

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ENFERMERIA



**MODELO DE CREENCIAS DE SALUD Y ENFERMEDADES
DE TRANSMISION SEXUAL EN ADOLESCENTES
Y ADULTOS JOVENES**

Por

LIC. MARIA TERESA PEREZ PIÑON

**Como requisito parcial para obtener el grado
de MAESTRIA EN ENFERMERIA con
Especialidad en Salud Comunitaria**

Enero, 1998

CHILDREN
RQIR
RQIR
RQIR
RQIR

WIGS YENTS ADOLPHUS ADULTOS JOVENES
199988

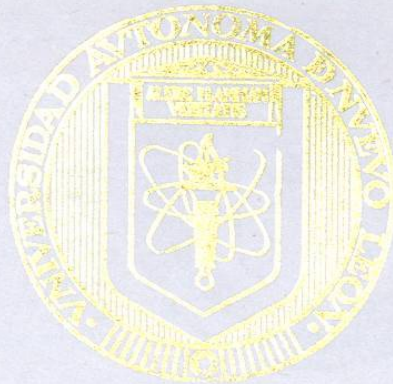


1080080854

11123

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA



MODELO DE CREENCIAS DE SALUD Y ENFERMEDADES
DE TRANSMISION SEXUAL EN ADOLESCENTES
Y ADULTOS JOVENES

Por

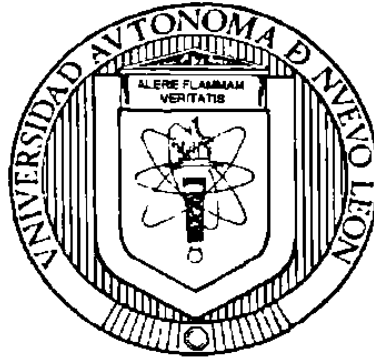
LIC. MARIA TERESA PEREZ PIÑON

Como requisito parcial para obtener el grado
de MAESTRIA EN ENFERMERIA con
Especialidad en Salud Comunitaria

Enero, 1998

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA



**MODELO DE CREENCIAS DE SALUD Y ENFERMEDADES
DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES Y
ADULTOS JÓVENES**

Por

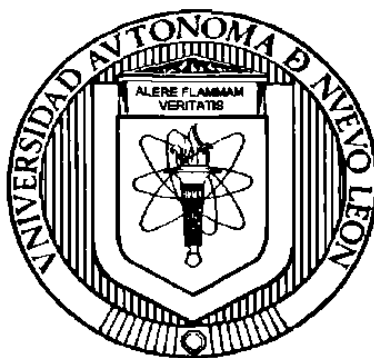
LIC. MARÍA TERESA PÉREZ PIÑÓN

**Como requisito parcial para obtener el grado
de MAESTRÍA EN ENFERMERÍA con
Especialidad en Salud Comunitaria**

Enero, 1998

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA



**MODELO DE CREENCIAS DE SALUD Y ENFERMEDADES
DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES Y
ADULTOS JÓVENES**

Por

LIC. MARÍA TERESA PÉREZ PIÑÓN

**Como requisito parcial para obtener el grado
de MAESTRÍA EN ENFERMERÍA con
Especialidad en Salud Comunitaria**

ASESOR: LIC. DORA ELIA SILVA LUNA.

Enero, 1998



**MODELO DE CREENCIAS DE SALUD Y ENFERMEDADES
DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES Y
ADULTOS JÓVENES**

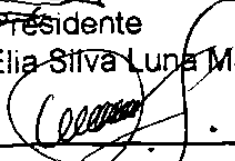
Aprobación de la Tesis:



Asesor de la Tesis
Lic. Dora Elia Silva Luna MSP.



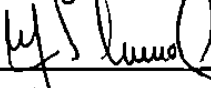
Presidente
Lic. Dora Elia Silva Luna MSP.



Vocal
Lic. Ma. Luisa Chavez Aguilera ME.



Secretario
Lic. Margarita Magallanes Zuñiga ME.



Secretario de Postgrado
Lic. Magdalena Alonso Castillo MSP.

DEDICATORIA

A Mi padre Dios,
por el temor que despierta en mi.

A mi mamá Angela,
porque ella es mis dos manos. mi confidente y mi más grande
apoyo en todo lo que emprendo.

A mi papá, Dagoberto
por la falta que me hace su presencia.

A Luis,
por su presencia física y moral siempre en mi persona.

A David, Daniel, y Valeria,
porque ellos son mi vida y mi tesoro.

GRACIAS: ¡LOS AMO!

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a la **Lic. Dora Elia Silva Luna** Asesor de mi tesis, por el apoyo incondicional que recibí de ella.

A la Fundación Kellogg por darme la oportunidad de continuar mis estudios.

Al personal docente y administrativo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, principalmente a las maestras Ma. del Refugio Durán López, Bertha Cecilia Salazar y Magdalena Alonso, así como a la Lic. Anita Castillo por sus palabras de aliento en mis momentos de desánimo y desamparo.

A la Lic. Rosa Ma. Dozal Molina directora de la Facultad de Enfermería y Nutriología de la Universidad Autónoma de Chihuahua por el apoyo en su administración.

Al Colegio de Profesores de la UACH, principalmente a la Lic. Leticia Moriel Corral, por su amistad y apoyo en la conclusión de este trabajo.

A las **Lics. Orbilia Molina Seañez y Bertha Alcazar Vazquez**, mi conciencia en esta labor.

A Oscar Trejo por su ayuda en las computadoras.

A mis hermanos Dago, Chuma, Silvia, Chiquis, Ana y Gaby por sus invaluables palabras de confianza y cariño para continuar en este camino.

A mi mamá porque sin ella me habría sido imposible concluir este trabajo.

A Luis por su paciencia ante los días de lejanía y abandono.

A todas las personas que contribuyeron de una u otra forma a la realización de este trabajo.

TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

Capítulo	Página
1. INTRODUCCIÓN.....	7
1.1 Planteamiento del Problema.....	7
1.2 Hipótesis.....	10
1.3 Objetivos.....	10
1.4 Importancia del Estudio.....	10
1.5 Limitaciones del Estudio.....	11
1.6 Definición de Términos.....	11
2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	13
2.1 Cultura, Sexualidad y ETS.....	13
2.2 Modelo de Creencias de Salud.....	15
2.3 Estudios relacionados.....	22
3. METODOLOGÍA.....	24
3.1 Diseño.....	24
3.2 Universo.....	24
3.3 Sujetos y muestra.....	24
3.4 Recursos.....	25
3.5 Procedimiento.....	25
3.6 Ética del Estudio.....	26

4. RESULTADOS	28
4.1 Resultados Generales.....	28
4.2 Análisis.....	39
4.3 Decisión respecto a la hipótesis	45
5. DISCUSIÓN	46
5.1 Conclusiones	48
5.2 Recomendaciones	49
BIBLIOGRFÍA	50
APÉNDICES	53
A. CÉDULA DE ENTREVISTA.....	54
B. INSTRUCTIVO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS	59
C. MAPA DE LA COLONIA.....	60

LISTA DE FIGURAS

Figura	Página
1. Modelo de Creencias de Salud	17
2. Adaptación del Modelo de Creencias de Salud.....	21
3. Informante de los cambios corporales, relaciones sexuales y Enfermedades de Transmisión Sexual	30
4. Conocimiento de los sujetos de estudio sobre como se contagian las Enfermedades de Transmisión Sexual	31
5. <i>Enfermedades de Transmisión Sexual que conocen los sujetos del estudio</i>	32
6. Medidas preventivas que conocen y utilizarían los adolescentes y jóvenes del estudio	33

LISTA DE CUADROS

Cuadro	Página
1. Datos demográficos de la población estudiada.....	28
2. Medidas preventivas que utilizaría de estar expuesto a las enfermedades de transmisión sexual e información acerca de las relaciones sexuales.	34
3. Informante sobre relaciones sexuales.....	35
4. Informante y conocimiento sobre el modo de contagio de las enfermedades de transmisión sexual	36
5. Conocimiento de las enfermedades de transmisión sexual y enfermedad que reconocen como tal.	37
6. Informante y conocimiento que sobre las enfermedades de transmisión sexual tienen los sujetos del estudio.....	38
7. Correlación entre medidas preventivas que utilizaría para las enfermedades de transmisión sexual e informante acerca de las relaciones sexuales.....	39
8. Correlación entre medidas preventivas que utilizaría y las enfermedades de transmisión sexual que conocen los sujetos del estudio.....	40
9. Correlación entre informante sobre las enfermedades de transmisión sexual y medidas preventivas que conocen los adolescentes y adultos jóvenes del estudio.....	41
10. Correlación entre señal de acción de las enfermedades de transmisión sexual y medidas preventivas que utilizaría la población estudiada.	42
11. Correlación entre conocimiento de formas de contagio de las enfermedades de transmisión sexual y medidas preventivas que usarían los sujetos del estudio.....	43
12. Correlación entre formas de contagio de las enfermedades de transmisión sexual que reconocen los jóvenes y medidas preventivas que utilizaría si estuviese expuesto a ellas.	44

RESUMEN

María Teresa Pérez Piñón.

**Fecha de Graduación: Enero
1998.**

Universidad Autónoma de Nuevo León.

Facultad de Enfermería.

Título del Estudio:

**“MODELO DE CREENCIAS DE SALUD
Y ENFERMEDADES DE
TRANSMISIÓN SEXUAL EN
ADOLESCENTES Y ADULTOS
JÓVENES”**

Número de páginas: 60

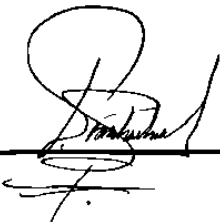
**Candidato para el grado de
Maestría en Enfermería con
Especialidad en Salud
Comunitaria.**

Área de estudio: Salud Comunitaria.

Propósito y Método del Estudio: Con el fin de identificar la información que el joven posee sobre sexualidad, enfermedades de transmisión sexual (ETS) y las medidas de protección que ha usado o utilizaría respecto ellas; se realizó esta investigación bajo el concepto de las señales de acción del Modelo de Creencias de Salud. Este estudio fue transversal y descriptivo. Para este propósito se elaboró una cédula de entrevista a adolescentes y adultos jóvenes (CEAAJ), misma que se aplicó a 102 sujetos. Los resultados se interpretaron en base a la X^2 del SPSS en variables demográficas, señales de acción y medidas preventivas.

Contribuciones y Conclusiones: El estudio proporciona al profesional de Enfermería Comunitaria una oportunidad para identificar áreas específicas para el primer nivel de atención, enfocándose a la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y al manejo de su sexualidad en los jóvenes. Se encontró que existe una correlación positiva entre señales de acción y medidas preventivas que utilizaría la población estudiada. Así mismo la correlación entre conocimiento de formas de contagio de ETS y medidas preventivas que usarían los sujetos del estudio fue positiva. Se identificó que los jóvenes reciben de los medios de comunicación y del maestro mayores señales de acción sobre su sexualidad y ETS. La medida de protección que los jóvenes utilizarían para prevenir las ETS son los métodos de barrera. Se aceptó la hipótesis alterna: *El conocimiento y las señales de acción que tienen los adolescentes y adultos jóvenes sobre ETS y sexualidad se relacionan con las medidas preventivas para estas enfermedades.*

FIRMA DEL ASESOR:



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Informar a los jóvenes sobre su sexualidad y medidas preventivas para las enfermedades de transmisión sexual (ETS), es una parte importante del quehacer de la enfermera comunitaria, pues a los jóvenes se les dificulta obtener información confiable acerca de las ETS y sexualidad a través de los programas comunitarios existentes (Townsend, y cols. 1987).

Sobre lo anterior Hurlock (1989) afirma que los adolescentes están expuestos a mensajes que romantizan el sexo a través de los diferentes medios de comunicación como son: cine, televisión, radio entre otros, situación que los conduce a fantasear en este aspecto. Por otro lado, el autor refiere que personas con cierta autoridad sobre ellos como padres y maestros refuerzan mensajes que rechazan la actividad sexual fuera del matrimonio.

Dado que el Modelo de Creencias de Salud de Rosenstock (1966), es aplicable al estudio de comportamientos humanos atribuidos tanto al sujeto, como a la influencia de otros, es que se consideró idóneo para estudiar si la información que reciben los jóvenes sobre sexualidad y ETS está relacionada con las medidas preventivas que ellos utilizarían en su persona respecto a estas enfermedades, en un diseño transversal y descriptivo.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Pego (1991), al referirse a las enfermedades de transmisión sexual en México, afirma que el insuficiente conocimiento sexual y la práctica promiscua del sexo hacen que el individuo se vea expuesto a contraer alguna ETS, principalmente en los jóvenes que no tienen una pareja permanente y buscan satisfacerse con personas de conducta sexual dudosa, lo que representa un eslabón de la cadena de transmisión de dichas enfermedades

Arya y cols. (1983), afirman que los medios de comunicación abordan con mayor libertad los temas referentes al sexo, derrumbando algunos tabúes, sin embargo, aún persisten los prejuicios cuando se habla

directamente sobre sexualidad, por lo que se elude tratar el tema en forma clara en el hogar o escuela.

Leslie-Harwait (1988), señala que en muchos de los casos los jóvenes tienen un conocimiento pobre sobre sexualidad, pues en un estudio que realizaron en Bombay (India), el 60 por ciento de la población estudiada sabía poco sobre el tema y más del 90 por ciento casi nada con respecto a las ETS.

Por desgracia en los países en vías de desarrollo se le presta poca atención a la educación sexual, y cuando sucede, en el mejor de los casos se reduce a brindar información relacionada únicamente con el aparato reproductor femenino y masculino. ya sea por tabúes existentes desde generaciones precedentes o porque sigue siendo polémica la aceptación de la educación sexual formal.

Es importante mencionar que la información que se proporciona al adolescente o adulto joven sobre sexualidad, en la mayoría de los casos puede considerarse equivocada. lo que condiciona al joven a que la práctica del sexo sea confusa. Sin embargo, Treviño (1992) mostró que la información proporcionada por enfermería tiene efectos positivos en quienes la reciben, encontrando una relación significativa con la percepción de eficacia y susceptibilidad percibida por los usuarios y no usuarios de los métodos anticonceptivos. Mientras que los medios de comunicación no influyeron en estas variables.

Además se considera importante tomar en cuenta las opiniones que poseen los jóvenes, con respecto a la práctica sexual, para tomar medidas preventivas o de acción que sean satisfactorias para la sociedad en que se desenvuelve y para sí mismo. Sobre esto, Vela (1993), manifiesta que los padres tienen poca influencia sobre los adolescentes aun cuando en su estudio encontró que la madre es la persona más significativa en lo concerniente a dicho aspecto. Así mismo Cruz (1995) aclara que los padres están dejando la responsabilidad de la educación de sus hijos en manos de los maestros, cuestión que impide una comunicación mas abierta con ellos.

Por otro lado, aunque se han hecho campañas para la prevención de ETS (principalmente el SIDA), promovidas por los organismos de salud y la disposición de organismos nacionales e internacionales (Leslie-Harwait, 1988), la frecuencia de estas enfermedades va en aumento en los jóvenes. Rosenberg (1990), señala que en la década de los 80's aumentaron las

tasas en Estados Unidos de América (EUA), así también incrementaron los casos de chlamidia y las cepas resistentes a la penicilina de neisseria gonorrea.

En la práctica profesional como enfermera comunitaria en Chihuahua, Chih., se han atendido adolescentes o adultos jóvenes que buscan atención médica por ETS en grado avanzado y con o sin tratamiento, continúan su actividad sexual sin control ni protección, ignorándose la fuente de contagio. Lo que da una fuente de oportunidad para el trabajo de enfermería, pues se considera una barrera que impide la acción preventiva de los jóvenes hacia la ETS.

En el área metropolitana de Monterrey, N.L., se reportaron en 1991 por orden de frecuencia, tanto en hombres como en mujeres: 2439 casos de vulvovaginitis por candidiasis; tricomoniasis urogenital con 1424, gonorrea 76, herpes genital 27, sífilis adquirida 21, linfogranuloma venéreo 3 y sífilis congénita un caso. (Unidad de Cómputo del Programa de Salud Guadalupe, U.A.N.L.. 1992). No se identificaron las edades específicas, sin embargo los jóvenes son los de mayor riesgo.

De ahí se deriva la importancia de las medidas preventivas que según Reid y Lane (referidos por Berúmen en 1996) "pueden reducir la intensidad y frecuencia" de la enfermedad, y sí se está enfermo permite un mayor control sobre su patología.

Para comprender en mayor medida el como los individuos se involucran en medidas preventivas, Rosenstock (1966), desarrolló el Modelo de Creencias de Salud (MCS), el cual establece que sus tres elementos interactúan de la siguiente manera: *percepciones individuales* se suma a los *factores modificadores* para dar la *probabilidad de acción*. En el elemento de factores modificadores puede ocurrir la interacción de variables inherentes al individuo y otras ajenas a él, que en un momento dado le inducen a optar por una determinada acción. En el primer caso, está el conocimiento que sobre la enfermedad particular tiene la persona y en el segundo, está lo que el autor llama señales para la acción, es decir, la información que el individuo recibe de fuentes externas.

Con base en los argumentos hasta aquí señalados, se efectuó este estudio bajo la siguiente pregunta de investigación: **¿Cómo se relacionan el conocimiento y las señales de acción sobre sexualidad en los**

jóvenes de 15 a 24 años con la conducta preventiva de enfermedades de transmisión sexual?

1.2 HIPÓTESIS

Hi El conocimiento y las señales de acción que tienen los adolescentes y adultos jóvenes sobre ETS y sexualidad se relacionan con las medidas preventivas para estas enfermedades.

1.3 OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Objetivo general.

- Conocer la relación existente entre las medidas preventivas con el conocimiento y señales de acción que tienen los adolescentes y adultos jóvenes sobre ETS.

Objetivos Específicos:

- Identificar el conocimiento de los adolescentes y adultos jóvenes sobre ETS y sexualidad.
- Identificar los informantes y contenido de la información que proporcionan sobre sexualidad y ETS.
- Conocer las medidas preventivas que el adolescente o adulto joven tomaría para las ETS.
- Identificar las señales de acción sobre sexualidad y ETS.

1.4 IMPORTANCIA DEL ESTUDIO.

Al usar los factores modificadores manejados en el Modelo de Creencias de Salud de Rosenstock (1966), el presente estudio permitió identificar la relación del conocimiento que poseen los adolescentes y adultos jóvenes sobre sexualidad y ETS, con las medidas preventivas que

tomarían al respecto. Con ello se proporciona a la enfermería comunitaria un área de oportunidad para ampliar el rol de educador y promotor de la salud, en las intervenciones hacia los jóvenes y su sexualidad, así como a la prevención de las enfermedades de transmisión sexual.

El estudio provee algunos elementos para establecer programas estructurados sobre las ETS en adolescentes y adultos jóvenes, en cuanto al conocimiento sobre estos factores, tomando en cuenta las señales de acción que guían a los jóvenes hacia conductas preventivas respecto con su propia salud.

1.5 LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

La cédula de entrevista utilizada en este estudio requiere someterse a pruebas para valorar su confiabilidad y validez.

Por otra parte el Modelo de Creencias de Salud se manejó parcialmente, lo que implica una limitación conceptual. Por todo lo anterior los resultados sólo son generalizables a los sujetos de estudio u otros con características similares.

1.6 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.

Medidas Preventivas:

Son aquellas acciones preventivas que el individuo efectúa con la finalidad de obtener un beneficio o evitar alguna enfermedad (Rosenstock, 1966), tales como: uso de preservativo u otro método mecánico al efectuar el acto sexual, no realizar el acto sexual con personas reconocidas como de alto riesgo (homosexuales o prostitutas), abstinencia sexual y evitar promiscuidad sexual.

Adolescente:

Personas de ambos sexos que se encuentre entre 15 y 19 años de edad.

Adulto Joven:

Personas de ambos sexos que se encuentre entre los 20 y 24 años de edad.

Sexualidad:

Es la forma en que cada joven manifiesta y satisface sus impulsos y conductas sexuales; además de las manifestaciones fisiológicas propias de cada sexo (Hess, 1991).

Señales de Acción:

Son campañas de prevención, asesoría o consejo individual o grupal en las cuales se informa a la población en general sobre determinado padecimiento y sus medidas preventivas (Rosenstock, 1966). Para este estudio en concreto es la información que el adolescente o adulto joven dice recibir sobre sexualidad y ETS a través de los canales de comunicación, como son televisión, radio, cine, prensa, libros o revistas además del consejo o asesoría de enfermeras, médicos, maestro, familia o amigos. Así como si tuvo contacto con la enfermedad.

Enfermedades de Transmisión Sexual:

Patología adquirida a través del contacto sexual de una persona enferma a una sana (García y cols., 1992).

Conocimiento de ETS:

Cuando el sujeto reconoce que el SIDA, sífilis y gonorrea son transmitidas sexualmente, así como su modo de contagio y medidas de prevención (Rosenstock, 1966).

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1 CULTURA, SEXUALIDAD Y ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

La conducta positiva o negativa referente a la sexualidad se manifiesta desde la adolescencia: por consiguiente, es la etapa de la vida donde se puede influir sobre los jóvenes. La adolescencia se caracteriza por el desarrollo de los órganos sexuales que posibilitan la unión sexual y la reproducción, además se distinguen los rangos físicos que hacen diferente al hombre de la mujer (Hess, 1991). Whaley, citado por Casique (1996), refiere que la adolescencia es un período de intensos cambios psico-físicos del ser infante para llegar a la adultez, y se inicia en mayor medida la curiosidad sexual.

Estos cambios originan que el adolescente sea extremista, inestable y que busque la independencia. es importante para él ser aceptado: el temor a ser rechazado lo lleva a copiar actitudes, lenguaje y a seguir la moda. Es la época en que inicia la búsqueda de su propia identidad, existe acrecentamiento de los impulsos sexuales que no sabe como manejar y sentimientos bisexuales que lo confunden, por lo que el varón busca satisfacerse sexualmente por medio de la masturbación, o con alguna pareja ya sea casual o con prostitutas; la mujer es probable que tenga represión sexual o abstinencia. Aunque el joven haya llegado a la madurez biológica, aún no alcanza la madurez psicológica y social que son necesarias para manifestar su impulso sexual de manera que sea aceptado por la sociedad (Murray, 1992).

Las creencias existentes en la cultura occidental respecto a las ETS son que surgen por falta de higiene y por promiscuidad sexual entre otras causas, asociándolas con actitudes de desagrado y vergüenza por lo que se ha preferido llamarlas enfermedades de transmisión sexual y no venéreas (Arya, 1983). Desde el punto de vista religioso Shoonover (1988), refiere que para la mayoría de los católicos mexicano-americanos las ETS son

consideradas como impías y vergonzosas por lo que no se aborda libremente el tema.

La información que se proporciona sobre sexualidad y ETS debe fundamentarse en conceptos científicos y sólidos además de plantearse en forma abierta y franca tomando en cuenta el desarrollo psicosexual del individuo.

Monroy (1985) y Casique (1996), señalan que la información al respecto se proporciona de dos maneras: Consciente e inconscientemente. La información sexual consciente es la que se planea y dirige, la inconsciente se deriva de las actitudes diarias y del ejemplo de como sus mayores ven y viven su propia sexualidad, por lo que se debe aprovechar los cambios psicológicos y la búsqueda de la propia identidad del adolescente para que comprenda y cultive su sexualidad en sentido positivo.

En este sentido Rostkier (1987) refiere que si los padres y los maestros participaran unidos en formar a los jóvenes, éste comprendería en mayor medida su sexualidad.

Unda (1988) refiere que las ETS eran propias de las prostitutas y que a partir de 1839 tomó auge el uso del preservativo, así dio inicio la a producción masiva del mismo, logrando disminuir la propagación de ETS.

Sin embargo, Gale (1991) señala que cada año se comunican aproximadamente 400,000 casos nuevos de herpes genital, calculándose que 20 millones de estadounidenses padecen la enfermedad; el autor refiere que en 1979 se informaron más de dos mil casos de gonorrea, de los cuales más del 60 por ciento ocurrieron entre adolescentes y adultos jóvenes; además afirma que el número de casos de sífilis (27,000) en 1980, no se aproxima a la incidencia de gonorrea o herpes; sin embargo epidemiológicamente es importante por las complicaciones que acarrea cuando no se lleva el tratamiento adecuado y a tiempo.

Rodríguez, citado por Casique (1996), afirma que en México existen aproximadamente 500 000 casos de SIDA, de los cuales el 13 por ciento son adolescentes y adultos jóvenes; con ello surge la preocupación por identificar el conocimiento que tiene dicha población sobre el SIDA, puesto que el autor refiere: "existe una sobreposición de mitos y valores que tienen los jóvenes acerca de esa enfermedad"

Una publicación de un periódico de la localidad señala que la OMS encontró que en 13 países, entre ellos México, disminuyó el ritmo de contagio del SIDA debido a las campañas preventivas de los medios de comunicación, promoviendo el uso del condón o preservativo, especialmente en las zonas pobres y de prostitución, donde el riesgo de contagio es mayor. (Periódico El Nacional, Monterrey, N. L., 1992 y García y cols., 1992)

2.2 MODELO DE CREENCIAS DE SALUD

En la promoción de la salud, prevención de enfermedades y prolongación de la vida, intervienen factores relacionados con el medio ambiente físico, biológico además de las creencias y formas de conducta del individuo, familia y comunidad.

Para comprender en mayor medida las creencias y conductas del individuo en la comunidad, Rosenstock (1966), elaboró el Modelo de Creencias de Salud (MCS) en el cual maneja tres puntos sobresalientes que son: percepciones individuales, factores modificadores y probabilidad de acción.

- 1) En percepciones individuales, incluye: a) la susceptibilidad percibida y b) severidad percibida.
- 2) En factores modificadores implica variables: a) demográficas, b) sociopsicológicas, c) estructurales, d) amenaza percibida y e) señales de acción: éstas últimas comprenden los siguientes rubros: a) campañas masivas, b) consejo de otros, c) tarjeta de recordatorio, d) enfermedad presentada en miembros de la familia o amigos, e) artículos de periódicos o revistas.
- 3) La Probabilidad de acción es la que engloba a) beneficios y barreras percibidas para una acción, b) probabilidad de tomar acciones preventivas ante determinado evento.

Rosenstock, Strecher y Becker (1988) manifiestan que: "El Modelo de Creencias de Salud (MCS) plantea la hipótesis de que la acción relacionada a la salud depende de la presencia simultánea de tres clases de factores:

1. La existencia de la motivación suficiente (o preocupación por la salud) para hacer sobresalientes a relevantes los aspectos de salud.
2. La creencia de que uno es susceptible (vulnerable) a un problema serio de salud o a la secuela de esta enfermedad o condición. Con frecuencia se le llama a esto amenaza percibida
3. La creencia de que el seguir una recomendación particular de salud sería beneficioso para reducir la amenaza percibida, y a un costo subjetivamente aceptable. Costo se refiere a las barreras percibidas que deben superarse para poder seguir la recomendación de la salud ; incluye los desembolsos económicos, aunque no se limita a esto.”

Rosenstock plantea el siguiente esquema del Modelo de Creencias de Salud.

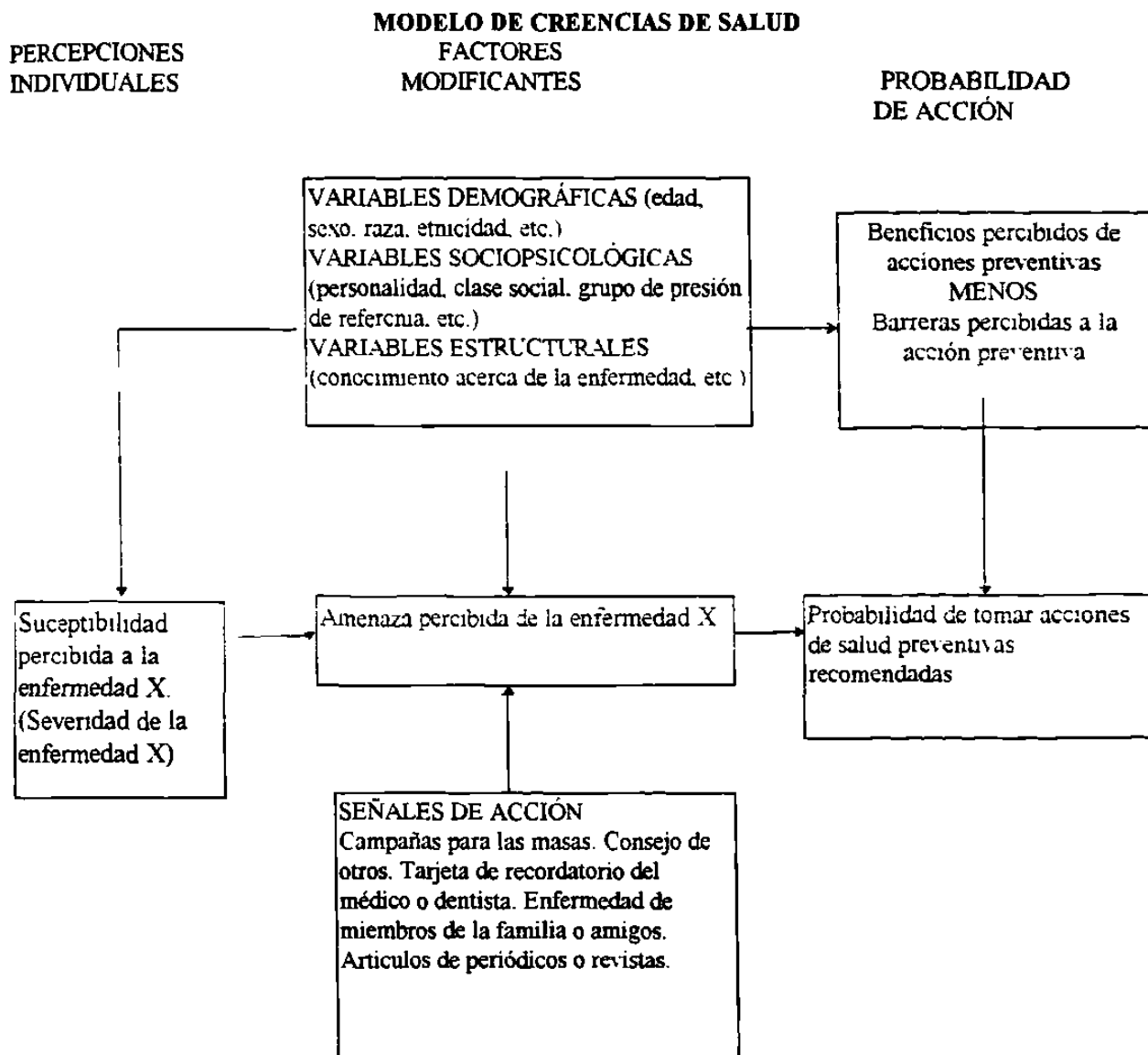


FIG. 1 El Modelo de Creencias de Salud como predictor de conducta de salud preventiva. (Rosenstock, 1966)

Es necesario describir los componentes del MCS para una mayor comprensión del mismo:

Percepciones Individuales.

Susceptibilidad percibida al padecimiento. Es la creencia del individuo de la posibilidad de padecer alguna enfermedad o permanecer sano ante los factores de riesgo que podrían propiciar la enfermedad. Rosenstock, Strecher y Becker (1988) aclaran que “en la susceptibilidad percibida se emplean tres enfoque :

- 1) Examinar la creencia del individuo en la exactitud del diagnóstico donde la enfermedad es amenazante. donde hay falta de confianza en el médico o procedimiento diagnóstico, o cuando existen creencias de salud erróneas ; el paciente puede rechazar las conclusiones del médico y así mantener un enfoque distorsionado de la susceptibilidad personal a la enfermedad.
- 2) Extendiendo el estímulo del concepto del individuo de “resusceptibilidad”, o la probabilidad de recurrencia de la enfermedad, si el o ella la han tenido antes.
- 3) Midiendo los sentimientos subjetivos individuales de vulnerabilidad a varias enfermedades o a la enfermedad en general”.

Severidad percibida. Es la creencia del individuo de la gravedad y/o severidad del padecimiento, y sobre las repercusiones de la enfermedad. Los autores antes mencionados manifiestan que : “esta variable se refiere a la percepción subjetiva de una persona mas que al estímulo “médico” u objetivo de que tan seria puede ser la enfermedad “. Rosenstock (1966) afirma que “el grado de seriedad puede ser juzgado por el grado de despertamiento emocional creado por el pensamiento de una enfermedad así como por el tipo de dificultades que el individuo cree que una condición de salud le creará.

Factores Modificadores.

Variables Demográficas. Son aquellas que se toman en cuenta para que el individuo utilice o no los servicios de salud, tales como: edad, sexo, origen étnico, ingreso económico y educación, entre otros.

Variables Sociopsicológicas. Este tipo de variables intervienen y/o modifican la atención de salud demandada; y pueden ser: nivel o estrato social y personalidad, entre otros.

Variables Estructurales. Es el conocimiento que se tiene del padecimiento y del contacto previo con éste y que puede influir para tomar conductas preventivas hacia la misma enfermedad. "El rol de estas variables (demográficas, sociopsicológicas y estructurales) originalmente sirvieron para condicionar las percepciones individuales y los beneficios percibidos de acciones preventivas, cuestión que no se ha modificado hasta el momento' (Rosenstock 1966).

Percepción del Padecimiento como Amenaza. Es la sensación del individuo de ver amenazada su integridad física, mental y social por una determinada enfermedad ya sea que le afecte directa o indirectamente.

Señales de Acción. Son estímulos en forma de campañas de prevención, asesoría o consejo individual o grupales. en las cuales se le informa a la población en general sobre determinado padecimiento y sus medidas preventivas. Se considera que eventos internos como el dolor o cambios en la función o estado corporal también pueden impulsar una conducta. Rosenstock (1966) dice : "los niveles combinados de susceptibilidad y severidad dieron la energía o fuerza para actuar y la percepción de beneficios (menos barreras) dieron un camino perfecto de acción" "... en el área de la salud tales señales pueden ser internas (ejemplo :percepción de estados corporales) o externas (ejemplo : interacciones personales, el impacto de los medios de comunicación o el recibir una tarjeta de recordatorio del dentista) . La intensidad requerida de una señal que se consideró suficiente para disparar la conducta varío presumiblemente con las diferencias en los niveles de susceptibilidad y severidad".

Probabilidad de acción

Beneficios percibidos. Son aquellas acciones preventivas que el individuo efectúa con la finalidad de obtener uno o varios beneficios: prevenir o recobrar la salud, bajo costo, horario accesible, atención adecuada entre otros. "... la conducta del paciente depende de que tan

benéficas piensan que son las diferentes alternativas de solución para su caso. Por supuesto, debe haber disponibilidad para el, al menos una acción que sea subjetivamente posible. La alternativa es posible que sea benéfica si se relaciona subjetivamente a la reducción de la susceptibilidad percibida de la enfermedad". "las creencias de las personas acerca de la disponibilidad y efectividad de varios cursos de acción, y no los hechos objetivos acerca de la acción, determinan que curso tomarán. A su vez, sus creencias en esta área son indudablemente influenciadas por las normas y presiones de sus grupos sociales" (Rosenstock, 1966).

Barreras Percibidas. Son aquellas situaciones que impiden al individuo tomar acciones preventivas o de acción ante determinada enfermedad; como el alto costo en la consulta o tratamiento, pudor o vergüenza, inaccesibilidad en el horario entre otros. Rosenstock (1966) dice que "un individuo puede creer que una acción dada será efectiva en reducir la amenaza de enfermedad, pero al mismo tiempo ve la acción como inconveniente, cara, poco placentera, dolorosa o turbadora. Esos aspectos negativos de acción en salud sirven como barreras de acción y despiertan motivos conflictivos de evitación".

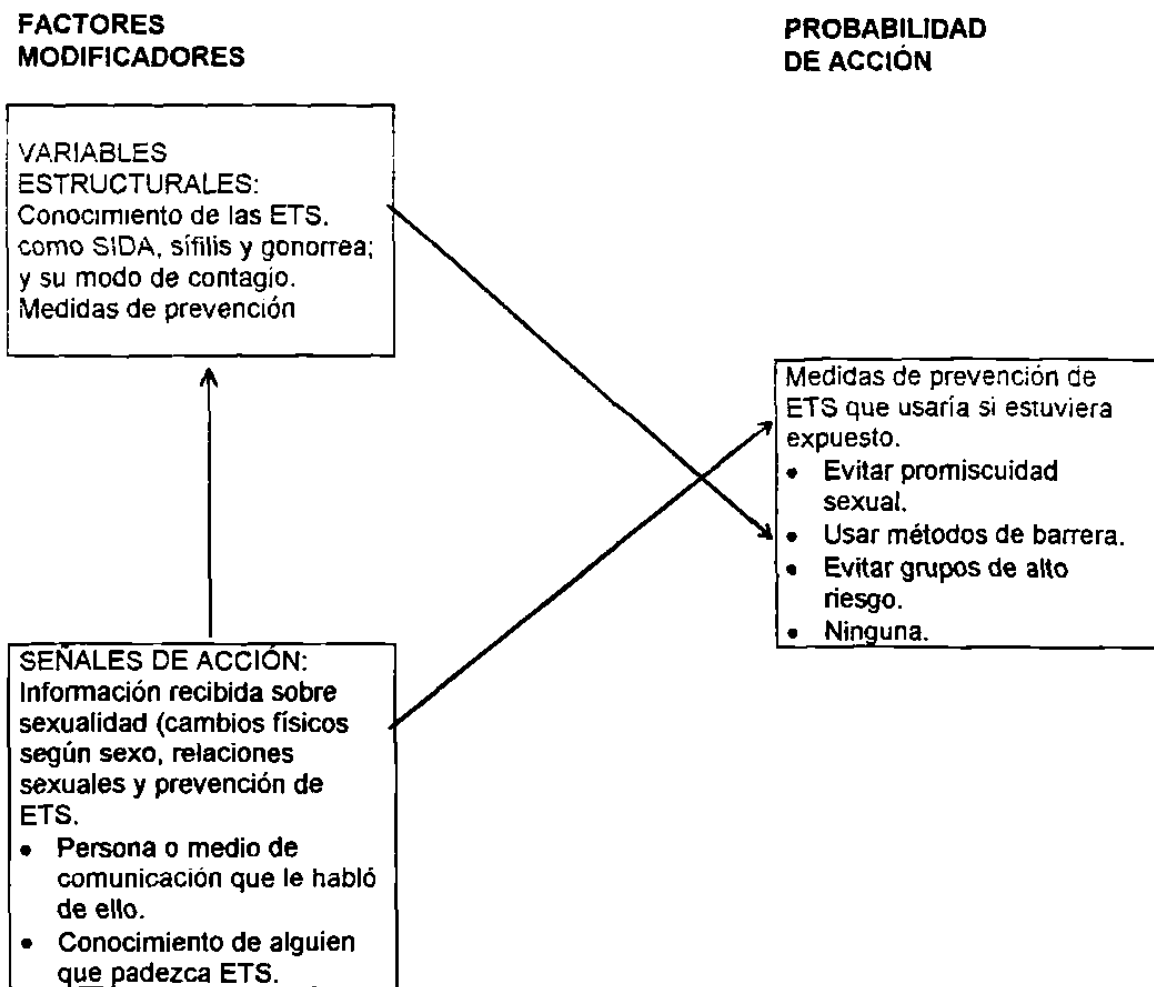
Probabilidad de tomar acciones de salud. a) Es la sensación de la persona de que al tomar una acción particular, sería benéfico para reducir su susceptibilidad a la enfermedad, o si ya se obtuvo, reduce la severidad. b) El balance que el sujeto hace de los beneficios y barreras percibidas, son las acciones de prevención que se lleven a cabo respecto a determinada enfermedad.

Learson y cols.(1982) declaran que el utilizar el MCS en estudios de tipo social es idóneo, pues las señales de acción influyen en la conducta a tomar sobre las medidas de protección a la salud.

Para este estudio en particular se decide tomar de este Modelo los factores modificadores, específicamente las variables estructurales y señales de acción relacionadas con las medidas preventivas, el conocimiento acerca de las ETS y su modo de contagio, así como las señales de acción que puedan recibir los jóvenes acerca de su sexualidad a través de los canales de comunicación o de consejo o asesoría de otra persona se verán relacionadas con las medidas preventivas que los

adolescentes tomen para evitar las ETS (SIDA, sífilis o gonorrea).
Representándose de la siguiente forma :

FIGURA No. 2
ADAPTACIÓN DEL MODELO DE CREENCIAS DE SALUD DE
ROSENSTOCK PARA ESTA INVESTIGACIÓN
(Pérez Piñón y Silva Luna 1997)



2.3 ESTUDIOS RELACIONADOS AL MODELO.

Aún cuando el Modelo de Creencias de Salud a sido usado en diversos estudios para indagar los comportamientos preventivos de las personas, no se localizaron reportes acerca de su uso para conocer el efecto de la información sobre sexualidad y medidas preventivas, por lo que se presentan aquellos que de alguna forma refieren ventaja en el uso parcial del modelo con algunos de sus conceptos como; factores modificadores (conocimientos) y señales de acción u otros en conductas preventivas frente a diversos problemas de salud y son los siguientes:

Duran (1990) afirma que la enfermedad es un problema social que afecta a la mayoría y que las creencias que el individuo posee lo conduce a tomar ciertas actitudes sobre la salud y la enfermedad, en esta última interfieren factores biológicos. normas y hábitos de conducta, además el nivel socioeconómico y cultural al que pertenece el individuo entre otros. Ella se apoyó en el MCS para determinar la influencia de factores socio culturales en prevención y control de displasia cervical; en él encontró que el 63 por ciento de las mujeres estudiadas no recibieron orientación del programa de detección oportuna de cáncer (DOC).

Berúmen (1996), utilizó las percepciones individuales y factores modificadores para identificar si las creencias maternas incluyen en la prevención de crisis en el niño con asma y encontró que existe una asociación con una r de 0.33 y un nivel de significancia de 0.01 entre los conocimientos y las medidas preventivas del asma.

Vicente (1993), manifiesta que el Modelo de Creencias de Salud debe conocerse, comprenderse y retomarse en beneficio de la salud y para el desarrollo de la enfermería. Ella para su estudio utilizó un instrumento semi-estructurado, donde incluyó factores modificadores (datos demográficos, sociopsicológicos y estructurales), variables de creencias maternas o percepción de riesgo, creencias de posibilidad de acción y conductas preventivas. "En los resultados encontró que las percepciones maternas de susceptibilidad y severidad tuvieron una asociación positiva baja (0.30 y 0.32), una p de 0.05 con la conducta preventiva materna. La posibilidad de acción preventiva obtenida a través de beneficios y barreras percibidas mostraron correlación positiva débil con un coeficiente de 0.28 y

una p de 0.05 con la conducta preventiva materna". En su estudio se aceptó la hipótesis alterna.

Terán (1993) aclara que la susceptibilidad percibida a la enfermedad se relaciona con la frecuencia de uso de programas preventivos. Además demostró que la escolaridad no influye en la decisión de tomar medidas preventivas hacia la enfermedad. La autora encontró una correlación de 0.47 y una significancia menor de 0.05 en la creencia de la madre de que su hijo tuviera posibilidades de enfermar o no al llevarlo al control del niño sano. También al relacionar la susceptibilidad de la madre de creer si podía embarazarse en ese momento, encontró una correlación de 0.40 con una significancia menor de 0.05. En este estudio se aceptó la hipótesis de investigación.

Becker (1974), afirma que la percepción a la enfermedad se relaciona con la conducta preventiva de las madres, así como con el dar o no el medicamento a sus hijos.

McPhee y Cols. (1989) utilizaron como estrategia el recordar y educar constantemente a mujeres en edad fértil, para que se realizaran la detección oportuna de cáncer y señalan que en los resultados obtenidos los recordatorios de las pruebas de cáncer fue la mas efectiva.

Rosenstock (1966), señala que "el trabajo continuo con su MCS puede tener grandes beneficios. La ayuda en la educación en Salud Pública es aumentar la proporción de gente que consciente, racional y libremente tome medidas preventivas o acciones para examinar la presencia de enfermedades mientras está libre de síntomas".

Treviño H. (1992) utilizó el MCS para conocer la orientación que enfermería proporciona a la comunidad sobre métodos anticonceptivos, además de identificar la información que reciben los usuarios de planificación familiar a través de los medios de comunicación social.

Escamilla R. (1995), refiere que las creencias maternas en aspectos de alimentación no guardan relación con la nutrición. Los resultados de su estudio revelaron que, respecto a los factores modificadores sociopsicológicos, las madres mencionaron a las personas que les habían dado recomendaciones para mejorar la alimentación de sus hijos, aclarando que un 30.7 por ciento a los profesionistas (médico, enfermera, nutriólogo), en un 11 por ciento su propia madre, un 3.2 por ciento su abuela y un 2.1 por ciento los vecinos.

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1 DISEÑO

La presente investigación fue retrospectivo, transversal, descriptivo y de campo (Torres, 1992).

3.2 UNIVERSO

El universo de estudio fue una población constituida por 274 sujetos entre 15 a 24 años. La investigación se llevó a cabo en jóvenes y adolescentes de una colonia ubicada en ciudad Guadalupe N.L.

3.3 SUJETOS Y MUESTRA

El muestreo fue probabilístico, aleatorio simple, con un nivel de confianza de 1.96 y de precisión de 0.05. La fórmula utilizada para determinar el tamaño de la muestra fue la siguiente:

$$n = \frac{(N) (p) (q) (z^2)}{(N-1) (EE)^2 + (p) (q) (z)^2}$$

Así se obtuvo una muestra de 102 adolescentes y adultos jóvenes entre 15 a 24 años.

Criterios de Inclusión.

- Adolescentes y adultos jóvenes, ambos sexos, de 15 a 24 años.

- Adolescentes y adultos jóvenes con domicilio en la colonia elegida para el estudio.

3.4 RECURSOS

Material.

Para la recolección de datos se diseñó una Cédula de Entrevista a Adolescentes y Adultos Jóvenes (CEAAJ) de 22 ítems, por medio del cual se identificaron los factores modificadores y medidas preventivas para las ETS.

La CEAAJ está integrada en tres secciones: La primera son datos de identificación del sujeto estudiado. La segunda contiene los factores modificadores, específicamente las variables estructurales (conocimiento) y señales de acción: esta parte consta de 10 ítems cerrados. La tercera parte son las medidas preventivas que tomaría el joven se viera expuesto ante una ETS y quien ha sido el informante de estas medidas de protección. Con esta última parte se hace un total de 22 ítems. (Ver apéndice A). Se procedió a efectuar la validez en la consistencia interna de la cédula, mediante el alfa de Cronbach de cada apartado y en forma global, encontrando lo siguiente:

COMPONENTES DE LA CÉDULA	ALFA DE CRONBACH
Señales de acción.	.64
Medidas preventivas	.30
Total	.40

3.5 PROCEDIMIENTO

Después de elaborado el instrumento se procedió a realizar la prueba piloto por la autora del estudio en 20 jóvenes con características semejantes a los criterios establecidos para el estudio; en este momento se valoró la comprensión de los ítems por los sujetos del estudio y el tiempo que se llevaron en contestar. En base a esto se hicieron las correcciones necesarias para facilitar la comprensión a las personas estudiadas.

Una vez que se probó el instrumento se procedió a entrevistar a los adolescentes y jóvenes que quedaron incluidos en la muestra del estudio. La mayoría de los jóvenes que quedaron dentro de la muestra tomaban

como punto de reunión lugares estratégicos de la colonia, uno de ellos era la cancha deportiva de el Centro de Salud; la autora del estudio los citó en dicho lugar de 10 a 15 personas por día para aplicarles la CEAAJ, cada entrevista duró aproximadamente de 10 a 15 minutos. Para las personas que fueron menores de edad, se tuvo una entrevista previa con el padre o tutor del sujeto estudiado para solicitar su aprobación para que su hijo participara en el estudio, mismo que aceptaron sin objeción. Se llevó alrededor de 10 días para la recolección de datos.

Posteriormente se procedió a la tabulación de datos, utilizando el paquete estadístico de las ciencias sociales (SPSS, por sus siglas en inglés), para dar el análisis por medio de tablas de frecuencia y pruebas de significancia utilizando la X^2 .

En virtud de que las variables fueron nominales y que en ellas se buscó encontrar una asociación se utilizó el coeficiente de correlación V de cramer y para su interpretación la autora del estudio se apoyó en Levin (1979).

Al hacer el análisis de los datos se decidió hacer agrupaciones de algunos puntos del instrumento. estas fueron hechas con el propósito de conjuntar las respuestas *no sabe* con *no ha recibido información*.

Así también en algunas correlaciones se conjuntaron *evitar grupos de alto riesgo* con *evitar promiscuidad*, pues en algunas de ellas había varias celdillas vacías lo que originaba que la correlación saliera demasiado débil o negativa.

3.6 ÉTICA DEL ESTUDIO

Basándose en la Ley General de Salud (1991) se determinó que en esta investigación se protegieron los derechos y bienestar del sujeto estudiado, pues se respetó la dignidad en todo momento. (Cap. 1, Art. 13).

Así mismo se respetó la confidencialidad y anonimato individual de las personas estudiadas ; en ningún momento se manifiesta su identidad (Art. 14). Los resultados de la investigación no serán utilizados para dañar a los sujetos de estudio (Cap. V, Art. 58, fracc.II).

El estudio fue una investigación sin riesgo, puesto que no hubo intervención alguna que pudiera afectar psicológica, social o fisiológicamente al sujeto estudiado. (Título 11, Art. 17, fracc.1).

Apoyándose en el artículo 14 de la Ley General de Salud se solicitó la colaboración del sujeto de estudio manifestándole el objetivo de la investigación y que él dejaría de participar en el momento que lo considerará conveniente. (Art.21, fraccVII).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS.

Para la presentación de los resultados se siguió el orden con el que se obtuvo la información, presentando primero los datos generales de la población y posteriormente el análisis o correlación de las variables, tomando como estadístico la V de Cramer a partir de la X^2 .

4.1 RESULTADOS GENERALES

CUADRO No. 1

DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.

Datos Demográficos		No.	%
EDAD	15-19	69	67.6
	20-24	33	32.4
	TOTAL	102	100
SEXO	FEMENINO	61	59.8
	MASCULINO	41	40.2
	TOTAL	102	100
ESTADO CIVIL	SOLTERO	71	69.6
	CASADO	27	26.5
	UNIÓN LIBRE	4	3.9
	TOTAL	102	100
OCUPACIÓN	OBrero	30	29.4
	ESTUDIANTE	24	23.5
	DESEMPLEADO	11	10.8
	HOGAR	33	32.4
	EMPLEADO	4	3.9
	TOTAL	102	100
ESCOLARIDAD	MENOS DE 6 AÑOS	19	18.6
	6 A 9	59	57.9
	10 A MÁS	24	23.5
	TOTAL	102	100

n = 102

FUENTE: Cédula de entrevista a adolescentes y adultos jóvenes (CEAAJ), 1992.

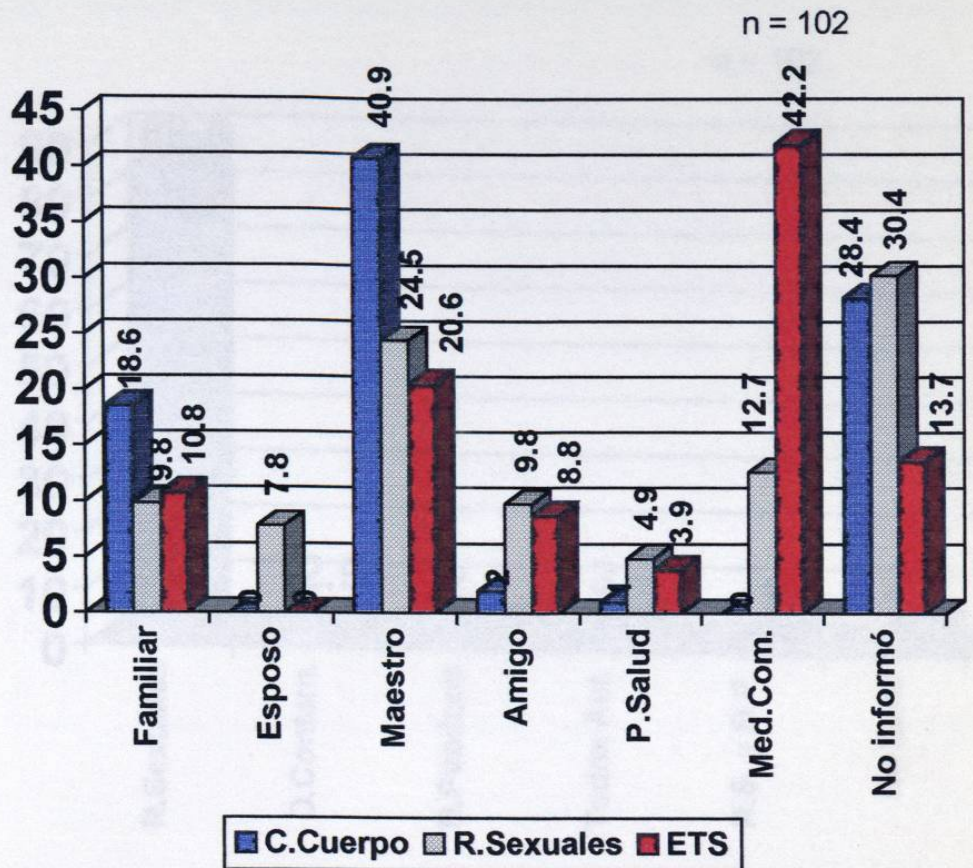
De los jóvenes estudiados, el 67.6 por ciento correspondió a adolescentes y el 32.4 a adultos jóvenes. En cuanto al sexo el 59.8 por ciento fueron femenino y 40.2 masculino.

De acuerdo al estado civil, 71 personas dijeron ser solteras (69.6 por ciento) y 27 (26.4 por ciento) casados; el 3.9 por ciento se encontraban en unión libre.

Referente a la ocupación, el 32.4 por ciento de los sujetos estudiados se dedican al hogar, el 29.4 son obreros, y el 23.5 estudiantes, 10.8 desempleados y solo el 3.9 por ciento son empleados.

En lo correspondiente a escolaridad, el 57.8 por ciento ha estudiado de 6 a 9 años, el 23.5 por ciento 10 años o mas y el 18.6 menos de 6 años.

FIGURA No. 3
INFORMANTE DE LOS CAMBIOS CORPORALES, RELACIONES SEXUALES Y ETS



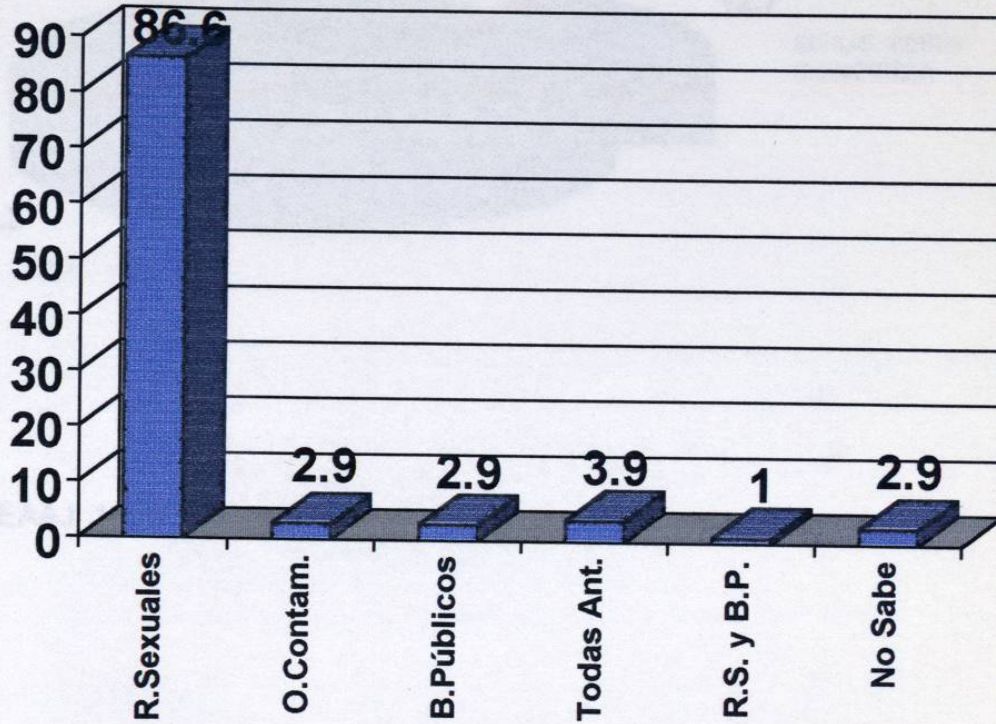
FUENTE: CEAJ, 1992.

En lo que concierne a quién informó acerca de los cambios del cuerpo, el maestro orientó a un 40.9 por ciento, el 18.6 un familiar, el 2 por ciento un amigo, el personal de salud al 1.0 por ciento y el 28.4 refiere no haber recibido información al respecto.

Concerniente a las relaciones sexuales el mayor informante fue el maestro con un 24.5 por ciento, y de las ETS los medios de comunicación masiva con un 42.2 por ciento.

FIGURA No 4
CONOCIMIENTO DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO SOBRE COMO SE
CONTAGIAN LAS ETS

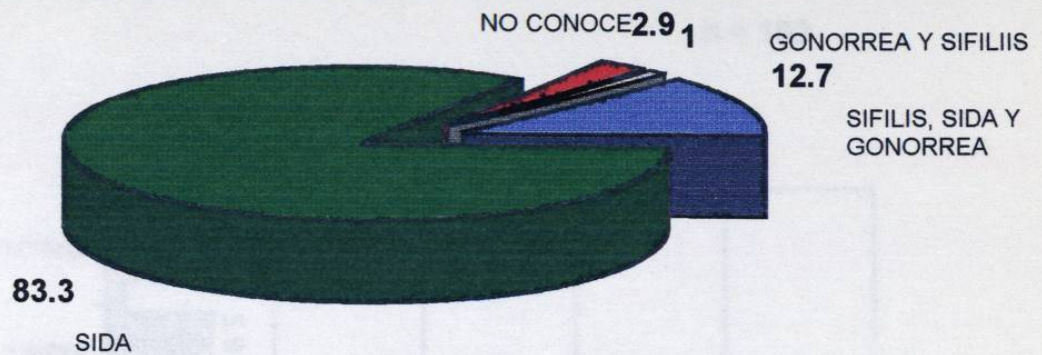
n = 102



FUENTE: CEA AJ, 1992.

Con respecto al conocimiento de como se contagian la ETS el 86.3 por ciento saben que se contraen por contacto sexual, el 2.9 por objetos contaminados y baños públicos, el 3.9 por todas las anteriores y el 2.9 por ciento no sabe cómo se contagian.

FIGURA No. 5
ETS QUE CONOCEN LOS SUJETOS DE ESTUDIO



n = 102

FUENTE: CEA AJ, 1992

El 83.3 por ciento de los sujetos estudiados afirmaron conocer el SIDA como ETS, el 12.7 por ciento la sífilis, SIDA y gonorrea, el 1.0 por ciento gonorrea y sífilis y el 2.9 no conoce alguna enfermedad de este tipo.

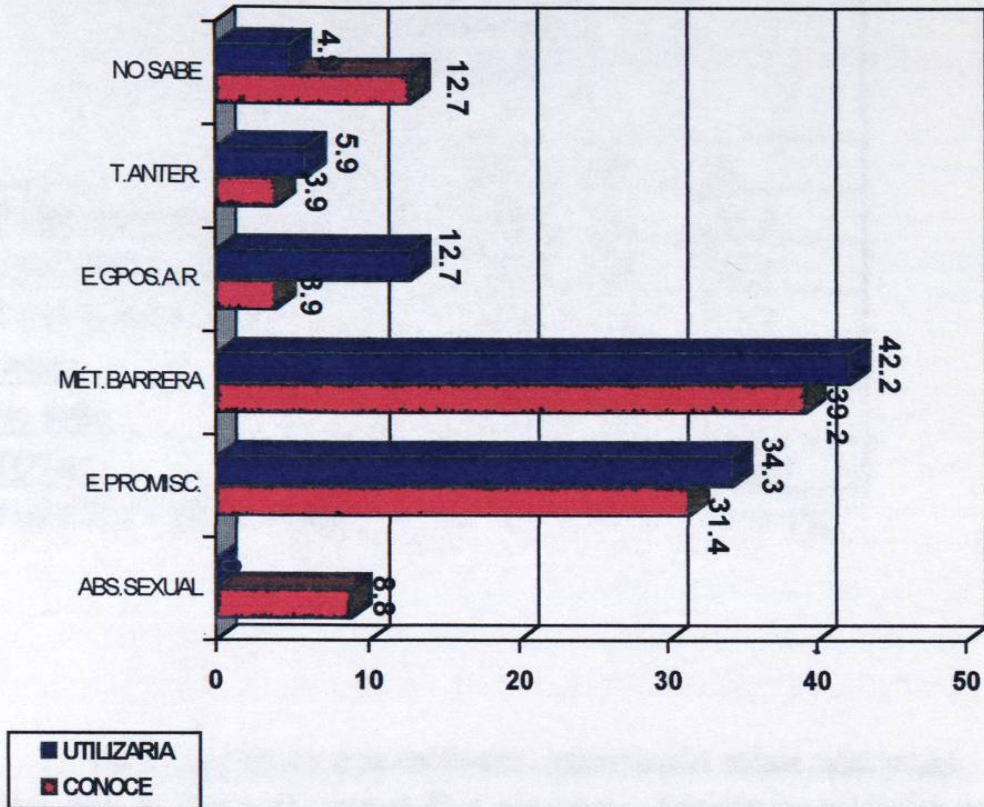
FUENTE: CEA AJ, 1992

El 35.2 por ciento afirma conocer como medida preventiva para las ETS los métodos de barrera, el 31.4 evitar promiscuidad y el 8.3 abstinencia sexual.

En cuanto a los métodos que utilizaría, la mayoría (42.2 por ciento) usaría métodos de barrera, el 34.3 por ciento evitaría la promiscuidad, y el 12.7 evitaría los grupos de alto riesgo.

FIGURA No. 6
MEDIDAS PREVENTIVAS QUE CONOCEN Y UTILIZARÍAN LOS
ADOLESCENTES Y JÓVENES DEL ESTUDIO.

n = 102



FUENTE: CEAJ, 1992.

El 39.2 por ciento refirió conocer como medida preventiva para las ETS los métodos de barrera, el 31.4 evitar promiscuidad y el 8.8 abstinencia sexual.

En cuanto a los métodos que utilizaría, la mayoría (42.2 por ciento) usaría métodos de barrera, el 34.3 por ciento evitaría la promiscuidad, y el 12.7 evitaría los grupos de alto riesgo.

CUADRO NO. 2
MEDIDAS PREVENTIVAS QUE UTILIZARÍA DE ESTAR EXPUESTO A
LAS ETS E INFORMACIÓN ACERCA DE LAS RELACIONES SEXUALES

MEDIDAS PREVENTIVAS	Información sobre relaciones sexuales		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%
Evitar promiscuidad	20	19.6	36	35.3
Usar métodos de barrera	33	32.4	46	45.1
Evitar grupos de alto riesgo	7	6.9	14	13.7
No sabe	3	2.9	6	5.9
TOTAL	63	61.8	102	100.0

FUENTE: CEAAJ, 1992.

n = 102

De 63 personas que recibieron información sobre relaciones sexuales, se encontró que el 32.4 por ciento utilizaría los métodos de barrera para protegerse de las ETS y el 19.6 por ciento evitaría la promiscuidad.

De los que no recibieron información acerca de las relaciones sexuales (39), el 15.7 por ciento evitaría la promiscuidad y el 12.7 usaría los métodos de barrera.

CUADRO NO. 3
INFORMANTE SOBRE RELACIONES SEXUALES.

RECIBIÓ INFORMACIÓN INFORMANTE	SI		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%
Familiar	9	8.8	10	9.8
Amigo	8	7.8	10	9.8
Maestro	24	23.5	24	23.5
Medios de comunicación	16	15.7	17	16.7
Nadie	6	5.9	41	40.2
TOTAL	63	61.7	102	100

FUENTE: CEA AJ, 1992

n = 102

Sesenta y tres jóvenes afirmaron haber recibido información acerca de las relaciones sexuales; el maestro orientó al 23.5 por ciento, los medios de comunicación al 15.7 por ciento, el 8.8 por ciento un familiar, y el 7.8 un amigo. Treinta y nueve sujetos estudiados manifestaron no haber recibido información.

CUADRO NO. 4
INFORMANTE Y CONOCIMIENTO SOBRE MODO DE CONTAGIO DE
LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

MODOS DE CONTAGIO	Relaciones Sexuales		Objetos Contaminados		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
FAMILIAR	11	10.8	0	0	11	10.8
MAESTRO	21	20.6	1	1	22	21.6
AMIGO	8	7.8	1	1	9	8.8
MEDIOS DE COMUNICACION	41	40.2	5	4.9	46	45.1
NO HA RECIBIDO INFORMACIÓN	8	7.8	6	5.9	14	13.7
TOTAL	89	87.3	13	12.7	102	100

FUENTE: CEAJ, 1992.

n = 102

La relación de las anteriores variables dio como resultado que de 89 personas que saben que las ETS se contagian por relaciones sexuales; el 40.2 por ciento fueron informados por los medios de comunicación, el 20.6 por el maestro, el 10.8 por la familia, y el 7.8 por un amigo.

CUADRO N° 5
CONOCIMIENTO DE LAS ETS Y ENFERMEDAD QUE RECONOCEN
COMO TAL

Conoce las ETS ETS que reconoce	si		no		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Gonorrea	58	56.9	9	8.8	67	65.7
Sífilis	12	11.8	0	0	12	11.8
SIDA	15	14.7	3	2.9	18	17.6
Todas	1	1	4	3.9	5	4.9
TOTAL	86	84.3	16	15.7	102	100

FUENTE: CEAAJ. 1992

n = 102

Del 84.3 por ciento que manifestaron reconocer las ETS, el 56.9 por ciento declaró conocer la gonorrea, el 11.8 la sífilis y el 14.7 por ciento el SIDA.

El 15.7 por ciento refirieron no tener conocimiento de estas enfermedades..

CUADRO NO. 6
INFORMANTE Y CONOCIMIENTO QUE SOBRE LAS ETS TIENEN LOS
SUJETOS DEL ESTUDIO

ETS QUE CONOCE INFORMANTE	GONORREA		SÍFILIS,		SIDA		TODAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Familiar	6	5.9	1	1	2	2	2	2	11	10.8
Maestro	13	12.7	4	3.9	5	4.9	0	0	22	21.6
Amigo	4	3.9	4	3.9	1	1	0	0	9	8.8
Medios de Comunicación	32	31.4	3	2.9	10	9.8	1	1	46	45.1
No ha recibido información	12	11.8	0	0	0	0	2	2	14	13.7
TOTAL	67	65.7	12	11.8	18	17.6	5	4.9	102	100

FUENTE: CEA AJ, 1992.

n = 102

De las 67 personas que afirmaron conocer la gonorrea como ETS, el 31.4 por ciento obtuvo la información de los medios de comunicación, y el 12.7 del maestro.

Doce personas refirieron conocer el SIDA, de ellas los medios de comunicación y el maestro fueron los informantes con un 9.8 y un 4.9 por ciento respectivamente.

4.2 ANÁLISIS

CUADRO NO. 7
CORRELACIÓN ENTRE MEDIDAS PREVENTIVAS QUE UTILIZARÍA
PARA LAS ETS E INFORMANTE ACERCA DE LAS RELACIONES
SEXUALES

INFORMANTE	FAMILIAR		AMIGO		MAESTRO		MEDIOS DE COMUNICACIÓN		NADIE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Evitar promiscuidad	5	4.9	1	0.9	8	7.8	8	7.8	15	14.7	37	36.3
Usar métodos de barrera	4	3.9	7	6.9	12	11.8	8	7.8	19	18.6	50	49
Evitar grupos de alto riesgo	1	0.9	2	1.9	4	3.9	1	0.9	7	6.9	15	14.7
TOTAL	10	9.8	10	9.8	24	23.5	17	16.7	41	40.2	102	100

FUENTE: CEAJ, 1992.

n = 102

V. de Cramer = 0.16359

Para identificar la relación entre medidas preventivas para las ETS y quien informó acerca de las relaciones sexuales se correlacionaron ambas variables, mostrando una asociación positiva débil de 0.16359 (Levin, 1979)

Los resultados muestran que de 50 jóvenes que usarían los métodos de barrera para protegerse de las ETS, el maestro informó acerca de las relaciones sexuales al 12 por ciento, los medios de comunicación al 8 por ciento. Y de Treinta y siete personas que evitarían la promiscuidad, el 7.8 por ciento informó el maestro.

CUADRO NO. 8
CORRELACIÓN ENTRE MEDIDAS PREVENTIVAS QUE UTILIZARÍA Y
LAS ETS QUE CONOCEN LOS SUJETOS DEL ESTUDIO

ETS QUE CONOCE	GONORREA		SÍFILIS,		SIDA		TODAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Usar métodos de barrera	22	21.6	10	9.8	11	10.8	3	2.9	46	45.1
Evitar promiscuidad	29	28.4	2	2	4	3.9	1	1	36	35.3
Evitar grupos de riesgo	12	11.8	0	0	1	1	1	1	14	13.7
No sabe	4	3.9	0	0	2	2	0	0	6	5.9
TOTAL	67	65.7	12	11.8	18	17.6	5	4.9	102	100

FUENTE: CEAJ, 1992.

n= 102

V de Cramer = 0.23112

De las 67 personas que refirieron conocer la gonorrea como ETS, el 28.4 por ciento evitaría la promiscuidad como medida preventiva y el 21.6 usarían los métodos de barrera.

Dieciocho personas afirmaron conocer el SIDA como ETS, de ellas el 10.8 por ciento usarían los métodos de barrera para protegerse. De los sujetos que refirieron conocer la sífilis, el 9.8 por ciento utilizaría como medida de prevención los métodos de barrera.

Estadísticamente se efectuó la V de Cramer para determinar la relación de variables y se obtuvo una asociación positiva débil de 0.23112.

CUADRO NO. 9
CORRELACIÓN ENTRE INFORMANTE SOBRE LAS ETS Y MEDIDAS PREVENTIVAS QUE CONOCEN LOS ADOLESCENTES Y ADULTOS JÓVENES DEL ESTUDIO

MEDIDAS PREVENTIVAS	Abstinencia Sexual		Evitar Promiscuidad		Usar Métodos de Barrera		No sabe		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
FAMILIAR	1	1	5	4.9	4	3.9	1	1	11	10.8
MAESTRO	2	2	7	6.9	12	11.8	1	1	22	21.6
AMIGO	0	0	2	2	7	6.9	0	0	9	8.8
MEDIOS DE COMUNICACIÓN	4	3.9	21	20.6	13	12.7	8	7.8	46	45.1
NO HA RECIBIDO INFORMACIÓN	2	2	5	4.9	4	3.9	3	2.9	14	10.7
TOTAL	9	8.8	40	39.2	40	39.2	13	12.7	102	100

FUENTE: CEA AJ, 1992

n = 102

v. de Cramer = 0.20986

Los medios de comunicación informaron a 46 jóvenes (45.1 por ciento) acerca de las ETS, de ellos, 20.6 por ciento conoce evitar la promiscuidad como medida preventiva, 12.7 usar métodos de barrera y el 3.9 la abstinencia sexual.

El maestro informó a 22 personas (21.6 por ciento), de las cuales el 11.8 por ciento conoce los métodos de barrera como medida preventiva para las ETS, el 6.9 evitar promiscuidad y la abstinencia sexual el 2 por ciento.

La correlación de variables fue positiva débil de 0.20986.

CUADRO No. 10
CORRELACIÓN ENTRE SEÑAL DE ACCIÓN DE LAS ETS Y MEDIDAS PREVENTIVAS QUE UTILIZARÍA LA POBLACIÓN ESTUDIADA

MEDIDAS PREVENTIVAS INFORMANTE	Evitar promiscuidad		Usar métodos de barrera		Evitar grupos de alto riesgo		NO SABE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Familiar	6	5.9	4	3.9	0	0	1	1	11	10.8
Maestro	8	7.8	8	7.8	5	4.9	1	1	22	21.6
Amigo	0	0	9	8.8	0	0	0	0	9	8.8
Medios de comunicación	18	17.6	19	18.6	6	5.9	3	2.9	46	45.1
No ha recibido información	4	3.9	6	5.9	3	2.9	1	1	14	13.7
TOTAL	36	35.3	46	45.1	14	13.7	5	5.9	102	100

FUENTE: CEAJ, 1992.

n = 102

V de Cramer = 0.23549

La correlación de variables dio un resultado de que 46 personas (45.1 por ciento) usarían como medida de protección para las ETS los métodos de barrera, de ellas, el 18.6 por ciento fueron informadas sobre ETS por los medios de comunicación y 7.8 por el maestro. De 36 jóvenes (35.3 por ciento) que evitarían la promiscuidad, los medios de comunicación informaron al 17.6 por ciento, el maestro al 7.8 por ciento.

La correlación de la V de Cramer fue positiva débil de 0.23549.

CUADRO N° 11

**CORRELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTO DE FORMAS DE CONTAGIO
DE ETS Y MEDIDAS PREVENTIVAS QUE USARÍAN LOS SUJETOS DE
ESTUDIO**

Medidas preventivas	Abstinencia Sexual		Evitar promiscuidad		usar métodos de barrera		No sabe		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
SI	9	8.8	31	30.4	36	35.3	10	9.8	86	84.3
NO	0	0	9	8.8	4	3.9	3	2.9	16	15.7
TOTAL	9	8.8	40	39.2	40	39.2	13	12.7	102	100

FUENTE:CEAAJ,1992

n = 102.

V de Cramer = 0.21221

De 86 sujetos que afirmaron conocer cómo se contagian las ETS, el 35.3 por ciento refirieron identificar como medida de protección los métodos de barrera; el 30.4 por ciento, evitar la promiscuidad y el 8.8 por ciento, la abstinencia sexual. La V de Cramer muestra una correlación positiva débil de 0.21221.

CUADRO N° 12
CORRELACIÓN ENTRE FORMAS DE CONTAGIO DE LAS ETS QUE
RECONOCEN LOS JÓVENES Y MEDIDAS PREVENTIVAS QUE
UTILIZARÍA SI ESTUVIESE EXPUESTO A ELLAS.

Medidas preventivas	Evitar promiscuidad		Usar métodos de barrera		Evitar grupos de alto riesgo		No Sabe		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Relaciones Sexuales	32	31.4	43	42.2	9	8.8	5	5.0	89	87.4
objetos - Contaminados	4	3.9	3	2.9	5	4.9	1	0.9	13	12.6
TOTAL	36	35.3	46	45.1	14	13.7	6	5.9	102	100

FUENTE:CEAAJ,1992

n = 102

V de Cramer = 0.28720.

El 87.4 por ciento de la población estudiada declaró que las ETS se contagian por medio de las relaciones sexuales, de ellos el 42.2 por ciento manifestó que de estar expuesto utilizaría los métodos de barrera, el 31.4 por ciento afirmó evitaría la promiscuidad y el 5.0 por ciento externo no sabría que hacer.

El 12.6 por ciento dijo que las ETS se contagian por medio de objetos contaminados. El valor de la V de Cramer es de 0.28720 positiva débil.

4.3 DECISIÓN RESPECTO A LA HIPÓTESIS.

Para efectuar las correlaciones se seleccionó un reactivo de la variable dependiente (medidas preventivas) para confrontarlo a otros indicadores de las variables independientes obteniendo lo siguiente:

- . En cuanto a informante aparecen correlaciones de 0.16359, 0.20986 y 0.23549.
- . Respecto a ETS que conoce se obtuvo una asociación de 0.23112.
- . En lo referente a formas de contagio la correlación fue 0.28720.
- . Concerniente al conocimiento la correlación fue de 0.21221.

En base a esta información se considera que la hipótesis alterna se sustenta para ser aceptada.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

La investigación en general reporta que el personal de salud, entre ellos la enfermera, intervienen poco en las señales de acción que se proporciona a los jóvenes sobre sexualidad y enfermedades de transmisión sexual, así como el recordar las medidas preventivas que se tomarían para evitar estas enfermedades. De los sujetos de estudio que recibieron algún tipo de información sobre sexualidad tales como: los cambios del cuerpo en la adolescencia, relaciones sexuales, y de las enfermedades de transmisión sexual; el maestro fue el mayor informante. Grinder referido por Cruz en 1995 afirma que "los padres están descuidando la preparación de los jóvenes para que acepte su transformación y lo que debe o no hacer ante determinadas circunstancias".

Los medios de comunicación participaron en mayor medida en la información acerca de las ETS; en este estudio los jóvenes reportaron que gran parte del conocimiento es sobre el SIDA, y es que, en la última década se han llevado a cabo campañas masivas a través de los medios de comunicación, principalmente en T.V. y radio para prevenir esta enfermedad, ya que está considerada como un problema de salud pública de proporciones epidémicas. García y Col. (1992) afirman en una investigación realizada en el área metropolitana de la ciudad de México que la publicidad del SIDA le ha restado importancia a otras enfermedades de transmisión sexual, sin tomar en cuenta que algunas de estas se asocian con secuelas importantes para el individuo.

Rosenstock (1966) afirma que la susceptibilidad y severidad en forma combinada dan la energía para actuar, en este estudio tal efecto no fue considerado, sin embargo destaca que los medios de comunicación son importantes para tomar acciones en favor de la salud. Los resultados de esta investigación muestran asociación positiva débil (0.20) entre los medios de comunicación y las medidas preventivas, hecho que no fue posible contrastarlo con los estudios disponibles al respecto.

Con respecto a los métodos existentes para protegerse de las ETS, un gran porcentaje de los jóvenes encuestados conoce como medida preventiva los métodos de barrera (preservativo), a su vez, éstos mismos lo utilizarían al efectuar el acto sexual, contrario a lo que afirman García y Cols. (1992), en su estudio en donde los jóvenes utilizan el preservativo *para prevenir el embarazo, no las ETS.*

El presente estudio muestra que tanto los medios de comunicación como el maestro señalan como medida preventiva para las ETS, en primer término, *evitar la promiscuidad y en segundo, el uso del preservativo.* a este último; el familiar, el amigo, así como el personal de salud lo recomiendan en primer lugar, quizá porque hablar del preservativo y su uso, es más técnico, con menos implicaciones morales en la explicación que cualquier otro método de protección. Contrario a este hallazgo Rostkier (1987) señala que la participación de los padres y de los docentes es insuficiente en materia de orientación sexual.

Asimismo, el estudio muestra personas que conocen la abstinencia sexual como medida de protección para las ETS; sin embargo ninguna de ellas lo utilizaría como método preventivo, Murray (1992) afirma que la adolescencia y la juventud temprana son la época en que existe acrecentamiento del impulso sexual.

Cabe señalar que en esta investigación hubo asociación débil entre conocimiento (0.29) y medidas preventivas, semejante a Berúmen (1996) en su estudio encontró asociación positiva entre el conocimiento y medidas preventivas respecto al asma (0.33).

Los hallazgos en general de este estudio, aún cuando se tomó en forma parcial el MCS, denotan la importancia de considerar el resto de los elementos de éste, especialmente la amenaza percibida de la enfermedad, en el caso de que hubiese sido considerada, habrían incrementado las correlaciones que arroja el presente trabajo.

La investigación acepta la hipótesis alterna: **El conocimiento y las señales de acción que tienen los adolescentes y adultos jóvenes sobre ETS y sexualidad se relacionan con las medidas preventivas para estas enfermedades.** Learson E. B. y Cols. (1982) señalan que el utilizar el Modelo de Creencias de Salud en las investigaciones de tipo social ayuda a poner en práctica las señales de acción por la enfermera o médico, mostrando un efecto directo sobre la conducta a tomar. Terán (1993) y

Vicente (1993) afirman que las creencias en aspectos de salud influyen en el uso de programas preventivos. "El uso del MCS es predictivo para acciones preventivas". Treviño (1992) declara que los medios de comunicación no influyen en las medidas preventivas contrario a los datos arrojados en este estudio.

5.1 CONCLUSIONES

Los resultados que se obtuvieron mostraron que el personal de salud no es el principal informante de los jóvenes con respecto a las medidas preventivas para evitar las ETS.

Las señales de acción que obtienen los adolescentes y adultos jóvenes acerca de sexualidad y ETS, en su mayoría la proporciona el maestro y los medios de comunicación.

En cuanto a las medidas de protección que utilizarían para las ETS, la mayoría se inclinó por usar el preservativo y en segundo término evitar la promiscuidad. Esto en cierta forma revela la penetración de los medios informativos en la comunidad.

De las enfermedades de transmisión sexual que tienen mayor conocimiento es del SIDA, y gran parte de los jóvenes incluidos en el estudio saben que las ETS se contagian por contacto sexual, aunque hubo algunos que refirieron que estas se contraen por baños públicos u objetos contaminados.

Los conocimientos que poseen los jóvenes sobre sexualidad y ETS como variable estructural del MCS influye en la posibilidad de tomar de medidas preventivas para las ETS.

El decidir llevar a cabo las medidas preventivas para las ETS, se ve influenciada por las variables sociopsicológicas del MCS.

5.2 RECOMENDACIONES

El informar sobre sexualidad y recomendar medidas preventivas para las ETS deben ser incrementadas de parte de los trabajadores de la salud.

Es recomendable la realización de programas que estimulen la participación de la familia en la educación sexual en adolescentes y adultos jóvenes.

Se recomienda que las enfermeras comunitarias introduzcan en sus programas estrategias de acción encaminadas a fomentar la participación de padres en la orientación a los jóvenes sobre ETS y sexualidad.

Se sugiere replicar el estudio tomando en cuenta la amenaza percibida de la enfermedad en los factores modificadores del Modelo, a fin de valorar la conducta de los jóvenes hacia las medidas preventivas.

Realizar una investigación donde se observen las variables estudiadas desde un diseño cualitativo, pues el medio ambiente en que se desenvuelve el joven parece influir en su comportamiento, incluso a que tome o no medidas preventivas para las ETS.

Se recomienda que se efectúen estudios a futuro para mejorar la congruencia interna del instrumento.

BIBLIOGRAFIA

- Arya, O. P., Osoba A. O., Bennett F. J.,** Enfermedades venéreas. México. 1a. edición, Ed. El Manual Moderno. (1983).
- Bajo ritmo de contagio de SIDA en México,** El Nacional, p. 9.A. (1992, julio 1o.).
- Becker, M. H. (Ed).** The health belief model and personal health behavior. Thorofare, N. J. Charles B. Slack (1974).
- Berumen L.V.** Creencias Maternas y Prevención en el niño con asma. Tesis inédita de Maestría en Enfermería con especialidad en Materno Infantil - Pediatría. Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, N.L. (1996).
- Casique C. L.,** El aprendizaje social en las actitudes del adolescente frente al síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Tesis inédita de Maestría en Enfermería con especialidad en Salud Comunitaria. U.A.N.L., MONTERREY, N.L. (1996).
- Cruz B.P.,** Redes de apoyo social y prácticas de salud en el adolescente. Tesis inédita de Maestría en Enfermería con especialidad en Salud Comunitaria U.A.N.L., Monterrey, N.L. (1995).
- Durán L. R.** Sociocultura en la prevención y control de displasia cervical, Apodaca, N. L., 1989. Tesis inédita de Maestría en Enfermería con Especialidad en Salud Comunitaria. Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, N. L. (1990).
- Escamilla R.R. y Alonso C.** Creencias maternas sobre alimentación y su influencia en el estado nutricional del preescolar. Tesis inédita de Maestría en Enfermería con especialidad en Salud Comunitaria. Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, N.L.(1995.)
- Espinoza S.** Factores que influyen en el desempeño del rol ampliado de la enfermería comunitaria. Tesis inédita de Maestría en Enfermería con especialidad en Salud Comunitaria, U.A.N.L., Monterrey, N.L. (1992).
- Gale J.,** Guía sexual para el adolescente. Buenos Aires, Argentina. (1991).

- García-Baltazar J. y Cols.** Práctica anticonceptiva en adolescentes y jóvenes del área metropolitana de la ciudad de México. Salud Pública de México. Vol. 34, No. 4. (1992).
- Hess J. D.**, Conocimientos, actitudes y creencias de los hispanos acerca del SIDA. Salud Fronteriza. Organización Panamericana de la Salud. Vol. VII, 4. p.p. 65-69. (1991).
- Hurlock E.B.** Psicología de la adolescencia. Ed. Electrocompt, S.A. p. 452-486 (1989).
- Learson B. E. y Cols.** Do Pastcard Reminders Improve Influenza Vaccination Compliance a Prospective Trial of Different Postcard "Cues" Medical Care. Vol. XX. No. 6. (1982)
- Leslie-Harwit M., Meheus A.**, Sexually Transmitted Disease in Young People: The importance of health education. Sexually Transmitted Diseases. Vol. 16. No. 1 (1989 January-March).
- Levin J.**, Fundamento de estadística en la investigación social. Cap. 10, pág. 203. Segunda edición. (1979).
- McPhee S.J. y Cols.** Promoting Cancer Screening. A Randomized, controlled trial of three interventions. Arch Intern Med. Vol. 149. (1989).
- Monroy de Velazco A., Mora de Hamilton G.**, Trabajo Social y Sexualidad Humana. México. Ed. Pax México. p.9-21 (1985).
- Murray, P.G.** El comportamiento sexual en la sociedad estadounidense. Revista Médico Moderna. México. No. 6 (Febrero, 1992).
- Pego U.** Gaceta: Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA. Año IV. No. 2. p.p. 2-15. (1991, Marzo-Abril).
- Rosenberg M. J.**, Sexually transmitted diseases and the primary care provider. Primary Care. Vol. 17, No.1. (1990, Marzo).
- Rosenstock I. M.**, Modelo de Creencias de Salud. Escuela de Salud Pública, Universidad de Michigan. (1966).
- Rosenstock I. M., Strecher V. J., Becker M. H.** La Teoría del aprendizaje social y el modelo de creencias de la salud. Health education quarterly. Vol. 15 (2): 175-183. (Verano, 1988).
- Rostkier J. M.**, Educación sexual y sobre enfermedades de transmisión sexual en estudiantes pre-universitarios del Uruguay. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Washington, D.C., Vol. 102, No. 1. (1987, Enero).

- Russell-Brown P., Rice J. C., Héctor O., Bertrand J. T.**, El efecto de la educación sexual en los adolescentes de San Kits y Nevis. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. México: Vol. 112-1 (1992, mayo).
- Secretaría de Salubridad y Asistencia (S.S.A.)** Enfermedades de importancia epidemiológica en México. (1983).
- Shoonover S.L.** Ethnic differences in knowledge of - sexually transmitted diseases in North American black and Mexican-American migrant farmworkers. Research in Nursing and Health, 11. 51-88. (1988).
- Terán F.G. y Alonso C.M.** Influencia de las creencias maternas de Salud en el uso de programas preventivos Materno Infantil. Tesis inédita de Maestría en Enfermería con especialidad en Salud Comunitaria. Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey T N.L. (1993).
- Unda R.**, Crisis: Comportamiento sexual en la era del SIDA. Gaceta CONASIDA Comité Nacional de prevención del SIDA. (Julio-agosto. 1988).
- Torres, M.M.** La investigación científica: cómo abordarla. México. De. Camino (1992).
- Townsend J. W., Díaz E., Sepúlveda Y., Santos Y., Rosenhouse S.** Sex education and family planning services for young adults. Alternative urban strategies in Mexico. Studies in family planning. Vol. 18, No. 2. (1987 March-April).
- Treviño H. G.** Papel que desempeña enfermería y los medios de para percibir la comunicación eficaz de los métodos anticonceptivos. Tesis inédita de Maestría en Enfermería con especialidad en Salud Comunitaria, U.A.N.L., Monterrey, N.L. (1992).
- Unidad de Cómputo del Programa de Salud Guadalupe, UANL** Enfermedades de transmisión sexual en el área metropolitana de Monterrey. (1992).
- Vicente R.A.** Creencias de salud materna relacionados con la conducta preventiva en diarrea infantil. Tesis inédita de maestría en enfermería con especialidad en materno infantil: pediatría, UANL Monterrey N.L. (1993)

APENDICES

APÉNDICE A

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SECRETARIA DE POSGRADO

CÉDULA DE ENTREVISTA A ADOLESCENTES Y ADULTOS JÓVENES

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

- 1. Edad:**
 1. 15- 19
 2. 20 - 24
- 2. Sexo:**
 1. Femenino
 2. Masculino
- 3. Escolaridad :**
 1. Menos de 6 años.
 2. 6 - 9 años.
 3. 10 y más años.
- 4. Estado Civil:**
 1. Soltero.
 2. Casado.
 3. Unión Libre.
 4. Otros. Especifique:
- 5. Ocupación:**
 1. Obrero.
 2. Estudiante.
 3. Desempleado.
 4. Hogar.
 5. Empleado

II. SEÑALES DE ACCIÓN

- 6. Quién le informó sobre los cambios de su cuerpo en la adolescencia?**
 1. Familiar

2. Maestro
3. Amigo
4. Personal de salud. Especifique:
5. Familiar y maestro.
6. No ha recibido información.
7. Otros. Especifique

7. Ha recibido información acerca de las relaciones sexuales?

1. Si
2. No
3. No sabe

8. Quién le informó acerca de las relaciones sexuales?

1. Familiar
2. Amigo(a)
3. Maestro
4. Medios de Comunicación
5. Esposo
6. Personal de salud
7. No ha recibido información

9. Conoce usted las enfermedades de transmisión sexual?

1. Si
2. No
3. No sabe

10. De las siguientes enfermedades de transmisión sexual cuáles conoce?

1. SIDA
2. Sífilis, SIDA, Gonorrea.
3. Gonorrea, Sífilis
4. No sabe

11. Ha padecido usted alguna de las anteriores enfermedades?

1. Si

2. No
 3. No sabe
- 12. ¿Si la respuesta es afirmativa, de cuál se ha enfermado?**
1. Sífilis
 2. Gonorrea
 3. SIDA
- 13. Sabe usted cómo se contagian las enfermedades de transmisión sexual?**
1. Si
 2. No
- 14. Cree usted que las enfermedades de transmisión sexual se contagian por:**
1. Relaciones sexuales
 2. Objetos contaminados (Toallas, papeles, ropa interior)
 3. Baños públicos.
 4. Todas las anteriores
 5. Relaciones sexuales y baños públicos.
 6. No sabe.
- 15. Quién le informó sobre las enfermedades de transmisión sexual?**
1. Familiar
 2. Maestro
 3. Amigo
 4. Personal de Salud. (Especifique)
 5. Medios de comunicación (T.V., cine, radio, periódico, revistas).
 6. No ha recibido información.
 7. Otros. Especifique:

III. MEDIDAS PREVENTIVAS

- 16. Alguien del personal de salud (Médico, Enfermera) le ha recordado de las medidas preventivas para las enfermedades sexuales?**
1. Si

2. No
3. No recuerda
17. **En caso de que la anterior sea afirmativa, ¿Qué medidas le han recordado?**
 1. Usar métodos de barrera
 2. Abstinencia sexual
 3. Evitar grupos de alto riesgo
18. **Cuáles medidas de protección para las enfermedades de transmisión sexual conoce usted?**
 1. Abstinencia sexual.
 2. Evitar promiscuidad sexual.
 3. Usar métodos de barrera (preservativo, diafragma)
 4. Evitar grupos de alto riesgo (homosexuales, prostitutas).
 5. Todas las anteriores
 6. No Sabe
19. **De dónde le gustaría obtener la información sobre - estos temas?**
 1. Familiar
 2. Maestro
 3. Personal de salud (Especifique):
 4. Medios de comunicación (T.V., cine, radio, - - periódico, revistas).
 5. No le gustaría recibir información.
20. **Si usted estuviera expuesto a las enfermedades de - transmisión sexual, qué medidas de protección utilizaría?**
 1. Evitar promiscuidad sexual.
 2. Usar métodos de barrera (preservativo, diafragma)
 3. Evitar grupos de alto riesgo (homosexuales, prostitutas).
 4. Evitar promiscuidad sexual, usar métodos de barrera y evitar grupos de alto riesgo.
 5. No sabe.
21. **Conoce a alguien que haya padecido alguna enfermedad de transmisión sexual?**
 1. Si

2. No

22. Si la respuesta es afirmativa ¿Puede indicar quién?

1. Familiar

2. Amigo

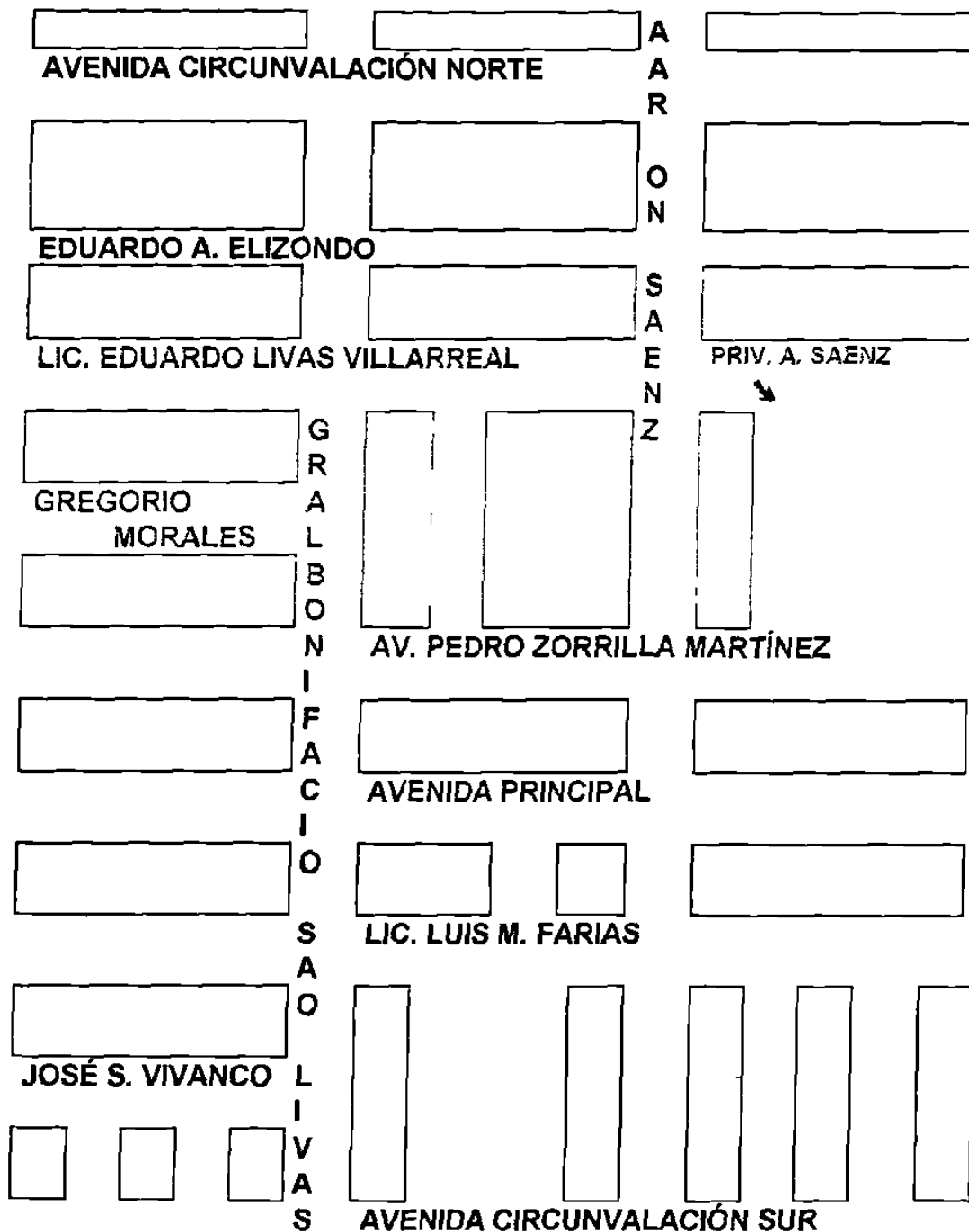
3. Conocido

APÉNDICE B

INSTRUCTIVO PARA LA APLICACIÓN DE LA CÉDULA DE ENTREVISTA

1. Aplicar la cédula de entrevista directamente al encuestado.
2. Pedir a los padres que no estén presentes durante la aplicación del mismo.
3. No leer las opciones de respuesta, a manera de hacerlas semi-abiertas. en caso de no dar ninguna respuesta anotada, cruzar el número correspondiente a "no aplica" o "no sabe".
4. No sugerir la respuesta al encuestado.
5. Las preguntas pueden tener más de una respuesta. por lo que se cruzarán todas las que de el encuestado.
6. Finalmente agradecer su colaboración en el estudio.

APÉNDICE C
MAPA DE LA COLONIA NUEVO SAN MIGUEL



RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

María Teresa Pérez Piñón

**Candidato para el Grado de Maestro en Enfermería
con Especialidad en Salud Comunitaria.**

**Tesis: MODELO DE CREENCIAS DE SALUD Y ENFERMEDADES
DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES Y
ADULTOS JÓVENES**

Campo de Estudio: Salud Comunitaria

Biografía:

Datos personales: Nacida en Chihuahua, México, el 20 de marzo de 1964. hija de Dagoberto Pérez Palomino y Angela Piñón Valenzuela.

Educación:

Egresada de la Facultad de Enfermería y Nutriología de la Universidad Autónoma de Chihuahua, grado obtenido de Licenciada en Enfermería en 1986.

Egresada de los Diplomados en Educación Modular y Educación Abierta y a Distancia.

Experiencia Profesional:

Docente de asignatura "B" en la Facultad de Enfermería y Nutriología de la U.A.CH. desde marzo de 1993 a la fecha.

Enfermera del Hospital General de Chihuahua "Salvador Zubiran" de agosto de 1988 a agosto de 1991.

Enfermera del Hospital Central Universitario de Chihuahua en 1990.

Enfermera de las Clínicas del Centro y Clínica del Parque de Chihuahua en 1989 - 1990.

