el individuo deicida que tiene un beneficio.

Este modelo pretende que los individuos adopten conductas saludables, considerando que estas son clave para mejorar su salud, parten de la concepción de que la salud es propiedad de las personas y además consideran que las personas tienen capacidad para influir sobre la salud, olvidan que existen otros factores del entorno de los individuos en donde, aisladamente, ejercen escasa influencia. Se basan en métodos como campañas o medios de comunicación de masas, trabajo con grupos o consejo individual.

- **Modelo socio-histórico:** Este modelo reconoce la importancia socio-económica en la salud, y se centran en el ámbito político o ambiental. Pretende conseguir cambios en los aspectos económicos, sociales y de medio ambiente físico, por lo que algunos lo consideran como un planteamiento radical. Se basan en que las opciones de las personas vienen limitadas por las oportunidades que el entorno ofrece, para que estas sean equitativas y realistas, mientras que las opciones saludables deben ser asequibles (en termino de coste), y accesibles (por su disponibilidad).

Los profesionales de los servicios de salud se sienten con frecuencia ajenos a este planteamiento, ya que consideran que va más allá de sus competencias y dependen de otros ámbitos, de modo que carecen de formación necesaria para desarrollar las acciones de planificación, negociación, y mediación.

- **Modelo empoderante:** Este modelo tiene como propósito crear las condiciones para que el sujeto ejerza de manera autónoma en la invención del proyecto. Lo anterior tiene dos vertientes para el sujeto la identificación de los supuestos ocultos y la capacidad de transformación de supuestos e interiorizaciones.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

La incidencia del VPH es mayor que el adquirido por otro tipo de infecciones de transmisión sexual (ITS); ya que se propaga a través del contacto con alguna herida de piel contaminada, mediante una secreción, durante el juego sexual anal, oral o vaginal, a través de la maternidad y así mismo⁴². La mayoría de las personas menores de 30 años se infectan de manera transitoria, dicha infección puede considerarse “normal”, sin embargo su persistencia puede generar daños a la salud⁴³. El INEGI (Instituto Nacional Estadístico y Geográfico) señala en su portal que la incidencia de contagio por el Virus del Papiloma humano entre la población de entre 15 y 19 años es de 11.84, lo que coloca a esta infección de transmisión sexual entre las primeras de contagio.

Es por lo anterior, y bajo el considerando de que la población de jóvenes en México inicia su vida sexual cada vez a edades más tempranas (dato de INEGI), y que dentro de ellos, los que pertenecen a la población de religión cristiana en nuestro país, muestran “cierto” prejuicio y restricciones claras sobre la información sexual⁴⁴.

OBJETIVO

Determinar si los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva dependen de la pertenencia a un grupo religioso en particular, con la intención de proponer una propuesta preventiva para la atención de dicha población.

OBJETIVOS PARTICULARES

1. Diseñar los instrumentos necesarios para la obtención de la información requerida.
2. Validar por jueces los instrumentos diseñados.
3. Esbozar el diseño de una propuesta de intervención preventiva para la población objetivo.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿La salud sexual y reproductiva y el conocimiento del virus del papiloma humano dependen de la pertenencia a un grupo religioso de tipo cristiano?

Definición conceptual y operacional de variables.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Salud sexual y reproductiva

El concepto de salud sexual y reproductiva como ya se había mencionado en el Capítulo 2 es definido por el Fondo de Población de Naciones Unidas como un “Enfoque integral para analizar y responder a las necesidades de hombres y mujeres respecto a la sexualidad y la reproducción”⁴⁵.

Desglosando sus dos componentes podemos definir la salud reproductiva como un “Estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Entraña además la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”. Además establece como objetivo de la salud sexual “el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento en materia de reproducción y enfermedades de transmisión sexual”⁴⁶.

Por otro lado la salud sexual queda definida por la WAS (World Association For Sexology) como un “Estado de bienestar físico, psíquico, emocional y social en relación a la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un enfoque respetuoso y positivo hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como hacia la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para poder alcanzar y mantener la salud sexual, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y satisfechos”⁴⁶.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Salud sexual y reproductiva: Puntaje obtenido en un instrumento de medición sobre conocimientos de salud sexual y reproductiva de acuerdo a los rubros establecidos como de bienestar en la definición conceptual de salud sexual y reproductiva.

TIPO DE LA INVESTIGACIÓN

Se trata de una investigación de tipo descriptivo transversal *expostfacto* con grupo control formado por una muestra de 50 sujetos de entre 13 y 18 años de edad pertenecientes a diversas religiones, dado que lo que se pretendió medir son las características que sobre un conjunto de variables muestra un conjunto de sujetos⁴⁷. Asimismo, el estudio asume una característica cuantitativa, dado que con esta es posible recolectar y analizar los datos para responder preguntas de investigación y probar hipótesis previamente hechas. Al mismo tiempo establecer patrones de comportamiento en una población⁴⁸.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se determinó emplear un diseño de investigación no experimental, pues no se manipularía de manera intencional ninguna variable. Lo que se pretendía era observar un fenómeno en su estado natural para después analizarlo. Asimismo, el diseño de investigación se considera transversal, pues la medición de la variable se realizó en un solo momento⁴⁹.

TIPO DE MUESTREO

Se eligió un muestreo por juicio, porque a través del conocimiento y la opinión personal, basada en la experiencia del investigador, se identifican los elementos de la población que van a formar parte de la muestra. Una muestra seleccionada por muestreo de juicio se basa en el conocimiento de la población por parte de alguien⁵⁰.

SUJETOS

La muestra quedó conformada por 100 sujetos de entre 13 y 18 años de edad. Cabe señalar que para efectos del estudio, se conformaron dos grupos: a) 50 sujetos pertenecieron a la institución religiosa cristiana “Príncipe de Paz”, residente en la delegación Tláhuac. Los otros 50 sujetos se eligieron de diversas escuelas públicas de nivel medio superior. Los criterios de inclusión a los grupos fueron:

- para grupo A (muestra “Príncipe de Paz”) la cual perteneciera a la religión cristiana y que tuvieran entre 13 y 18 años de edad.
- para el grupo B que tuvieran entre 13 y 18 años de edad.

INSTRUMENTOS

Instrumento 1

El instrumento está conformado por 19 preguntas abiertas las cuales se clasifican por las siguientes categorías:

- A. Datos socio-demográficos: Estos contiene datos como edad, sexo, estado civil, trabajo, salario al mes, escolaridad, religión, frecuencia en la asistencia a la iglesia y el hábito de fumar.

B. Servicios de salud: Los datos que contiene este rubro son acerca de si cuenta con servicios de salud, cual institución de seguridad social presta estos servicios y el medio por el cual se obtuvo información sobre la sexualidad.

C. Salud Sexual y Reproductiva: En este apartado encontramos preguntas acerca de si se lleva a cabo una vida sexual activa, la edad a la que se comenzó a ser sexualmente activo, cuantas parejas sexuales han tenido, utilización de métodos anticonceptivos, el tipo de método anticonceptivo, la utilización de métodos anticonceptivos por parte de la pareja y qué tipo de método utiliza.

El instrumento número 1 fue validado por jueces. Los jueces fueron docentes de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, (UACM) Plantel San Lorenzo Tezonco, cuyo campo de estudio es la sexualidad humana.

Instrumento 2

Este instrumento está formado por 16 preguntas de las cuales 3 son preguntas abiertas y 13 tienen respuestas opcionales relacionadas con el conocimiento sobre el VPH. Este al igual que el instrumento anterior fue validado por los mismos jueces.

PROCEDIMIENTO

Fase 1

Diseño de los instrumentos: Para el diseño se procedió a ubicar y analizar artículos de investigación que estuvieran relacionados con el tema. Una vez obtenida la información se procedió a redactar las preguntas abiertas del primer instrumento. Para el segundo instrumento se operó de la misma forma. Una vez que se contó con los dos instrumentos, estos se turnaron a dos profesores de la UACM del Plantel San Lorenzo Tezonco para su validación.

Fase 2

Elección de la muestra: La muestra se conformó por 100 sujetos de entre 13 y 18 años, los cuales 50 pertenecían a la institución religiosa cristiana “Príncipe de Paz”. Para poder realizar la investigación, se estableció contacto con el Pastor de la iglesia, a quien se le explicó el objetivo del trabajo para obtener su permiso. El mismo Pastor organizó la reunión con los fieles para que la sustentante procediera a la aplicación de los instrumentos.

Por lo que respecta al segundo grupo (control), fue formado por los otros 50 sujetos de entre 13 y 18 años en instituciones mixtas de educación media superior, de las que se obtuvo el permiso correspondiente por parte de los directivos. Quienes también se organizaron para el encuentro con la investigadora.

Fase 3

Aplicación de instrumentos: En el primer grupo se aplicaron los instrumentos de evaluación en la iglesia “Príncipe de Paz”. Al inicio de la sesión se les dio la bienvenida a los participantes. Posteriormente se dio una presentación a la población de interés para explicarles el objetivo de la investigación y el procedimiento de aplicación. Éste se realizó en aproximadamente dos hora dentro de las instalaciones de la iglesia. A los instrumentos se les identificó con un punto de color.

En cuanto al segundo grupo, la aplicación se llevó a cabo en un espacio prestado dentro de las diferentes escuelas. La aplicación tomó aproximadamente dos horas

Fase 4

Análisis de los datos: El análisis de los datos se realizó mediante tablas, debido a que las variables medidas estudiadas son de tipo cualitativo que pueden ser descritas una tabla de doble entrada, en las que en cada casilla figurará el número de casos o individuos que poseen un nivel de uno de los factores o características analizadas y otro nivel del otro factor analizado.

RESULTADOS

VARIABLE	GRUPO A	GRUPO B
EDAD	PM= 18 AÑOS 13 AÑOS= 4 8% 14 AÑOS= 4 8% 15 AÑOS= 3 6% 16 AÑOS= 6 12% 17 AÑOS= 14 28% 18 AÑOS= 19 38%	PM=18 AÑOS 13 AÑOS= 0 0% 14 AÑOS= 0 0% 15 AÑOS= 4 8% 16 AÑOS= 9 18% 17 AÑOS= 14 28% 18 AÑOS= 23 46%
SEXO	F=43 86% M=7 14%	F=31 62% M=19 38%
ESTADO CIVIL	CASADO=5 10% UNION LIBRE=3 6% SOLTERO=42 84%	CASADO=3 6% UNION LIBRE=2 4% SOLTERO=45 90%
TRABAJA	SI=16 32% NO=34 68%	SI=14 28% NO=36 72%
SALARIO MENSUAL	MENOS DE 500=1 2% 500 A 1000=4 8% 1000 A 1500=1 2% 1500 A MAS=10 20% NADA=34 68%	MENOS DE 500=0 0% 500 A 1000=1 2% 1000 A 1500=4 8% 1500 A MAS=9 18% NADA=36 72%
ESCOLARIDAD	PRIMARIA=4 8% SECUNDARIA=17 34% BACHILLERATO=29 58% LICENCIATURA=0 0%	PRIMARIA=0 0% SECUNDARIA=6 12% BACHILLERATO=41 82% LICENCIATURA=3 6%
RELIGION	CATOLICA=13 26% CRISTIANA=31 62% NINGUNA=6 12%	CATOLICA=45 90% CRISTIANA=0 0% NINGUNA=5 10%
ASISTENCIA A LA IGLESIA	FRECUENTEMENTE=28 56% RARA VEZ=13 26% NUNCA=9 18%	FRECUENTEMENTE=4 8% RARA VEZ=34 68% NUNCA=12 24%
SERVICIOS DE SALUD	SI=36 72% NO=14 28%	SI=44 88% NO=6 12%
INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL	IMSS=20 40% ISSSTE=4 8% SEGURO POPULAR=7 14% OTROS=9 18% NINGUNO=10 20%	IMSS=25 50% ISSSTE=7 14% SEGURO POPULAR=6 12% OTROS=3 6% NINGUNO=9 18%
INFORMACION SOBRE SEXUALIDAD	MAESTROS/ESCUELA=36 72% PADRES=5 10% AMIGOS=1 2% OTROS=5 10% NINGUNO=3 6%	MAESTROS/ESCUELA=30 60% PADRES=11 22% AMIGOS=2 4% OTROS=6 12% NINGUNO=1 2%
VIDA SEXUAL ACTIVA	SI=29 58% NO=21 42%	SI=34 68% NO=16 32%
EDAD DE INICIO DE VSA	DE 12 A 13 AÑOS=6 12% DE 15 A 18 AÑOS=23 46% NUNCA=21 42%	DE 12 A 13 AÑOS=6 12% DE 15 A 18 AÑOS=28 56% NUNCA=16 32%
PAREJAS SEXUALES	DE 1 A 2=23 46% DE 3 A 4=4 8% DE 5 A MAS=1 2% NINGUNA=21 42% OTRAS=1 2%	DE 1 A 2=25 50% DE 3 A 4=2 4% DE 5 A MAS=7 14% NINGUNA=16 32% OTRAS=0 0%
UTILIZACION DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	SI=19 38% NO=31 62%	SI=27 54% NO=23 46%
TIPO DE MÉTODO	CONDÓN=8 16%	CONDÓN=23 46%

	PASTILLAS=9 18% IMPLANTE=1 2% DIU=1 2% NINGUNO=31 62%	PASTILLAS=3 6% IMPLANTE=0 0% DIU=1 2% NINGUNO=23 46%
UTILIZACION DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (PAREJA)	SI=11 22% NO=39 78%	SI=19 38% NO=31 62%
TIPO DE MÉTODO	CÓNDON=11 22% PASTILLAS=1 2% NINGUNO=38 76%	CÓNDON=19 38% PASTILLAS=1 2% NINGUNO=30 60%
HAZ ESCUCHDO SOBRE EL VPH	SI=31 62% NO=19 38%	SI=40 80% NO=10 20%
SABES SI ERES PORTADOR	SI=3 6% NO=44 88% NO SÉ=3 6%	SI=2 4% NO=46 92% NO SÉ=2 4%
COMO SUPISTE SI ERES PORTADOR	PAPANICOLAOU=2 4% NO SABEN=48 96%	PAPANICOLAOU=2 4% NO SABEN=48 96%
RECOMENDACIÓN DE LA REALIZACION DEL PAPANICOLAOU	ENTRE LOS 16 Y 19 AÑOS=6 12% DESPUES DE LA PRIMERA RELACION SEXUAL=39 78% DESPUES DEL PRIMER NACIMIENTO DE UN HIJO=4 8% OTRA=1 2%	ENTRE LOS 16 Y 19 AÑOS=5 10% DESPUES DE LA PRIMERA RELACION SEXUAL=37 74% DESPUES DEL PRIMER NACIMIENTO DE UN HIJO=8 16% OTRA=0 0%
DEBEN PRACTICARSE RUTINARIAMENTE EL PAPANICOLAOU	SI=35 70% NO=15 30%	SI=36 72% NO=14 28%
TIEMPO QUE DEBEN DEJAR PASAR PARA HACERSE EL PAPANICOLAOU DESPUES DE UN RESULTADO NORMAL	6 MESES=22 44% 1 AÑO=25 50% 2 AÑOS=2 4% 3 AÑOS=0 0% OTRO=1 2%	6 MESES=14 28% 1 AÑO=30 60% 2 AÑOS=2 4% 3 AÑOS=4 8% OTRO=0 0%
PRIMERA CAUSA DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO	VPH=28 56% ANTECEDENTES FAMILIARES=15 30% TABAQUISMO=1 2% ESCASA HIGIENE PERSONAL=5 10% HERPES=1 2% CONSUMO DE PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS=0 0%	VPH=31 62% ANTECEDENTES FAMILIARES=12 24% TABAQUISMO=2 4% ESCASA HIGIENE PERSONAL=0 0% HERPES=0 0% CONSUMO DE PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS=5 10%
RELACION ENTRE VPH Y CANCER CÉRVICO UTERINO	SI=39 78% NO=11 22%	SI=41 82% NO=9 18%
EL VPH SE CONTAGIA POR	BUCAL=4 8% GENITAL=30 60% TODAS LAS ANTERIORES=4 8% SOLAMENTE ANAL, BUCAL Y GENITAL=11 22% ANAL=1 2% SANGUÍNEA=0 0%	BUCAL=0 0% GENITAL=0 0% TODAS LAS ANTERIORES=28 56% SOLAMENTE ANAL, BUCAL Y GENITAL=0 0% ANAL=4 8% SANGUÍNEA=18 36%
SE CONTAGIAN	LOS NIÑOS=6 12% LAS NIÑAS=3 6% LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS=2 4% LOS HOMBRES=15 30% LAS MUJERES=11 22% LOS HOMBRES Y LAS MUJERES=13 26%	LOS NIÑOS=0 0% LAS NIÑAS=0 0% LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS=2 4% LOS HOMBRES=19 38% LAS MUJERES=17 34% LOS HOMBRES Y LAS MUJERES=12 24%
SE PREVIENE EL VPH	SI=45 90% NO=5 10%	SI=47 94% NO=3 6%
VACUNA CONTRA EL VPH	SI=46 92%	SI=45 90%

	NO=4 8%	NO=5 10%
TODOS DEBEMOS PONERNOS LA VACUNA	SI=37 74% NO=10 20% NO RESPONDEN=3 6%	SI=37 74% NO=13 26% NO RESPONDEN=0 0%
SI ESTUVIERAS CONTAGIADO	ME ENCOMENDARIA A DIOS=8 16% SE LO DIRIA A MIS PADRES=4 8% SE LO DIRIA A MIS AMIGOS=2 4% SE LO DIRIA A MI NOVIO(A)=3 6% IRIA AL MEDICO=30 60% ME TOMARIA ALGUN REMEDIO=2 4% IRIA CON UN CURANDERO=1 2%	ME ENCOMENDARIA A DIOS=4 8% SE LO DIRIA A MIS PADRES=8 16% SE LO DIRIA A MIS AMIGOS=0 0% SE LO DIRIA A MI NOVIO(A)=1 2% IRIA AL MEDICO=37 74% ME TOMARIA ALGUN REMEDIO=0 0% IRIA CON UN CURANDERO=0 0%

Los porcentajes que se expresan en este apartado son sólo los más sobresalientes en cuanto a valor porcentual de cada variable y pregunta que conforman al instrumento 1 y 2. Es por ello que en su mayoría no suman el 100% de su totalidad.

Las tablas aquí mencionadas se pueden observar de manera completa en los anexos pertenecientes a este estudio.

Instrumento 1

A. Datos socio-demográficos

En cuanto a las variables socio-demográficas, los resultados alcanzados por la aplicación de los instrumentos (entrevistas) muestran que con respecto a la variable **edad** el grupo A presenta un porcentaje del 38% en los 18 años y un porcentaje del 6 % en los 15 años. En comparación el grupo B presenta un 46% en los 18 años y un 8 % en los 15 años.

Así, podemos observar que el grupo B se ubican los sujetos de mayor edad, pero en el grupo A se encuentran adolescentes con menor edad participando (Tabla 1).

La variable **sexo** demostró en el grupo A tener un porcentaje del 86% de personas femeninas y un 14% de personas masculinas; el grupo B por su parte demostró un 62% de personas femeninas y un 38 % de personas masculinas.

Con esta información podemos analizar que en el grupo A se encuentra un mayor número de mujeres, pero el grupo B con tiene un mayor número de hombres participando (Tabla 2).

La variable **estado civil** presento que, en el grupo A existe un 84% de personas solteras y un porcentaje del 6% de personas en unión libre. En cuanto al grupo B mostro un 90% de personas solteras y un 4% de personas en unión libre.

Dichos resultados nos permiten observar que en el grupo B existen más personas solteras que en el grupo A. Pero en un segundo momento de análisis también podemos observar que en el grupo A existen más personas en unión libre que en el grupo B (Tabla 3).

La variable **trabaja** presenta en los dos grupos similitudes. En el grupo A existe un 68% de personas que no trabajan y un 32% de personas que si trabajan; el grupo B presenta un 72% de personas que no trabajan y un 28% de personas que si trabajan.

Estos resultados se unen con la variable sexo ya que nos indica esta variable que en el grupo B se encuentra un mayor número de hombres y por ello es más común que en su mayoría trabajen. En comparación se encuentra el grupo A pues aquí se encontraba un mayor número de mujeres que de hombres (Tabla 4).

La variable **salario al mes** muestra en el grupo A un porcentaje de 68% que no perciben ningún tipo de salario y un porcentaje del 2% que perciben un salario menor a \$500 pesos mensuales. En cuanto al grupo B existe un 72% de personas que no reciben ningún tipo de salario y un 2% que reciben de \$500 a \$1000 pesos mensuales.

Estos datos nos permiten observar que en el grupo B existen más personas sin un salario mensual que en el grupo A, sin embargo en el grupo A observamos existe una mínima cantidad de personas que reciben menos de \$500 pesos mensuales (Tabla 5).

La variable **escolaridad** presenta en el grupo A un porcentaje del 58% de personas con una escolaridad media superior y un porcentaje del 8% de personas que estudiaron la primaria. En cuanto al grupo B este mostró un porcentaje del 82% de personas con un estudio de Bachillerato y un porcentaje del 6% de personas que tienen una carrera técnica o universidad.

Los datos nos permiten observar una mayoría de personas con bachillerato en el grupo B, así como también un alcance porcentual mínimo de personas que tiene una carrera técnica o universidad, situación inexistente en el grupo A (Tabla 6).

La variable **religión** muestra un porcentaje en el grupo A de un 62% de cristianos y porcentaje del 12% que no tienen ninguna religión y que se estaban apenas decidiendo por la cristiana. En el grupo B un 90% eran católicos y un porcentaje del 10% no tenía ninguna religión.

Los resultados no muestran que en efecto en el grupo A existen muchas personas cristianas, sin embargo las demás personas que conformaban el grupo aun no se

habían decidido de todo por pertenecer a dicha religión, pero si pertenecían a la institución. En cuanto al grupo B se mostró un porcentaje mucho mayor de personas pertenecientes a la religión católica que aquellas que no tenían ningún tipo de religión (Tabla 7).

La variable **asistencia a la iglesia** muestra que el grupo A en un 56% asiste frecuentemente a la iglesia o templo (como ellos lo llaman) y un 18% nunca asiste. El grupo B presenta un porcentaje del 68% que asiste rara vez a la iglesia y un 8% frecuentemente.

Estos resultados muestran que existe una relación entre asistir a la iglesia con regularidad y la práctica de una religión (Tabla 8).

B. Datos Salud

La variable **servicios de salud** se manifiesta en el grupo A en un porcentaje del 72% de personas que si tienen servicios de salud y un 28% que no cuentan con ellos. En el grupo B el 88% tiene servicios de salud y un 12% no cuentan con ellos (Tabla 9).

La variable **institución de seguridad social** muestra que en grupo A se presenta un porcentaje del 40% de personas que cuentan con los servicios de seguridad social del IMSS (Instituto Mexicano de Seguridad Social) y un 8% cuenta con ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado). El grupo B muestra un porcentaje del 50% de personas que cuentan con los servicios del IMSS y un 6% que cuenta con otro tipo de servicios.

Estos resultados nos permiten observar que la mayoría de la muestra del grupo B cuenta con los servicios del IMSS y son pocos aquellos que cuentan con otros o nulo servicio de salud, al contrario del grupo A en donde se encuentra una cantidad de personas que tienen otros servicios de salud o que no cuentan con ninguno de ellos (Tabla 10).

La variable **información sobre la sexualidad** presentó un porcentaje en el grupo A de un 72% que obtuvieron la información sobre la sexualidad por medio de maestros o la escuela y un 2% por medio de los amigos. El grupo B obtuvo un porcentaje del 60% que obtuvo la información por medio de maestros o la escuela y un 2% que no la obtuvo por ningún medio.

Los resultados obtenidos aquí demuestran que si bien la escuela o los maestros son la principal fuente de acceso a la información en torno a la sexualidad, en el grupo B existe un menor porcentaje de personas que no obtuvieron la información por los medios aquí propuestos, y que en el grupo A existe un porcentaje menor de personas en las que la información les fue otorgada por los amigos, lo contrario se presentó en el grupo B (Tabla 11).

C. Salud Sexual y Reproductiva

En cuanto a las variables Práctica Sexual, los resultados alcanzados por la aplicación del estadístico empleado muestran que con respecto a la variable **vida sexual activa** un porcentaje en el grupo A de 58% sí tiene vida sexual activa y un porcentaje del 42% que no la tiene. En un 68% el grupo B tiene vida sexual activa y un 32% no la tiene.

El análisis de esta variable nos permite distinguir que en el grupo B se encuentra la mayoría de las personas con vida sexual activa, en el grupo A sucede lo mismo pero en menor cantidad (Tabla 12). En este caso, podemos afirmar que hay una relación positiva entre el inicio de la vida sexual activa y no practicar ninguna religión.

La variable **edad de inicio de la vida sexual activa** (vsa) muestra los siguientes porcentajes: para el grupo A un 46% de personas que iniciaron su vsa entre los 15 a 18 años y un porcentaje del 12% a las personas que iniciaron su vsa de 12 a 14 años. En cuanto al grupo B 56% empezaron su vsa entre los 15 a 18 años y un porcentaje del 12% empezaron su vsa entre los 12 a 14 años.

Los resultados aquí obtenidos nos permiten observar, que si bien un mayor número de personas que iniciaron su vida sexual activa entre los 15 a 18 años se encuentran en el grupo B, la misma cantidad de personas en los dos grupos iniciaron su vida sexual activa la edad de 12 a 14 años (Tabla 13). Por lo tanto, el inicio de la vida sexual activa no depende de pertenecer al grupo religioso estudiado.

La variable **parejas sexuales** muestra para el grupo A un porcentaje del 46% de las personas que solo tiene de 1 a 2 parejas sexuales y un porcentaje del 2% que no contestó. El grupo B muestra un porcentaje de 50% de personas que tienen de 1 a 2 parejas y un 4% que tiene de 3 a 4 parejas.

Con estos resultados podemos dar a demostrar que la mayoría en los dos grupos tiene de una a dos parejas, sin embargo el grupo A mostró un porcentaje mayor de personas que tienen de 3 a 4 parejas (Tabla 14). El resultado de esta variable llama la atención, debido a que se asocia el mayor número de parejas sexuales a la pertenencia al grupo religioso.

La variable **utilización de métodos anticonceptivos** muestra los siguientes porcentajes para el grupo A 62% no utiliza métodos anticonceptivos y un 38% si los utiliza. Un 54% en el grupo B si utiliza métodos anticonceptivos y un 46% no los utiliza.

Dichos datos nos permiten analizar que el grupo A no utiliza tanto los métodos anticonceptivos como el grupo B ya que es en este en donde se concentran la mayor cantidad de datos (Tabla 15). Así, se observa que el pertenecer al grupo religioso obstaculiza el uso de métodos anticonceptivos según sus datos porcentuales.

La variable **tipo de método**, refiriéndonos a los métodos anticonceptivos, pone al grupo A con los siguientes porcentajes el 62% para ningún tipo de método y el 2% para las pastillas y el Dispositivo Intra-Uterino (DIU). Al grupo B con el 46% para ningún tipo de método y con el 2% para el DIU.

Los resultados muestran que en el grupo A es donde más se concentra la población para la no utilización de métodos anticonceptivo (Tabla 16).

Para la variable **utilización de métodos anticonceptivos (pareja)** muestra que para el grupo A el porcentaje es de 78% no y 22% si. En el grupo B el porcentaje es de 62% no y 38% si (Tabla 17).

La variable **tipo de método** muestra los porcentajes para el grupo A 76% ninguno y 2% pastillas. En cuanto al grupo B el porcentaje es de 60% ninguno y 2% pastillas.

El análisis de dichos resultado muestra que la mayoría de las personas que no utilizan ningún tipo de método están localizadas en el grupo A y en el grupo B utilizan más el condón (Tabla 18).

Instrumento 2

D. Conocimiento sobre el VPH

En cuanto al Conocimiento sobre el VPH (Virus del Papiloma Humano), los resultados alcanzados por la aplicación del estadístico empleado muestran que con respecto a la pregunta **has escuchado sobre el VPH** el grupo A en un 62% dijo que si y en un 38% dijo que no había escuchado sobre el VPH. El grupo B cuenta con un porcentaje del 80% de personas que si han escuchado acerca del VPH y un 20% dijo que no.

Con respecto a estos porcentajes se puede analizar que en efecto la mayoría de las poblaciones ha escuchado acerca del VPH, sin embargo se encuentran más personas en el grupo B (Tabla 19), por lo que se observa que entre el grupo religioso existe cierta ignorancia sobre el VPH.

La pregunta **sabes si eres portador de VPH** contestaron los siguiente en el grupo A un 88% dijo no ser portador y un 6% dijo sí saberlo y otros no saberlo. En el grupo B el 92% dijo no ser portador y un 4% si saberlo y otros no saberlo.

Los resultados aquí fueron muy similares ya que en los dos grupos se maneja el no ser portador y los demás porcentajes fueron iguales para los dos grupos (Tabla 20). En este caso, la pertenencia o no al grupo religioso no se asocia con el conocimiento de si se es portador o no del virus.

La pregunta **como supiste que eres portador** para el grupo A muestra que un porcentaje de 96% no sabe si es portador, y un 4% que por medio del Papanicolaou se enteró de que es portador. El grupo B maneja exactamente los mismos porcentajes (Tabla 21). Aquí podemos ver que quienes se realizaron el Papanicolaou si pueden acceder al tratamiento.

Para la pregunta **recomendación de la realización del Papanicolaou** los porcentajes son los siguientes para el grupo A 78% dice que después de la primera relación sexual y un 2% dice que otra opción. Para el grupo B el 74% dice que se debe realizar después de la primera relación sexual y un 10% entre los 16 y 19 años de edad.

Los resultados muestran que en el grupo A se concentran la mayoría de las personas que creen que el Papanicolaou debe realizarse después de la primera relación sexual, sin embargo también existe una mínima cantidad de personas que creen deben realizárselo en otras circunstancias como la realización de esta prueba después del primer hijo o cuando cumplan la mayoría de edad. (Tabla 22).

La pregunta **deben practicarse rutinariamente el Papanicolaou** arroja los siguientes porcentajes para el grupo A 70% dice si a la práctica y 30% dice no. En el grupo B 72% dice si a la práctica rutinaria y el 28% dice no.

Analizando dichos datos los dos grupos muestran que sí se deben realizar rutinariamente el Papanicolaou, y es por ello que los porcentajes no se modifican drásticamente (Tabla 23).

Para la pregunta **tiempo que deben dejar pasar para hacerse el Papanicolaou después de un resultado normal** el grupo A tiene un porcentaje de 50% cada

año y un porcentaje de 2% otra opción. El grupo B tiene un porcentaje del 60% y uno del 4% cada dos años.

Con respecto a estos resultados indican que tanto el grupo A y el B se realizan la práctica cada año, sin embargo la mayoría de la población se concentra en el grupo B con dicha respuesta (Tabla 24).

La pregunta **primer causa del cáncer cérvico uterino** en el grupo A el porcentaje es de 56% dicen que el VPH y el 2% dice el tabaquismo y el herpes. El grupo B maneja un porcentaje del 62% para VPH y el 4% para tabaquismo.

El análisis de estos resultados arrojan que en los dos grupos se concentran la mayoría de la población en el VPH, pero en el grupo B existe un aumento de personas que piensan que el VPH es causa del tabaquismo. En este caso, podemos afirmar que ambos grupos si conocen la causa del Cáncer Cérvico Uterino (Tabla 25).

La pregunta **relación entre VPH y cáncer cérvico uterino** para el grupo A, el porcentaje es de 78% para sí y 22% para no. En cuanto al grupo B, 82% para sí y 18% para no.

Los resultados muestran que en efecto la población sabe que existe una relación entre el VPH y el Cáncer cérvico uterino, sin embargo es en el grupo B donde existe un mayor porcentaje de la población que lo relaciona. (Tabla 26).

La pregunta **el VPH se contagia por** cuenta con los siguientes porcentajes para el grupo A 60% quien dice que se contagia por vía genital y el 2% anal. Para el grupo B 56% para todas las anteriores refiriéndose a esto con genital y bucal y con un 8% por anal.

Los resultados expuestos en esta variable nos permiten observar que el grupo A cuenta con que se contagia por vía genital únicamente, pero el grupo B insiste en que existen otras formas de contagio. Como se puede observar, ambos grupos ignoran las vías de contagio del virus (Tabla 27).

Para la pregunta **se contagian** en el grupo A el porcentaje es del 30% para las mujeres y un 4% para los niños y niñas. Para el grupo B el 38% dicen que las mujeres se contagian y 4% dicen que los niños y las niñas.

Con estos resultados es evidente que los dos grupos dicen que se contagian las mujeres pero lo afirma más el grupo B, ya que es aquí donde se sitúan la mayoría de la población de ese grupo. En esta variable ambos grupos demuestran que ignoran que cualquier persona puede contagiarse del virus. (Tabla 28).

La pregunta **se previene el VPH** para el grupo A el porcentaje es de 90% a la respuesta si se previene y un 10% a la respuesta no se previene. Para el grupo B 94% dice que si se previene y un 6% dice que no.

En estos resultados, los porcentajes no muestran mucha diferencia esto es, aunque los dos grupos se concentran en la respuesta positiva es el grupo B en donde se localiza a la mayoría de la población (Tabla 29).

Para la pregunta **vacuna contra el VPH** los porcentajes para el grupo A son los siguientes 92% para sí existe la vacuna y 8% para no. En cuanto al grupo B 90% dice si existe y 10% dice no existe la vacuna contra el VPH.

Los resultados muestran que en los dos grupos existe el conocimiento de que existe una vacuna contra el VPH, pero la mayoría de la población se concentra en el grupo A (Tabla 30).

La pregunta **todos debemos ponernos la vacuna** para el grupo A el porcentaje es el siguiente 74% dice si y el 6% no respondió. En cuanto al grupo B 74% dijo si a la aplicación de dicha vacuna y un 26% dijo no.

El análisis de estos resultados demuestra que la misma cantidad de personas tanto en el grupo A como en el B se podrían la vacuna contra el VPH. Sin embargo es en el grupo A donde existen personas que no respondieron a dicha pregunta. Aquí cabe señalar que la respuesta dada por ambos grupos es incorrecta, pues solamente las mujeres pueden aplicarse la vacuna (Tabla 31).

La última pregunta es **si estuvieras contagiado** para el grupo A el porcentaje fue del 60% acudiría al médico y el 2% iría con un curandero. El grupo B el 74% iría al médico y el 2% le diría a su novia o novio.

Los resultados aquí expuestos demuestran que **si estuvieran contagiados de VPH** en los dos grupos las personas acudirían al médico, pero es en el grupo B en donde existen la mayoría de las personas acudirían a este (Tabla 32).

ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación presento el análisis de los resultados expuestos en el apartado anterior.

A. Datos socio-demográficos

Con respecto a la edad, la mayoría de los sujetos de los dos grupos se ubica en los 18 años, son mujeres, solteras, no trabajan, y por lo tanto no perciben salario. Tienen una escolaridad de nivel bachillerato. Las diferencias se presentan en los dos grupos en cuanto a la religión. En el grupo A, todos son cristianos y asisten con regularidad a la iglesia, mientras que en el B en su mayoría son católicos, y rara vez asisten a la iglesia (si bien, la variable religión se refiere a la condición de pertenecía al grupo). Lo anterior tiene que ver con lo ya mencionado en el factor religioso del capítulo I, pues ahí se expuso que la familia, así como otras instituciones controlan como forma de poder y no sólo en el ámbito sexual sino hasta en la religión pues en el grupo B la gran mayoría son católicos, esto desde antaño es característico de México. Sin embargo en el grupo A se consideraron a todos como cristianos, ya que en primer lugar tienen una pertenencia a este grupo religioso de mucho tiempo. En segundo lugar aunque pertenecen a otras religiones o son ateos en ese momento de su vida están considerando cambiar de religión a la cristiana.

B. Datos Salud

Los dos grupos manifestaron que cuentan con servicios de salud en la mayoría de su población, y que estos servicios son brindados por el IMSS. Esto nos lleva a sostener que al menos estos grupos deberían contar con la información básica sobre sexualidad y salud reproductiva, situación que no se presenta en el estudio. Por ello valdría la pena preguntarse acerca de sus determinantes de la salud como el estilo de vida, la ideología, la psicología, etc.

La mayoría de la población en los dos grupos obtuvo la información sobre la sexualidad por medio de maestros o escuela.

Dudas que surgieron con respecto al VPH y al estilo de vida y todo lo que este término abarca, pusieron a pensar a la población sobre todo al grupo A. Ellos racionalizando en que toda costumbre puede o tiene que ver con diversas enfermedades, ya sean infecciosas o crónicas-degenerativas, realizan la pregunta: Si yo tomo o fumo, ¿puedo adquirir VPH? o ¿es más fácil que pueda adquirirlo?

Es difícil para la mayoría de la gente pensar que el alcoholismo y tabaquismo tienen alguna relación con el contagio del VPH, pero en el ámbito científico, está comprobado que el hábito de fumar o tomar bebidas alcohólicas, tiene un efecto que favorece a la infección de VPH. Un ejemplo de ello es el efecto nocivo del abuso en el consumo del alcohol que produce determinadas sustancias que actúan como oxidantes, elementos cuya acción constituye un mecanismo importante en la inducción de transformaciones malignas celulares⁵¹.

Pero el conocimiento anterior es poco conocido o inexistente para la mayoría de la población.

C. Salud Sexual y Reproductiva

La mayoría de la población en ambos grupos sí tiene vida sexual activa, la iniciaron entre los 15 y 18 años y tienen una pareja sexual – en México, en promedio la juventud inicia su vida sexual entre los 15 y 19 años⁵². En la utilización de métodos anticonceptivos es donde encontramos diferencias. El grupo A, el 62% no utiliza métodos anticonceptivos, y aquellos que los utilizan prefieren el condón. En el grupo B, el 54% sí utilizan métodos anticonceptivos, y el más usado es el condón. En este sentido, los datos para la muestra de sujetos cristianos coinciden con los siguientes porcentajes, en México se reporta una proporción global de uso efectivo del preservativo de 24.6%, en la muestra cristiana estudiada el porcentaje que usa condón es de 38%⁵³, por lo que cabe afirmar, que estos sujetos han procurado estar protegidos de ITS.

Esto se encuentra íntimamente relacionada con el capítulo 2 Salud Sexual y Reproductiva en donde los principales de componentes de la Salud Sexual y Reproductiva como son: Servicios de información, asesoramiento, educación y

comunicación en materia de anticoncepción y salud reproductiva, acceso a métodos anticonceptivos modernos y seguros, información y tratamiento para la ITS, especial énfasis en la población juvenil, así como garantizar la participación de las mujeres en la toma de decisiones en los servicios de salud sexual y reproductiva.

Lo anterior permite que los adolescentes lleven a cabo sus derechos como son: Obtener información y orientación completa, veraz y suficiente sobre su cuerpo, sus funciones y procesos reproductivos expresados en términos sencillos y comprensibles para que puedan tomar decisiones y favorecer el autoconocimiento, disfrutar de una vida sexual saludable y placentera, libre de discriminación, coacción o violencia, ejercer su preferencia sexual, libremente y sin sufrir discriminación, coacción o violencia, acceder a una atención gratuita e integral de la salud sexual y reproductiva, acceder a métodos anticonceptivos seguros, asequibles y de calidad y elegir el que más se adapta a sus necesidades, criterios y convicciones, obtener los métodos anticonceptivos en forma totalmente gratuita, la intimidad, igualdad y no discriminación en la atención de la salud sexual y reproductiva y recibir una educación sexual integral, conforme a derechos e información veraz, adecuada a los niveles de desarrollo de las personas.

Según la información obtenida parece que los adolescentes cumplen con sus derechos, sin embargo no se sabe hasta que límite o si los ejercen de manera satisfactoria y amplia.

Sobre la variable “Utilización de métodos anticonceptivos en la pareja”, ambos grupos afirman que la pareja no utiliza métodos anticonceptivos. Este comportamiento puede considerarse un factor de riesgo⁵³.

Como ya se había mencionado en el capítulo I en el apartado de factores de riesgo, uno de los factores principales de riesgo es la falta de uso de condón, al igual que la conducta sexual que nos habla acerca de las personas que inician su vida sexual antes de los 20 años tienen un factor de riesgo de 2.9 veces mayor y tener más de una pareja sexual aumenta el riesgo 2.2 veces.

Estos factores, como parejas, se vuelven una incertidumbre ya que se le está confiando a la otra persona por medio de sus costumbres y decisiones la salud de la pareja sexual.

D. Conocimientos sobre el VPH

Sobre el “Conocimiento personal sobre el VPH” ambos grupos admitió haber escuchado al menos una vez acerca de VPH; afirman no ser portadores de dicho virus, pero en realidad no tienen evidencia médica de que lo sean o no. Tampoco, manifiestan saber si son portadores o no.

Acerca del “Conocimiento sobre detecciones del VPH” nuestra muestra se coloca en su mayoría en que la realización del Papanicolaou se debe llevar a cabo después de la primera relación sexual, que se deben de practicar rutinariamente el Papanicolaou y que deben realizárselo cada año.

Con respecto a la primera causa de la aparición del Cáncer cérvico uterino nuestros dos grupos coinciden en su mayoría en que el VPH es el causante de la aparición de dicho cáncer, y encuentran una relación establecida entre estos mismos.

En cuanto a las “formas de contagio del VPH” los dos grupos no proporcionaron la respuesta esperada, aun cuando pudieron establecer una de las formas de contagio. Por lo que se puede establecer un punto de ignorancia al respecto de las formas de contagio del VPH.

Continuando con el contagio del VPH los dos grupos señalan que solo las mujeres se contagian. Sabemos que todos somos sujetos de contagio, lo que vuelve a establecer un punto de ignorancia en ambos grupos. Lo que los coloca en una zona de vulnerabilidad.

En cuanto a la “prevención del VPH” los dos grupos afirman que si se puede prevenir el VPH, además de que existe una vacuna en contra de éste, y que todos deberían aplicársela. En cuanto a esta respuesta los dos grupos obtienen una

respuesta incorrecta, ya que la vacuna no se las pueden aplicar a todos únicamente las mujeres y niñas⁵³.

Para la última pregunta acerca de una situación de contagio los dos grupos colocaron a la mayoría de la población en que si estuvieran contagiados acudirían al médico. Esto refleja que en los dos grupos existe una preocupación por la salud.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Finalmente, para poder establecer las conclusiones, me permití remitirnos a ciertos resultados alcanzados en el estudio que me parecieron pertinentes. Por ejemplo, los resultados alcanzados en el rubro salud sexual y reproductiva (información sobre sexualidad, vida sexual activa, edad de inicio de la vida sexual activa, parejas sexuales, utilización de métodos anticonceptivos, tipo de método, utilización métodos anticonceptivos para la pareja y tipo de método) me permitieron observar que la información sobre la sexualidad en su gran mayoría, la obtuvieron mediante el ambiente escolar, lo que implica que el grupo A es una muestra que ha podido acceder a la información “objetiva” sin que la religión se los obstaculice.

Asimismo, noté una relación entre la no utilización de métodos anticonceptivos y la pertenencia al grupo religioso cristiano. Lo que significa que son un grupo propenso al contagio del VPH. Con esto se puede afirmar que es esta pertenencia lo que les impide acceder a medidas de protección de la salud. Situación que el promotor de la salud ha de considerar en el momento en que se acerque a promover cualquier programa de prevención de ITS.

El grupo de cristianos manifiesta tener de una a dos parejas sexuales, lo que los coloca en riesgo, pues es más probable que exista contagio con una pareja nueva que con una pareja estable, además de que este grupo no emplea métodos anticonceptivos. Esto contrasta con que en este grupo existen más personas que no mantienen vida sexual activa, lo que puede explicarse a partir de los preceptos religiosos⁵⁴.

Lo anterior es complejo de explicar pues tendría que investigar directamente en ese grupo si es decisión de ellos no mantener una vsa y de qué manera se involucra la religión y hasta qué punto.

Considerando el aspecto de conocimientos sobre el VPH (i.e. Has escuchado sobre VPH, ser portador, saber cómo lo es, recomendación de la realización del Papanicolaou, la práctica del Papanicolaou, lapso de tiempo que debe dejar

pasarse después de un resultado normal, primera causa del cáncer cérvico uterino, relación entre VPH y cáncer cérvico uterino, contagio del VPH, se contagian, se previene el VPH, vacuna contra el VPH, aplicación de la vacuna a toda la población y la posibilidad de contagio en la población) podemos observar que existe una diferencia aunque no es muy relevante en los porcentajes de las personas que han escuchado acerca de este virus, sin embargo existe un porcentaje mayor en las personas que no son creyentes en la religión cristiana que aquellas que lo son. Esto podemos atribuirlo a las limitaciones que tiene la religión donde según se establece que “el cuerpo es la cárcel del alma y la sexualidad es la penitencia al igual que todo lo que tenga que ver con ella”⁵⁴.

Otra cuestión que llama la atención es que en ambos grupos se obtiene una respuesta negativa a la pregunta de si se es portador de VPH, sin embargo, no aciertan a determinar cómo es que se diagnóstica la infección. Esto puede sugerir que ambas muestras de sujetos necesitan de mayor información para poder revelar el porcentaje de protección sobre el contagio.

Realizarse el Papanicolaou después de la primera relación sexual y su práctica es una respuesta correcta, sin embargo, el Papanicolaou no se relaciona como práctica de diagnóstico por los dos grupos. Nuevamente, se está frente a un conocimiento parcial de la salud reproductiva.

Con todo lo anterior podemos concluir que:

- En los grupos de estudio no existe una marcada diferencia en cuanto a pertenecer a un grupo religioso determinado y los conocimientos sobre sexualidad, salud reproductiva y VPH.
- Ambas muestras de sujetos demuestran poseer conocimientos básicos con relación a la sexualidad, a la salud reproductiva y al VPH.
- Existe una disposición de recursos importantes (como son Clínicas del IMSS, profesores, familia, etc.) para poder obtener información sobre los aspectos medidos.

- Es probable que los conocimientos básicos obtenidos sobre las variables medidas no alcancen impactar suficientemente a los sujetos como para que estos demuestren un mayor cuidado de su sexualidad y de su salud reproductiva. Por lo que se plantean varias interrogantes:
 1. ¿Los servicios de salud cuentan con los recursos educativos suficientes para el tamaño de la población demandante o no de información?
 2. ¿Los mecanismos de publicidad sobre los servicios educativos en los servicios de salud son suficientes y pertinentes?
 3. ¿Los individuos están interesados en fortalecer o desarrollar su sexualidad, su salud reproductiva y la prevención de contagio de otras infecciones de transmisión sexual?
 4. ¿A pesar de que los sujetos puedan poseer información sobre la sexualidad, salud reproductiva y contagio de VPH significativa, podrán tomar la decisión de no involucrarse en conductas de riesgo?
 5. ¿Existen otro tipo de variables sociales, cognitivas, emocionales en el cuidado de la sexualidad, la salud reproductiva y el contagio de VPH?
- Sostengo que, dado los resultados expuestos en este trabajo, el **Modelo empoderante** de la promoción de la salud es pertinente para poder fortalecer y desarrollar en las personas con vida sexual activa conductas saludables en el ámbito de la sexualidad y la salud reproductiva ya que como se había mencionado este modelo tiene el propósito de crear las condiciones para que el sujeto ejerza de manera autónoma en la invención del proyecto.
- Por lo anterior, este trabajo también propone el diseño de una propuesta de programa educativo para disminuir el contagio de VPH en la población adolescente del Distrito Federal. El planteamiento general de la propuesta se expone en seguida:

PROPUESTA DE PROGRAMA EDUCATIVO PARA LA PREVENCIÓN DEL CONTAGIO DE VPH

Los resultados de los porcentajes arrojados por los instrumentos, además de los antecedentes estadísticos presentados en este estudio contribuyen a la idea de que, efectivamente las instituciones ya sea de salud, educativas, religiosas, familiares, etc., están perdiendo el control con respecto al contagio de VPH en los adolescentes. Además que también influye la falta de compromiso e intervención por parte de la sociedad en su conjunto. Es por ello que yo como Promotora de la Salud pensé en el diseño de un programa integral dirigido únicamente para los adolescentes, que a su vez pueda integrar a la escuela, la familia, los amigos, las instituciones religiosas, y para otras personas que no estén integradas en cualquier rubro mencionado anteriormente.

Este programa se localizaría principalmente en escuelas primarias, secundarias y nivel Bachillerato donde se ubican la mayoría de los adolescentes. En este programa serían los Promotores de la Salud los principales actores quienes se encargarían de establecer un diagnóstico participativo para determinar las necesidades de información de los adolescentes, para después diseñar una serie de actividades conducentes a lograr la responsabilidad personal en el cuidado la salud sexual y reproductiva. Este programa tendería a ser operado por los propios estudiantes con la asesoría de los docentes y los mismos promotores de la salud.

El programa puede contemplar el diseño y desarrollo de clases con diversos temas referentes a la educación sexual en todo su contenido, con diversos materiales ilustrativos e interactivos para que los estudiantes realmente se involucren. También sería pertinente desarrollar talleres tanto para padres, maestro, y personal que tiene que ver con la orientación de los estudiantes, y por ultimo tratar que lo alumnos, mediante representaciones de diversos casos en los que se ilustren problemas en la sexualidad y la salud reproductiva, que presenten posibles soluciones. Es importante resaltar que cada una de las representaciones deberá estar apoyada por un proceso de investigación documental y empírica.

En cuanto a otro tipo de instituciones como es la religiosa, he pensado en colocar los Promotores dentro ese entorno, y al igual que en las escuelas, pensando en que sería posible “pertenecer” a esas instituciones, pero con la realización de las actividades planteadas en el programa de manera independiente a lo que ellas llevan a cabo.

Por otro lado, existen adolescentes que no pertenecen a ningún tipo de los grupos mencionados. Para ellos, se plantea una estrategia distinta. Esta estrategia consistiría en que los Promotores de la Salud involucrados, establecerían un diálogo con el representante de cada comunidad en la que se pueda trabajar para que nos permita establecernos en un sitio, y así convocar, platicar y escuchar a aquellas personas, pero sobre todo a los adolescentes que requieran de algún tipo de aclaración o que tengan dudas sobre algún tema con respecto a la sexualidad o la salud reproductiva. Con ellos se puede iniciar un diagnóstico participativo y a futuro desarrollar un programa comunitario.

Resulta imprescindible señalar que el planteamiento del programa tomará en cuenta que el profesional deberá programar toda actividad en relación a la edad, escolaridad, cultura e ideología del individuo procurando no agredirlo, ni violentarlo de ninguna manera.

BIBLIOGRAFÍA

3. Fuentes F.S, *El virus de papiloma humano (HPV, por su sigla en inglés)* / Arch Argent Pediatr 2012; Vol. 110(6):483-489 / Artículo original tienen indicación.... 5/2004 - 6/2005.
4. Schorge, Schaffer, Halbarsan, Hoffam, Bradsaw, et.all, *Ginecología*, mc graw hill, China, 2009, p. 617-622.
- 5 .Mondragón Héctor, *Ginecología básica ilustrada*, trillas, México, 1998, p. 213-217.
6. B.A. Michael, *Virus, Pestes e Historia*, Italia, FCE, 2002, p. 19-25.
7. Rocha G.R., Lozano Z. P., Martínez L.Y., *Mecanismos de Patogenicidad e Interacción: Parásito-Hospedero*, Derechos reservados, Universidad Autónoma de Puebla, 2004, p. 264-292.
8. Terry Shors, *Virus estudio molecular con orientación clínica*, medica panamericana, buenos aires, 2009, pp. 262-267.
10. Benuto R., Berumen J., *Virus oncogénicos: el paradigma del virus del papiloma humano*, Dermatología Rev. Vol. Mex53 (5):234-42, 2009
11. Carreras, Xercavin y Checa, *Virus del papiloma humano y cáncer de cuello de útero / Human papilloma virus*, Editorial Medica Panamericana, 2005 p.
12. Caudillo Carlos, Cerna T.M, *Sexualidad y Vida Humana*, Universidad Iberoamericana, 2007, p. 303-322.

17. Hernández L., Padilla S., Quintero M., *Factores de riesgo en adolescentes para contraer el virus del papiloma humano*, Revista Digital Universitaria, Volumen 13 Número 9 • ISSN: 1067-6079, 2012.
18. Hideyo Noguch, *VPH*, Revista biomédica: publicación del Centro de Investigaciones Regionales y la Facultad de Medicina, Universidad 2011
20. Larrea G., Molina F., et.all, *Cáncer cérvicouterino y virus del papiloma humano*, Rev Chil Obstet Ginecol; Vol. 77(4): 315 – 321,2012.

21. T Aldrich, D Becker, S G Garcia, D Lara, *Mexican physician's knowledge and attitudes about the human papillomavirus and the cervical cancer: a national survey*, Sex Transm Infect 2005; Vol.81:135- 141. Doi 10.1136/ sit. 2003.
22. Barrientos B.H., *VIH/SIDA y Salud Pública: Manual para Personal de Salud*, Editado por Magis Rodríguez Carlos, México, 2009 p. 163-164.
23. Davidson M., Early, Davis. *El cáncer cérvico-uterino, su impacto en México y por qué no funciona el programa nacional de detección oportuna*, Rev Biomed, Vol. 17:81-84, 2006.
25. Castro-Vásquez Ma del Carmen, *Acceso a la información de mujeres con VPH, displasia y cáncer cervical in situ*, Salud Pública México, Vol. 52(3):207-212, 2010.
29. Carbonell M, *Revisión, actualización y notas. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, Editorial Porrúa, 2008, p. 23 y 57.
31. Pacheco T, *La investigación universitaria en ciencias sociales, derechos reservados*, 2003, p. 85-86.
32. Hanson Kara, *Innovations in Health System Finance in Developing and Trans*, Editado por Chernichovsky Dov, 2009, p. 24.
33. Restrepo E .et all, *Promoción de la Salud: como construir vida saludable*, Editorial Medica Panamericana, 2001, p. 24-31.
34. Machado F.C., Czeresnia D., *Promoción de la Salud: Concepto, Reflexiones, Tendencias*, Editorial S.A., 2006, p. 185-196.
35. Viveros García, et.all, *Manual para la Promoción y la Educación para la Salud personal de las clínicas comunitarias*, derechos reservados, 2003, p. 52-60.
42. Tami T, *The new human papillomavirus (HPV) vaccina: Pros and cons for pediatric and adolescents*. Pediatric Nursing, Vol. 34, 429-431, 2008.
43. Wiesner, C., Acosta, J., Díaz, A., Tovar, S. & Salcedo, *Efectos psicológicos y sociales que genera la prueba del virus del papiloma humano: un estudio exploratorio*. Revista Colombiana Cancerología, Vol 13, 145-156, 2009.

44. Winner, R.L. *et. al. Genital human papillanovirus infection: incidence and risk in a cohort of female university students*. American Journal of Epidemiology, (2003).
49. Apgar B., *Guías en demencias: conceptos, criterios y recomendaciones para el estudio*, Editorial El Sevier Masson, 2010, p. 21-35.
50. Melo,S,G. M,W,S. *Revista de divulgación científica y tecnológica de la universidad veracruzana*, volumen XXII, núm. 2.
53. Soto Sam, Ortiz A., Lira J, *Virus del Papiloma Humano y adolescencia*, Ginecol Obstet Mex; Vol. 79 (4): 214-224, 2011.

BIBLIOGRAFÍA ELECTRÓNICA

1. <http://www.inegi.org.mx/> 06/Oct/2013
2. <http://guiajuvenil.com/papiloma/index.php> 06/Oct/2013
9. <http://www.revista.unam.mx/vol.13/num9/art96/art96.pdf> 15/ Abr/2012
13. <http://www.who.int/es/> 20/Agst/2012
14. <http://edusexual.webcindario.com/Sexualidad%20y%20adolescencia.htm>
20/Agst/2012
15. <http://www.insp.mx/noticias/salud-poblacional/1308-muy-alto-el-porcentaje-de-mujeres-menores-de-30-anos-con-vph.html> 20/Agst/2012
16. <http://sexualidad.salud180.com/sexualidad/cerca-de-10-mil-casos-de-vph-al-ano-en-mexico> 20/Agst/2012
19. <http://isabelduar.blogspot.mx/2013/05/virus-del-papiloma-humana.html>
28/Agst/2012
24. <http://www.serviciodepromociondelasalud.es/topics/1518-virus-papiloma-humano> 7/Sept/ 2012
26. <http://ri.biblioteca.udo.edu.ve/bitstream/123456789/2227/1/31%20Tesis.%20QW9%20D111.pdf> 25/Sept/2012
27. <http://ww35.makarapong.androtunes.net> 01/Oct/2012

28. <http://radio.rpp.com.pe/saludenrpp/el-virus-papiloma-humano-un-peligro-para-la-mujer-y-el-hombre/> 01/Oct/2012
30. [http:// www.decidiresunderecho.org/files/reprod.pdf](http://www.decidiresunderecho.org/files/reprod.pdf) 15/Oct/2012
36. <http://www.agn.gov.ar/doctecnicos/Tecnicas de muestreo para auditor%C3%ADas.pdf> 16/Nov/2012
37. http://www.ags.gob.mx/igualdadlaboral/archivos/documentos/Vacuna_VPH.pdf 16/Nov/2012
38. <http://photojournalism01.blogspot.mx/2012/10/adolescentes-no-tienen-relaciones.html#!/2012/10/adolescentes-no-tienen-relaciones.html> 25/Nov/2012
39. <http://adolescentes.about.com/od/Salud/a/Qu-E-Es-La-Adolescencia.htm> 28/Nov/2012
40. <http://saludcomunitaria.wordpress.com/category/vph/> 05/Dic/2012
41. <http://bureaudesalud.com/v2/2013/04/16/vacunacion-contra-el-vph-supero-el-80-de-cobertura/> 05/Dic/2012
45. <http://www.cdc.gov/std/spanish/stdfact-hpv-s.htm> 18/Sep/2013
46. http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/13modulo_12.pdf 18/Sep/2013
47. <http://geosalud.com/VPH/index%20VPH.htm> 20/Sep/2013
48. <http://www.hidrocalidodigital.com> 22/Sep/2013
51. <http://www.sexoseguro.mx> 30/Sep/2013
52. <http://www.conapo.gob.mx/> 30/Sep/2013
54. <http://www.nietoeditores.com.mx/volumen-79-numero-4-abril-2011/3413-virus-del-papiloma-humano-y-adolescencia.html> 01/Oct/2013

ANEXOS.

Universidad Autónoma de la Ciudad de México

UACM

Nada Humano me es ajeno

Evaluación de la influencia del conocimiento del VPH sobre la salud reproductiva de una muestra de sujetos de entre 13 y 18 años habitantes de la Delegación Tlahuac de la Ciudad de México.

Instrumento 1.

Cuestionario de datos socioeconómicos y Salud Sexual y Reproductiva.

Instrucciones: Contesta las siguientes preguntas anotando tu respuesta en el espacio en blanco.

1. Edad _____
2. Sexo _____
3. Estado civil _____
4. ¿Trabaja? _____
5. Salario al mes _____
6. Escolaridad (último año de estudios) _____
7. Religión _____
8. ¿Con qué frecuencia asiste a la iglesia? _____
9. ¿Fumas? _____
10. ¿Cuentas con servicios de salud? _____
11. ¿Qué institución de seguridad social te lo presta? _____
12. ¿Por qué medio obtuviste información sobre la sexualidad _____
13. Vida sexual activa _____
14. ¿A qué edad comenzaste a ser sexualmente activo/a? _____
15. ¿Cuántas parejas sexuales has tenido? _____
16. ¿Utilizas algún método anticonceptivo? _____
17. ¿Qué método anticonceptivo utilizas? _____
18. ¿Tu pareja sexual usa algún método anticonceptivo? _____
19. ¿Qué método anticonceptivo utiliza tu pareja? _____

Instrumento 2

Cuestionario sobre conocimientos del Virus del Papiloma Humano

Instrucciones: A continuación se presenta una serie de preguntas, contéstalas marcando la opción que consideres correcta.

1. ¿Has escuchado sobre el Virus del Papiloma Humano antes de que se te entrevistará? _____
 2. ¿Sabes si eres portador/a del Virus del Papiloma Humano? _____
 3. ¿Cómo supiste que eres portador/a del Virus del Papiloma Humano? _____
-
1. ¿Conoces las normas oficiales sobre el cáncer cérvico uterino?
 Si
 No
 2. ¿Cuándo se recomienda que una mujer se practique su primer Papanicolaou
 Entre los 16 y los 19 años
 Después de su primera relación sexual no importando la edad
 Después del nacimiento de su primer hijo
 Otra. Especifica _____
 3. ¿Las mujeres deben continuar practicándose rutinariamente su Papanicolaou después de la menopausia?
 Si
 No
 4. ¿Cuánto tiempo deben las mujeres dejar pasar para practicarse su siguiente Papanicolaou si el previo ha resultado normal
 6 meses
 1 año
 2 años
 3 años
 Otra. Especifica _____
 5. ¿Cuál es la primera causa del Cáncer cérvico uterino?
 Virus del Papiloma Humano
 Antecedentes de Cáncer cérvico uterino en la familia
 Herpes

- Consumo de pastillas anticonceptiva
 - Tabaquismo
 - Escasa higiene genital
6. ¿Hay alguna relación entre el Virus del Papiloma Humano y el Cáncer cérvico uterino
- Si
 - No
7. ¿Los tipos de Virus del Papiloma Humano 16, 18, 31, 38 y 45 también causan lesiones verrucosas?
- Si
 - No
8. ¿El Virus del Papiloma Humano se contagia por vía?
- Bucal
 - Anal
 - Genital
 - Sanguínea
 - Por todas las anteriores
 - Solamente por vía bucal, anal y genital
9. ¿Quiénes se pueden contagiar del Virus del Papiloma Humano?
- Los niños
 - Las niñas
 - Los niños y las niñas
 - Los hombres
 - Las mujeres
 - Los hombres y las mujeres
 - Todos
 - Ninguno
10. ¿Se puede prevenir contraer el Virus del Papiloma Humano?
- Si
 - No
11. ¿Existe una vacuna contra el Virus del Papiloma Humano?
- Si
 - No
- Si tu respuesta fue afirmativa, responde la siguiente pregunta
12. ¿Todos debemos ponernos la vacuna para prevenir el contagio del Virus del Papiloma Humano?
- Si
 - No
13. ¿Qué harías si estuvieras
- Me encomendaría a Dios

contagiado/a del Virus del
Papiloma Humano?

- Se lo diría a mis padres
- Se lo diría a mis amigos
- Se lo diría a mi novia
- Iría al médico
- Me tomaría algún remedio que me recomendaran
- Iría con un curandero/a
- No haría nada porque no es grave

TABLAS. Instrumento 1

A. Datos socio-demográficos

TABLA 1. Edad

		EDAD						Total	
		1	2	3	4	5	6		
GRUPO	A	Recuento	4	4	3	6	14	19	50
		% dentro de GRUPO	8,0%	8,0%	6,0%	12,0%	28,0%	38,0%	100,0%
	B	Recuento	0	0	4	9	14	23	50
		% dentro de GRUPO	0,0%	0,0%	8,0%	18,0%	28,0%	46,0%	100,0%
Total		Recuento	4	4	7	15	28	42	100
		% dentro de GRUPO	4,0%	4,0%	7,0%	15,0%	28,0%	42,0%	100,0%

1)13 años, 2)14 años, 3)15 años, 4)16 años, 5)17 años, 6)18 años.

TABLA 2. Sexo

		SEXO		Total	
		1	2		
GRUPO	A	Recuento	43	7	50
		% dentro de GRUPO	86,0%	14,0%	100,0%
	B	Recuento	31	19	50
		% dentro de GRUPO	62,0%	38,0%	100,0%
Total		Recuento	74	26	100
		% dentro de GRUPO	74,0%	26,0%	100,0%

1) Femenino y 2) Masculino.

GRÁFICA 3. Estado Civil

		ESTADO CIVIL			Total	
		1	2	3		
GRUPO	A	Recuento	5	3	42	50
		% dentro de GRUPO	10,0%	6,0%	84,0%	100,0%
GRUPO	B	Recuento	3	2	45	50
		% dentro de GRUPO	6,0%	4,0%	90,0%	100,0%
Total		Recuento	8	5	87	100
		% dentro de GRUPO	8,0%	5,0%	87,0%	100,0%

1) Casado, 2) Unión libre y 3) Soltero.

TABLA 4. Trabaja

		TRABAJA		Total	
		1	2		
GRUPO	A	Recuento	16	34	50
		% dentro de GRUPO	32,0%	68,0%	100,0%
GRUPO	B	Recuento	14	36	50
		% dentro de GRUPO	28,0%	72,0%	100,0%
Total		Recuento	30	70	100
		% dentro de GRUPO	30,0%	70,0%	100,0%

1) Si y 2) No.

TABLA 5. Salario al mes

		SALARIO AL MES					Total
		1	2	3	4	5	
GRUPO A	Recuento	1	4	1	10	34	50
	% dentro de GRUPO	2,0%	8,0%	2,0%	20,0%	68,0%	100,0%
GRUPO B	Recuento	0	1	4	9	36	50
	% dentro de GRUPO	0,0%	2,0%	8,0%	18,0%	72,0%	100,0%
Total	Recuento	1	5	5	19	70	100
	% dentro de GRUPO	1,0%	5,0%	5,0%	19,0%	70,0%	100,0%

1) Menos de 500, 2) De 500 a 1000, 3) De 1000 a 1500, 4) De 1500 a más y 5) Nada.

TABLA 6. Escolaridad

		ESCOLARIDAD				Total
		1	2	3	4	
GRUPO A	Recuento	4	17	29	0	50
	% dentro de GRUPO	8,0%	34,0%	58,0%	0,0%	100,0%
GRUPO B	Recuento	0	6	41	3	50
	% dentro de GRUPO	0,0%	12,0%	82,0%	6,0%	100,0%
Total	Recuento	4	23	70	3	100
	% dentro de GRUPO	4,0%	23,0%	70,0%	3,0%	100,0%

1) Primaria, 2) Secundaria, 3) Bachillerato y 4) Licenciatura.

TABLA 7. Religión

		RELIGION			Total	
		1	2	3		
GRUPO	A	Recuento	13	31	6	50
		% dentro de GRUPO	26,0%	62,0%	12,0%	100,0%
	B	Recuento	45	0	5	50
		% dentro de GRUPO	90,0%	0,0%	10,0%	100,0%
Total		Recuento	58	31	11	100
		% dentro de GRUPO	58,0%	31,0%	11,0%	100,0%

1) Católica, 2) Cristiana y 3) Ninguna.

TABLA 8. Asistencia a la iglesia

		ASISTENCIA A LA IGLESIA			Total	
		1	2	3		
GRUPO	A	Recuento	28	13	9	50
		% dentro de GRUPO	56,0%	26,0%	18,0%	100,0%
	B	Recuento	4	34	12	50
		% dentro de GRUPO	8,0%	68,0%	24,0%	100,0%
Total		Recuento	32	47	21	100
		% dentro de GRUPO	32,0%	47,0%	21,0%	100,0%

1) Frecuentemente, 2) Rara vez y 3) Nunca.

B. Datos Salud

TABLA 9. Servicios de salud

		SERVICIOS DE SALUD		Total	
		1	2		
GRUPO	A	Recuento	36	14	50
		% dentro de GRUPO	72,0%	28,0%	100,0%
	B	Recuento	44	6	50
		% dentro de GRUPO	88,0%	12,0%	100,0%
Total		Recuento	80	20	100
		% dentro de GRUPO	80,0%	20,0%	100,0%

1) Si y 2) No.

TABLA 10. Institución de seguridad social

		INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL					Total	
		1	2	3	4	5		
GRUPO	A	Recuento	20	4	7	9	10	50
		% dentro de GRUPO	40,0%	8,0%	14,0%	18,0%	20,0%	100,0%
	B	Recuento	25	7	6	3	9	50
		% dentro de GRUPO	50,0%	14,0%	12,0%	6,0%	18,0%	100,0%
Total		Recuento	45	11	13	12	19	100
		% dentro de GRUPO	45,0%	11,0%	13,0%	12,0%	19,0%	100,0%

1) IMSS, 2) ISSSTE, 3) Seguro Popular, 4) Otros y 5) Ninguno.

TABLA 11. Información sobre la sexualidad

	INFORMACION SOBRE SEXUALIDAD					Total	
	1	2	3	4	5		
GRUPO A	Recuento	36	5	1	5	3	50
	% dentro de GRUPO	72,0%	10,0%	2,0%	10,0%	6,0%	100,0%
GRUPO B	Recuento	30	11	2	6	1	50
	% dentro de GRUPO	60,0%	22,0%	4,0%	12,0%	2,0%	100,0%
Total	Recuento	66	16	3	11	4	100
	% dentro de GRUPO	66,0%	16,0%	3,0%	11,0%	4,0%	100,0%

1) Maestros/escuela, 2) Padres, 3) Amigos, 4) Otros y 5) Ninguno.

C. Salud Sexual y Reproductiva

TABLA 12. Vida sexual activa

	VIDA SEXUAL ACTIVA		Total	
	1	2		
GRUPO A	Recuento	29	21	50
	% dentro de GRUPO	58,0%	42,0%	100,0%
GRUPO B	Recuento	34	16	50
	% dentro de GRUPO	68,0%	32,0%	100,0%
Total	Recuento	63	37	100
	% dentro de GRUPO	63,0%	37,0%	100,0%

1) Si y 2) No.

TABLA 13. Edad de inicio de VSA

		EDAD DE INICIO DE VSA			Total	
		1	2	3		
GRUPO	A	Recuento	6	23	21	50
		% dentro de GRUPO	12,0%	46,0%	42,0%	100,0%
GRUPO	B	Recuento	6	28	16	50
		% dentro de GRUPO	12,0%	56,0%	32,0%	100,0%
Total		Recuento	12	51	37	100
		% dentro de GRUPO	12,0%	51,0%	37,0%	100,0%

1) De 12 a 14 años, 2) De 15 a 18 años y 3) Nunca.

TABLA 14. Parejas sexuales

		PAREJAS SEXUALES					Total	
		1	2	3	4	5		
GRUPO	A	Recuento	23	4	1	21	1	50
		% dentro de GRUPO	46,0%	8,0%	2,0%	42,0%	2,0%	100,0%
GRUPO	B	Recuento	25	2	7	16	0	50
		% dentro de GRUPO	50,0%	4,0%	14,0%	32,0%	0,0%	100,0%
Total		Recuento	48	6	8	37	1	100
		% dentro de GRUPO	48,0%	6,0%	8,0%	37,0%	1,0%	100,0%

1) De 1 a 2, 2) De 3 a 4, 3) De 5 a más, 4) Ninguna y 5) Otras.

TABLA 15. Utilización de métodos anticonceptivos

		UTILIZACION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS		Total	
		1	2		
GRUPO	A	Recuento	19	31	50
		% dentro de GRUPO	38,0%	62,0%	100,0%
	B	Recuento	27	23	50
		% dentro de GRUPO	54,0%	46,0%	100,0%
Total		Recuento	46	54	100
		% dentro de GRUPO	46,0%	54,0%	100,0%

1) Si y 2) No.

TABLA 16. Tipo de método

		TIPO DE METODO					Total	
		1	2	3	4	5		
GRUPO	A	Recuento	8	9	1	1	31	50
		% dentro de GRUPO	16,0%	18,0%	2,0%	2,0%	62,0%	100,0%
	B	Recuento	23	3	0	1	23	50
		% dentro de GRUPO	46,0%	6,0%	0,0%	2,0%	46,0%	100,0%
Total		Recuento	31	12	1	2	54	100
		% dentro de GRUPO	31,0%	12,0%	1,0%	2,0%	54,0%	100,0%

1) Condón, 2) Pastillas, 3) Implante, 4) DIU y 5) Ninguno.

TABLA 17. Utilización de métodos anticonceptivos (pareja)

		UTILIZACION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS (PAREJA)		Total	
		1	2		
GRUPO	A	Recuento	11	39	50
		% dentro de GRUPO	22,0%	78,0%	100,0%
GRUPO	B	Recuento	19	31	50
		% dentro de GRUPO	38,0%	62,0%	100,0%
Total		Recuento	30	70	100
		% dentro de GRUPO	30,0%	70,0%	100,0%

1) Si y 2) No.

TABLA 18. Tipo de método

		TIPO DE METODO			Total	
		1	2	3		
GRUPO	A	Recuento	11	1	38	50
		% dentro de GRUPO	22,0%	2,0%	76,0%	100,0%
GRUPO	B	Recuento	19	1	30	50
		% dentro de GRUPO	38,0%	2,0%	60,0%	100,0%
Total		Recuento	30	2	68	100
		% dentro de GRUPO	30,0%	2,0%	68,0%	100,0%

1) Condón, 2) Pastillas y 3) Ninguno.

INSTRUMENTO 2

D. Conocimiento sobre el VPH

TABLA 19. Has escuchado sobre el VPH

		HAZ ESCUCHADO SOBRE EL VPH		Total	
		1	2		
GRUPO	A	Recuento	31	19	50
		% dentro de GRUPO	62,0%	38,0%	100,0%
	B	Recuento	40	10	50
		% dentro de GRUPO	80,0%	20,0%	100,0%
Total		Recuento	71	29	100
		% dentro de GRUPO	71,0%	29,0%	100,0%

1) Si y 2) No.

TABLA 20. Sabes si eres portador del VPH

		SABES SI ERES PORTADOR DE VPH			Total	
		1	2	3		
GRUPO	A	Recuento	3	44	3	50
		% dentro de GRUPO	6,0%	88,0%	6,0%	100,0%
	B	Recuento	2	46	2	50
		% dentro de GRUPO	4,0%	92,0%	4,0%	100,0%
Total		Recuento	5	90	5	100
		% dentro de GRUPO	5,0%	90,0%	5,0%	100,0%

1) Si, 2) No y 3) No sé.

TABLA 21. Cómo supiste si eres portador

		COMO SUPISTE SI ERES PORTADOR		Total
		1	2	
GRUPO A	Recuento	2	48	50
	% dentro de GRUPO	4,0%	96,0%	100,0%
GRUPO B	Recuento	2	48	50
	% dentro de GRUPO	4,0%	96,0%	100,0%
Total	Recuento	4	96	100
	% dentro de GRUPO	4,0%	96,0%	100,0%

1) Papanicolaou y 2) No saben.

TABLA 22. Recomendación de la realización del Papanicolaou

		RECOMENDACION DE LA REALIZACION DEL PAPANICOLAOU				Total
		1	2	3	4	
GRUPO A	Recuento	6	39	4	1	50
	% dentro de GRUPO	12,0%	78,0%	8,0%	2,0%	100,0%
GRUPO B	Recuento	5	37	8	0	50
	% dentro de GRUPO	10,0%	74,0%	16,0%	0,0%	100,0%
Total	Recuento	11	76	12	1	100
	% dentro de GRUPO	11,0%	76,0%	12,0%	1,0%	100,0%

1) Entre los 16 y 19 años, 2) Después de la primera relación sexual, 3) Después del primer nacimiento de un hijo y 4) Otra.

TABLA 23. Deben practicarse rutinariamente el Papanicolaou

		DEBEN PRACTICARSE RUTINARIAMENTE EL PAPANICOLAOU		Total
		1	2	
GRUPO A	Recuento	35	15	50
	% dentro de GRUPO	70,0%	30,0%	100,0%
GRUPO B	Recuento	36	14	50
	% dentro de GRUPO	72,0%	28,0%	100,0%
Total	Recuento	71	29	100
	% dentro de GRUPO	71,0%	29,0%	100,0%

1) Si y 2) No.

TABLA 24. Tiempo que deben dejar pasar para hacerse el Papanicolaou después de un resultado normal

		TIEMPO QUE DEBEN DEJAR PASAR PARA HACERSE EL PAPANICOLAOU DESPUES DE UN RESULTADO NORMAL					Total
		1	2	3	4	5	
GRUPO A	Recuento	22	25	2	0	1	50
	% dentro de GRUPO	44,0%	50,0%	4,0%	0,0%	2,0%	100,0%
GRUPO B	Recuento	14	30	2	4	0	50
	% dentro de GRUPO	28,0%	60,0%	4,0%	8,0%	0,0%	100,0%
Total	Recuento	36	55	4	4	1	100
	% dentro de GRUPO	36,0%	55,0%	4,0%	4,0%	1,0%	100,0%

1)6 meses, 2) 1 año, 3) 2 años, 4) 3 años y 5) Otro.

TABLA 25. Primera causa del Cáncer cérvico uterino

		PRIMER CAUSA DEL CANCER CERVICO UTERINO						Total
		1	2	3	4	5	6	
GRUPO A	Recuento	28	15	1	5	1	0	50
	% dentro de GRUPO	56,0%	30,0%	2,0%	10,0%	2,0%	0,0%	100,0%
	Recuento	31	12	2	0	0	5	50
	% dentro de GRUPO	62,0%	24,0%	4,0%	0,0%	0,0%	10,0%	100,0%
Total	Recuento	59	27	3	5	1	5	100
	% dentro de GRUPO	59,0%	27,0%	3,0%	5,0%	1,0%	5,0%	100,0%

1) VPH, 2) Antecedentes familiares, 3) Tabaquismo, 4) escasa higiene personal, 5) Herpes y 6) Consumo de pastillas anticonceptivas.

TABLA 26. Relación entre VPH y Cáncer cérvico uterino

		RELACION ENTRE VPH Y CANCER CERVICO UTERINO		Total
		1	2	
GRUPO A	Recuento	39	11	50
	% dentro de GRUPO	78,0%	22,0%	100,0%
GRUPO B	Recuento	41	9	50
	% dentro de GRUPO	82,0%	18,0%	100,0%
Total	Recuento	80	20	100
	% dentro de GRUPO	80,0%	20,0%	100,0%

1) Si y 2) No.

TABLA 27. El VPH se contagia por

		EL VPH SE CONTAGIA POR						Total
		1	2	3	4	5	6	
GRUPO A	Recuento	4	30	4	11	1	0	50
	% dentro de GRUPO	8,0%	60,0%	8,0%	22,0%	2,0%	0,0%	100,0%
GRUPO B	Recuento	0	0	28	0	4	18	50
	% dentro de GRUPO	0,0%	0,0%	56,0%	0,0%	8,0%	36,0%	100,0%
Total	Recuento	4	30	32	11	5	18	100
	% dentro de GRUPO	4,0%	30,0%	32,0%	11,0%	5,0%	18,0%	100,0%

1) Bucal, 2) Genital, 3) Todas las anteriores, 4) Solamente anal, bucal y genital, 5) Anal y 6) Sanguínea.

TABLA 28. Se contagian

		SE CONTAGIAN						Total
		1	2	3	4	5	6	
GRUPO A	Recuento	6	3	2	15	11	13	50
	% dentro de GRUPO	12,0%	6,0%	4,0%	30,0%	22,0%	26,0%	100,0%
GRUPO B	Recuento	0	0	2	19	17	12	50
	% dentro de GRUPO	0,0%	0,0%	4,0%	38,0%	34,0%	24,0%	100,0%
Total	Recuento	6	3	4	34	28	25	100
	% dentro de GRUPO	6,0%	3,0%	4,0%	34,0%	28,0%	25,0%	100,0%

1) Los niños, 2) Las niñas, 3) Los niños y las niñas, 4) Los hombres, 5) Las mujeres y 6) Los hombres y las mujeres.

TABLA 29. Se previene el VPH

		SE PREVIENE EL VPH		Total	
		1	2		
GRUPO	A	Recuento	45	5	50
		% dentro de GRUPO	90,0%	10,0%	100,0%
	B	Recuento	47	3	50
		% dentro de GRUPO	94,0%	6,0%	100,0%
Total		Recuento	92	8	100
		% dentro de GRUPO	92,0%	8,0%	100,0%

1) Si y 2) No.

TABLA 30. Vacuna contra el VPH

		VACUNA CONTRA EL VPH		Total	
		1	2		
GRUPO	A	Recuento	46	4	50
		% dentro de GRUPO	92,0%	8,0%	100,0%
	B	Recuento	45	5	50
		% dentro de GRUPO	90,0%	10,0%	100,0%
Total		Recuento	91	9	100
		% dentro de GRUPO	91,0%	9,0%	100,0%

1) Si y 2) No.

TABLA 31. Todos debemos ponernos la vacuna

	TODOS DEBEMOS PONERNOS LA VACUNA			Total	
	1	2	3		
GRUPO A	Recuento	37	10	3	50
	% dentro de GRUPO	74,0%	20,0%	6,0%	100,0%
GRUPO B	Recuento	37	13	0	50
	% dentro de GRUPO	74,0%	26,0%	0,0%	100,0%
Total	Recuento	74	23	3	100
	% dentro de GRUPO	74,0%	23,0%	3,0%	100,0%

1) Si, 2) No y 3) No responden.

TABLA 32. Si estuvieras contagiado

	SI ESTUVIERAS CONTAGIADO							Total	
	1	2	3	4	5	6	7		
GRUPO A	Recuento	8	4	2	3	30	2	1	50
	% dentro de GRUPO	16,0%	8,0%	4,0%	6,0%	60,0%	4,0%	2,0%	100,0%
GRUPO B	Recuento	4	8	0	1	37	0	0	50
	% dentro de GRUPO	8,0%	16,0%	0,0%	2,0%	74,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Total	Recuento	12	12	2	4	67	2	1	100
	% dentro de GRUPO	12,0%	12,0%	2,0%	4,0%	67,0%	2,0%	1,0%	100,0%

1) Me encomendaría a dios, 2) Se lo diría a mis padres, 3) Se lo diría a mis amigos, 4) Se lo diría a mi novio(a), 5) Iría al médico, 6) Me tomaría algún remedio y 7) Iría con un curandero.