



UNIVERSIDAD DE CUENCA
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Medicina

**EVALUACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LOS
CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS
ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE CULTURA FISICA
DE LA FACULTAD DE FILOSOFIA DE LA
UNIVERSIDAD DE CUENCA FRENTE A LAS
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH/SIDA.
CUENCA 2009**

*Tesis previa a la
obtención del título
de médico.*

Autores:

Nataly Sánchez B.
Kelly Palacios S.
Adrián Narváez

Directora y Asesora
Dra. Eulalia Freire S.

Cuenca, Ecuador
2009

RESUMEN

Objetivo: Evaluar y modificar los conocimientos, actitudes y prácticas de los estudiantes de la Escuela de Cultura Física de la Universidad de Cuenca, sobre infecciones de transmisión Sexual (ITS) y VIH/SIDA.

Materiales y Método: Se realizó un estudio cuasi experimental de conocimientos, actitudes y prácticas, con la inclusión, en el pre-CAP, de 100 estudiantes a quienes se aplicó un cuestionario para medir conocimientos, actitudes y prácticas sobre ITS; después de tres meses de una intervención educativa se midió la modificación Post-CAP a 97 estudiantes.

Resultados: El promedio de edad fue de $22,1 \pm 2,1$ años (rango 18 a 29), con un 65% de varones y un 78% de solteros. El 91% fueron católicos, el 89% viven en la zona urbana y el promedio de edad de inicio de vida sexual activa fue de $16,6 \pm 2,3$.

En la fase Post CAP se obtuvo un significativo aumento en los conocimientos sobre las ITS ($P < 0,05$). En las actitudes se obtuvo un significativo incremento en la recomendación a donde acudir en caso de portar una ITS ($P = 0,033$) y qué medidas observar en las relaciones con desconocidos ($P = 0,004$). En la autoeficacia para prevenir el SIDA también hubo un cambio significativo ($P < 0,05$).

Conclusiones. Los resultados mostraron un incremento significativo en conocimientos pero poco significativo en actitudes y en prácticas.

Descriptor DeCS: Infecciones de Transmisión Sexual, VIH/SIDA, conocimientos, actitudes y prácticas, autoeficacia.

SUMMARY

Objective: To evaluate and to modify the knowledge, attitudes and practices of the students of the School of Physical Culture of the University of Cuenca, on infections of transmission Sexual (ITS) and VIH/SIDA.

Materials and Method: It conducted a cuasi experimental study knowledge, attitudes and practices, with the inclusion, in the pre-CAP, of 100 students to those who a questionnaire was applied to measure knowledge, attitudes and practices on ITS; after three months of an educative intervention modification Post-CAP to 97 students was moderate.

Results: The average of age was of 22.1 ± 2.1 years (rank 18 to 29), with a 65% of men and a 78% of unmarried. 91% were catholic, 89% live in the urban zone and the average of age of beginning of active sexual life was of $16.6 \pm 2,3$. In the phase Post CAP a significant increase in the knowledge was obtained on ITS ($P < 0,05$). In the attitudes a significant increase in the recommendation was obtained to where to go in case of carrying a ITS ($P = 0.033$) and what measures to observe in the relations with strangers ($P = 0.004$). In self-efficacy to prevent the AIDS also there was a significant change ($P < 0,05$).

Conclusions: The results showed a significant in knowledge but little significant increase in attitudes and practices.

Key words: sexual transmitted infections (STIs), HIV/AIDS, knowledge, attitudes and practices, self-efficacy.

RESPONSABILIDAD

Los conceptos emitidos en este informe son de exclusiva
responsabilidad de sus autores.

Nataly Sánchez B.
0104805619

Kelly Palacios S.
070414023-5

Adrián Narváez
0301758082

AGRADECIMIENTO

A la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.

A nuestra Directora y Asesora de tesis Dra. Eulalia Freire S.

Al Dr. Iván Orellana C. por su apoyo y colaboración.

A las Autoridades de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Cuenca.

Al Director de la Escuela de Cultura Física Dr. Vicente Brito.

Los autores

Dedicatoria

A todos los jóvenes, víctimas o en riesgo de padecer una ITS o VIH/SIDA.

Nataly, Kelly y Adrián

ÍNDICE

Contenido	página
CAPÍTULO I	
1.1. Introducción.....	1
1.2. Planteamiento del Problema.....	2
1.3. Justificación.....	7
CAPÍTULO II	
2. Marco Teórico.....	8
2.1. Enfermedades de Transmisión Sexual.....	10
2.1.1. Gonorrea.....	10
2.1.2. Herpes Genital.....	11
2.1.3. Condiloma.....	11
2.1.4. Sífilis.....	12
2.1.5. Tricomoniasis.....	13
2.1.6. Clamidiasis.....	13
2.1.7. VIH/SIDA.....	14
2.1.8. Prevención de las ITS y VIH/SIDA.....	16
2.2. Las teorías del aprendizaje.....	16
2.2.1. El conductismo.....	16
2.2.2. El cognitivismo.....	17
2.3. Teoría social cognitiva de Albert Bandura.....	18
2.3.1. El constructo de la Autoeficacia.....	21
2.4. Teoría social cognitiva de Vigotsky.....	23
2.5. ¿Las intervenciones modifican las conductas?.....	23
2.5.1. Calidad de la intervención para prevención del VIH/SIDA.....	24
CAPÍTULO III	
3. Hipótesis y Objetivos.....	28
3.1. Hipótesis.....	28
3.2. Objetivos.....	28
CAPÍTULO IV	
4. Metodología.....	29
4.1. Tipo de Estudio.....	29
4.2. Población de Estudio.....	29
4.3. Criterios de inclusión.....	29
4.4. Área de Estudio.....	29
4.5. Operacionalización de las Variables.....	30
4.6. Procedimiento e Instrumentos.....	30
4.7. Descripción del Cuestionario.....	32
4.8. Procedimiento de recolección de la información.....	35
4.9. De la intervención educativa.....	36
4.10. Análisis Estadístico.....	37
4.11. Recursos Humanos.....	37
CAPÍTULO V	
5. Resultados.....	38
5.1. Características básicas de los estudiantes de Cultura Física.....	38
5.2. Conocimientos sobre ITS y VIH/SIDA de los estudiantes de Cultura Física.....	40
5.3. Actitudes sobre ITS y VIH/SIDA de los estudiantes de Cultura Física.....	44
5.4. Prácticas sobre ITS y VIH/SIDA de los estudiantes de Cultura Física.....	48
5.5. Autoeficacia para prevenir el SIDA.....	52

CAPÍTULO VI	
6. Discusión.....	56
CAPÍTULO VII	
7. Conclusiones y Recomendaciones	63
7.1. Conclusiones	63
7.2. Recomendaciones.....	64
Referencias Bibliográficas	65
Anexos	69

CAPÍTULO I

1.1. INTRODUCCIÓN

La presente investigación es un aporte para la prevención en la comunidad universitaria, específicamente los estudiantes, sobre las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) incluido el VIH/SIDA. Forma parte del proyecto de prevención de ITS y VIH/SIDA en los estudiantes de la Facultad de Filosofía, Jurisprudencia y Artes de la Universidad de Cuenca.

Las infecciones de transmisión sexual son un problema de salud pública de gran importancia en el orbe. Las tasas de incidencia de la ITS siguen siendo altas en todos los países, esto indica que las medidas de prevención no dan el resultado esperado o no se aplican adecuadamente estas medidas.

Una de la ITS que ha provocado una epidemia mundial alarmante es el VIH/SIDA que en el 2007 presentó una prevalencia de 33 millones de personas contagiadas según el ONUSIDA.

A nivel mundial la principal estrategia para la disminución del contagio de las enfermedades de transmisión sexual constituye el uso del preservativo; en nuestro medio las campañas de difusión sobre el uso adecuado del preservativo no han presentado mayor relevancia tal vez por falta de recursos económicos o por campañas deficientes que no han llegado a la población más sensible del contagio que son los jóvenes.

Al ser los jóvenes la población con mayores factores de riesgo para el contagio de las ITS nuestro estudio tiene como finalidad mejorar el conocimiento de los estudiantes de la Escuela de Cultura Física de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Cuenca sobre las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH/SIDA y la prevención de las mismas.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El término sexualidad se refiere a una dimensión fundamental del ser humano; es más amplio que el de sexo, implica conocimientos bio-psicológicos, socio-culturales, políticos, económicos y religiosos de la relación entre los sexos. Se expresa en formas de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades; se practica y expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos; el inicio de la vida sexual activa a más temprana edad, la libertad sexual cada vez mayor, la comercialización del sexo, la industria del sexo, turismo sexual, han favorecido que aumente la incidencia de las ITS y VIH/SIDA a nivel global (1).

En el mundo actual todo es considerado como mercancía, los valores trastocados han hecho que la prostitución avance, a tal límite de la deshumanización completa, incluyendo a los niños y niñas en el negocio de la prostitución; en la realidad los hombres mayores compran a jovencitas dentro del fenómeno conocido como prostitución prepago que involucra a mujeres universitarias que pertenecen a niveles socioeconómicos medios y medios altos, este fenómeno es un reflejo de la sociedad decadente, pues este comportamiento se contradice con los objetivos de la educación universitaria en el sentido de que la formación universitaria en todos los ámbitos de conocimiento esta contrapuesta a la degradación de la mujer, pues asumimos que la mujer que recibe formación superior estaría exenta de convertirse en esclava sexual, por lo común tienen manager o proxenetas y a los ojos de sus compañeros y de su familia son solo estudiantes pero se publicitan a través de la red o de la telefonía celular (2); a los jóvenes solteros se les motiva a introducirse en los ambientes de los prostíbulos como proceso de su adaptación al mundo, y en fin las mujeres, los jóvenes, los niños y niñas deben hacer esfuerzos supremos para sustraerse de las novedades que ofrece el comercio sexual. Por lo que es necesario reflexionar y hacer énfasis en lo que dice Simón Royo refiriéndose a los pensamientos de Rousseau y Marx: “que nadie sea tan pobre como para tener que venderse ni nadie tan opulento como para comprar a otro ser humano”.

Las ITS representan un problema para la salud global porque:

- Son muy frecuentes, más de lo que se reconocen dado que muchas veces son asintomáticas. Se estima que 70% de las mujeres y 30% de los varones infectados con chlamydia no tienen síntomas, y que 80% de las mujeres y 10% de los varones con gonorrea son asintomáticos.
- Aumentan el riesgo de transmisión del VIH, muchos estudios han demostrado que la epidemia de VIH está estrechamente relacionada a las epidemias de ITS. El riesgo de transmitir VIH de una persona VIH positivo a otra VIH negativo teniendo una ITS, se eleva en promedio de 2 a 5 veces comparado con la situación en que ninguna persona tiene una ITS. En el caso de la úlcera genital por ejemplo el riesgo de transmisión del VIH aumenta entre 50 a 300 veces.
- Se ha demostrado que el tratamiento de las ITS disminuye rápidamente la cantidad de VIH en las secreciones genitales y ayuda a prevenir transmisión de VIH.
- Las ITS causan complicaciones en el hombre y la mujer que pueden ser muy severas e incluso mortales (3).

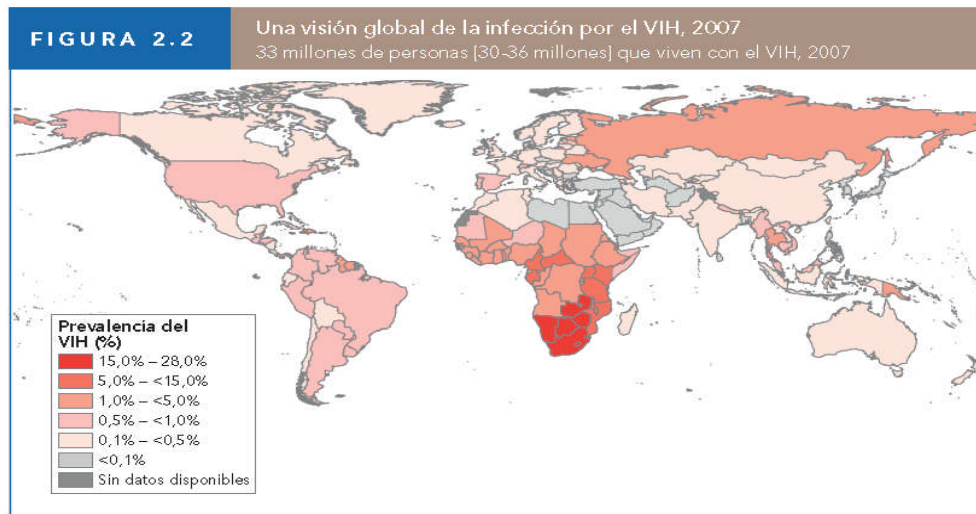
En 2007, se registraron 2,7 millones de nuevos casos de infección por el VIH y 2 millones de fallecimientos relacionados con el SIDA.

Las mujeres representan la mitad de las personas que viven con el VIH en todo el mundo, y más del 60% de las infecciones por el VIH en África Subsahariana. Durante los últimos 10 años, la proporción de mujeres entre personas que viven con el VIH ha permanecido estable a nivel mundial, pero ha crecido en muchas regiones.

Los jóvenes entre 15 y 24 años representan el 45% estimado de las nuevas infecciones por el VIH en todo el mundo.

Se estima que, en 2007, 370 000 niños menores de 15 años se infectaron con el VIH. A nivel mundial, el número de niños menores de 15 años que viven con el VIH aumentó de 1,6 millones en 2001 a 2,0 millones en 2007. Casi el 90% vive en África subsahariana.

Gráfico 1: Prevalencia Mundial del VIH en el 2007



Fuente: ONUSIDA, Informe sobre la epidemia mundial del SIDA

- África Subsahariana: 22 millones dos tercios (67%) del total mundial de personas infectadas con el VIH (mayor prevalencia en Botswana).
- Asia: 5,0 millones de personas.
- Europa Oriental y Asia Central: 1,5 millones de personas (mayor en Rusia).
- Oceanía: 74 000 personas (Mayor y en expansión en Nueva Guinea).
- África del Norte y Medio Oriente: 380 000 personas.
- Norteamérica, Europa Occidental y Central: Se estima que, de los 2,0 millones de personas que vivían con el VIH en América del Norte y en Europa occidental y central en 2007, viven en los Estados Unidos de América alrededor de 1,2 millones.
- Caribe: 230 000 personas (3/4 parte en República Dominicana y Haití).
- Latinoamérica: 1,7 millones de personas. Según el informe de ONUSIDA del año 2007 (4).

SIDA en Ecuador

En el Ecuador el total de casos notificados de VIH/SIDA hasta octubre de 2008 es de 15.318. La razón de género en 2006 se situó en 1,5 hombres por cada mujer cuando era de 6:1 cerca del año 1990 (5,6).

Con respecto al VIH/SIDA según preferencia sexual en el año 2007 se encuentra que 13,1% son homosexuales, 6,1% bisexuales y con un porcentaje alto la población heterosexual 80,1%. En relación con la edad, hay un mayor porcentaje entre las edades de 20 y 44 años concentra el 81.4% de los casos de SIDA en el periodo de 2007 (7).

Según la OPS el 20 % de adultos jóvenes y adolescentes sexualmente activos contraen una ITS cada año (8).

De acuerdo a la distribución de casos notificados de VIH/SIDA en el 2008 en las provincias del Ecuador se indica que las provincias con mayor porcentaje de infecciones son Guayas (53,78%), Los Ríos (8,90%), Pichincha (6,05%), Manabí (7,31%), y Esmeraldas (5,55%). En el Azuay se presentan 0.83 %. Según sexo corresponden a 26.17% a las mujeres y hombres 73.8% (5).

¿ Por qué deben hacerse programas de prevención de las ITS y VIH/SIDA'?

En diversos países, las tendencias favorables en la incidencia de la infección VIH se relacionan con programas de prevención y cambios de comportamiento (9,10).

Entre las nuevas tendencias más destacables, ONUSIDA resalta:

La tasas de nuevas infecciones por el VIH ha disminuido en varios países pero, a nivel mundial, el aumento de nuevas infecciones en otros países contrarresta, al menos en parte, estas tendencias favorables.

En 14 de los 17 países africanos que cuentan con datos aceptables, el porcentaje de embarazadas jóvenes (15-24 años) que viven con el VIH ha disminuido desde el período 2000-2001. En 7 países, la caída del número de infecciones ha igualado o excedido la reducción del 25% establecida como objetivo para 2010 en la Declaración de compromiso.

A medida que aumentó el acceso al tratamiento en los últimos diez años, disminuyó el número anual de fallecimientos por SIDA.

África subsahariana continúa siendo la región más afectada por el VIH y, en 2007, le correspondieron el 67% de todas las personas que viven con el VIH y el 72% de los fallecimientos a causa del SIDA. Sin embargo, algunos de los aumentos más preocupantes en el número de nuevas infecciones se registran en países muy poblados de otras regiones, como Indonesia, la Federación de Rusia y diversos países de ingresos altos.

A nivel mundial, el porcentaje de mujeres entre las personas que viven con el VIH se ha mantenido estable, en el 50%, durante varios años, aunque la proporción de infecciones en las mujeres está aumentando en varios países.

En casi todas las regiones fuera del África subsahariana, el VIH afecta en forma desproporcionada a usuarios de drogas inyectables, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y profesionales del sexo.

Los esfuerzos de prevención del VIH entre los jóvenes siguen siendo insuficientes, aunque en varios países hay indicios de cambios de comportamientos. La meta para el 2005 era que el 90% de los jóvenes estuviera bien informado sobre el SIDA, las encuestas ponen de manifiesto que menos del 50% de jóvenes lo están. Las mujeres jóvenes están menos informadas que los varones. Un resultado alentador es que el porcentaje de jóvenes que tienen relaciones sexuales antes de los 15 años ha disminuido y el uso del preservativo ha aumentado según el informe de ONUSIDA del 2006.

1.3. JUSTIFICACIÓN

Es importante la facilitación de conocimientos sobre ITS y VIH/SIDA a los estudiantes universitarios debido a:

- Los atributos físicos, psicológicos y sociales de la juventud contribuyen a que sean particularmente vulnerables al VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).
- Los cursos o programas sobre educación sexual son un avance trascendente para la formación integral de los jóvenes, en los cuales no solo se brinde información orientada a la prevención de embarazos o de enfermedades de transmisión sexual, sino también vayan encaminados a la formación de valores positivos sobre una vida sexual segura y responsable.
- Casi todas las infecciones por VIH tienen lugar durante la adolescencia o la edad reproductiva, la idea de centrarse en las personas jóvenes se manifiesta como una estrategia decisiva.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

Los datos sobre la situación mundial nos indican la existencia de 340 millones de nuevos casos por año de ITS curables. Según datos de la OMS, a nivel mundial existen 12 millones de nuevos casos de sífilis, en Latinoamérica y el Caribe fue de 3 millones. La incidencia global de tricomoniasis fue de 167,2 millones y 18,5 en América Latina y el Caribe. La incidencia global de Chlamydia de 92 millones y 9.5 millones en América Latina y el Caribe; de blenorragia 62 millones a nivel global y 7.5 millones en América Latina. La infección VPH, es la ITS más frecuente a nivel mundial, en Estados Unidos 20 millones están infectados, especialmente adolescentes y adultos jóvenes (11,12).

En lo que respecta al conocimiento de las ITS por la población, un estudio realizado en Colombia por Vera L. demuestra que los jóvenes de 15 a 22 años reconocen SIDA (98%), gonorrea (93%), sífilis (80%), herpes (12.2%). González F. demuestra que los jóvenes de 14 a 25 años reconocen el SIDA (51%), sífilis (12,1%) y gonorrea (9,6%) valores que demuestran poco conocimiento (13,14).

García T. encontró que el 37,5% de la población adolescente de Camaguey pensaba que el SIDA puede transmitirse por besos, ropa, platos, sanitarios (15). Según datos de Vera L. en Colombia el 8,8% de las mujeres y 6,5% de los varones refieren a la saliva y el sudor como medio de transmisión del SIDA, además el 98,9% de las mujeres y el 100% de los varones refirieron la sangre como medio de transmisión del VIH/SIDA (16). En las Universidades de las Frontera y Austral de Chile (UFRO y UACH) se encontró que el 22,8% y 26,1% de los estudiantes respectivamente, reconocieron a las transfusiones como medio de transmisión del VIH/SIDA (17).

Velásquez A. encuentra que los adolescentes reconocen picazón en los genitales (34,5%) y pus en el pene (36,1%) como signos y síntomas de la ITS. Además 76% de los adolescentes citan la abstinencia sexual como medio para no infectarse con una ITS (18).

El condón como medida para no infectarse con una ITS es citado en la UFRO y UACH en el 21% y 29% respectivamente. Meléndez A. encuentra que el 65% de las mujeres de Nicaragua citan la fidelidad como principal forma de prevención de las ITS y VIH/SIDA (17, 19).

En el estudio realizado en Bucaramanga por Vera L. cuando se consultó sobre el uso del preservativo, el 13% de los entrevistados dijo no usarlo nunca, 44% dijo usarlo siempre en las relaciones con personas diferentes a la pareja sexual estable. Entre los que usan condón cerca del 9% nunca lo usa en toda la relación sexual, 42% algunas veces y el 49% siempre. El 24% afirmó practicar relaciones anales y de ellos 20% utiliza condón siempre durante este tipo de práctica. Estos hallazgos confirman un bajo nivel de utilización del condón tanto en las relaciones anales como vaginales y orogenitales, especialmente en la práctica de relaciones sexuales con pareja estable, en las cuales la mayoría de los jóvenes considera que no es necesario su uso (20).

La edad de la primera relación sexual en los adolescentes mexicanos es entre los 15 años a 17 años para hombres y mujeres (21, 22). En el estudio de la Universidad del Rosario de Bogotá por Ruiz A. se encontró que 66,7% de los estudiantes tanto varones como mujeres habían iniciado relaciones sexuales alrededor de los 17 a 18 años (23), cifra que se encuentra dentro del 40-90% de los estudiantes de colegios americanos que reportan ser activos sexualmente según datos de Eisenberg M. (24).

Es necesario mencionar al número de compañeros sexuales como práctica de riesgo. En la investigación realizada en la Universidad del Rosario, en Bogotá por Ruiz A. el número de parejas sexuales por año tuvo un promedio de 2 en las mujeres y de 3 en los varones, pero en Bucaramanga, dentro del mismo país, un estudio por Vera L. que incluyó a estudiantes secundarios y universitarios, de centros públicos y privados, se encontró que los varones cambiaban de pareja en menos de un año, y las mujeres en poco más de dos años; de esta manera el número de parejas en los varones fue de hasta 6 y en las mujeres de hasta 4 (20,23). En Lima metropolitana, Velásquez A. después de aplicar una intervención educativa, la creencia de que se es más popular según el número de parejas sexuales se disminuyó en tres veces tanto en varones como en mujeres (18). En el reporte de La Habana por Hernández JM. el 73,1 % de los

estudiantes tuvo 3 y más parejas sexuales en un período menor de 1 año, y de ellos el 28,6 % tuvo 4 y más compañeros/as sexuales; mientras que el 93 % de los trabajadores tuvo menos de 3 parejas sexuales en un año (25).

2.1. Enfermedades de Transmisión Sexual

2.1.1. Gonorrea

Es causada por *Neisseria gonorrhoeae*. Los CDC calculan que más de 700,000 personas en EE.UU. contraen esta infección por año. Las tasas más altas de infección se registran en adolescentes sexualmente activos, adultos jóvenes y afro americanos. La gonorrea se transmite por contacto sexual. No es necesario que haya una eyaculación para transmitir o contraer la gonorrea. Se transmite de madre a hijo durante el parto.

Puede ser asintomática, en algunos aparecerán signos o síntomas de dos a cinco días después de contraer la infección. Algunos síntomas pueden tardar hasta 30 días en aparecer. Entre los signos y síntomas se encuentran la sensación de ardor al orinar y una secreción blanca, amarilla o verde del pene. La mayoría de las mujeres con gonorrea no tienen síntomas. Las mujeres presentan ardor al orinar, aumento del flujo vaginal y hemorragia vaginal entre períodos. Entre los síntomas de infección rectal, tanto en hombres como en mujeres, puede haber secreción, picazón, dolor y sangrado en el ano y dolor al defecar. También es probable que la infección rectal no esté acompañada de síntomas.

En las mujeres, la gonorrea es una causa frecuente de enfermedad inflamatoria pélvica (EIP). Anualmente, cerca de un millón de mujeres en los Estados Unidos contraen EIP. En los hombres, la gonorrea puede provocar epididimitis, que provoca infertilidad. La gonorrea puede propagarse a la sangre y a las articulaciones.

El diagnóstico se realiza por medio de la prueba de tinción de Gram y cultivo. El tratamiento se basa en la administración de quinolonas o cefalosporinas de tercera generación (26).

2.1.2. Herpes Genital

Causado por los virus del herpes simple tipo 1 (VHS-1) y tipo 2 (VHS-2). La mayoría de los herpes genitales son causados por el tipo VHS-2. Cuando se manifiestan los signos, usualmente lo hacen en forma de una o más ampollas en los genitales o el recto o alrededor de los mismos. Las ampollas se rompen formando úlceras dolorosas que pueden tardar de dos a cuatro semanas en curarse la primera vez que se presentan. Típicamente, puede presentarse otro brote semanas o meses después del primero, pero es menos intenso y de más corta duración.

En EEUU, por lo menos 45 millones de personas de 12 años en adelante o uno de cada cinco adolescentes y adultos ha tenido una infección por el VHS. La infección genital por el VHS-2 es más frecuente en las mujeres (aproximadamente en una de cada cuatro mujeres) que entre los hombres (aproximadamente en uno de cada ocho hombres). Esto puede deberse a que es más probable que ocurra la transmisión de hombre a mujer que la transmisión de mujer a hombre.

La mayoría de las personas infectadas por el VHS-2 no saben que tienen la infección. El primer brote ocurre generalmente dentro de las dos semanas siguientes a la transmisión del virus y las llagas se curan típicamente en dos a cuatro semanas. El herpes puede contribuir a la propagación del VIH. El diagnóstico se realiza por medio de la detección de anticuerpos de la infección por el VHS-1 o el VHS-2. El tratamiento consiste en la administración de antivirales, pero no es curable (26).

2.1.3. Condiloma

Es producido por el virus del papiloma humano genital (VPH) es la infección de transmisión sexual más frecuente. Existen más de 40 tipos del VPH que pueden infectar las áreas genitales de hombres y mujeres, entre las que se incluyen la piel del pene, la vulva y el ano, así como los revestimientos de la vagina, el cuello uterino y el recto. En junio de 2006, una vacuna tetravalente de VPH se legalizó para su uso en los Estados Unidos. La vacuna proporciona protección contra los tipos 6, 11, 16 y 18. Tipos de 6 y 11 están asociados a las verrugas genitales, mientras que los tipos de 16 y 18 son tipos oncogénicos (26,27).

En la actualidad, aproximadamente 20 millones de estadounidenses se encuentran infectados por el VPH y otros 6.2 millones de personas se infectarán por primera vez anualmente. Por lo menos el 50% de las mujeres y hombres sexualmente activos contraerán la infección genital del VPH en algún momento de sus vidas. En los Estados Unidos, cerca del 1% de las personas adultas sexualmente activas tienen verrugas genitales en un momento dado.

Las verrugas genitales pueden ser planas o elevadas, únicas o múltiples, pequeñas o grandes y, en ciertos casos, tener forma de coliflor. Las verrugas aparecen semanas o meses después del contacto sexual con una persona infectada o puede que nunca aparezcan, las verrugas no se convertirán en cáncer. El cáncer de cuello uterino no presenta síntomas sino hasta que está en una etapa avanzada. En muy pocos casos, una mujer embarazada que tiene el VPH genital puede transmitir el VPH al recién nacido durante el parto vaginal. En esos casos, el bebé puede contraer verrugas en la garganta o en la laringe denominada papilomatosis respiratoria recurrente (PRR).

Las verrugas genitales se diagnostican mediante un examen visual. Los cambios en las células del cuello uterino se identifican mediante pruebas de Papanicolaou periódicas. No existe un tratamiento contra el virus mismo, un sistema inmunitario saludable combate el VPH en forma natural. Existen tratamientos contra las enfermedades causadas por el VPH (26).

2.1.4. Sífilis

Causada por el *Treponema pallidum*. Según datos de la OMS, a nivel mundial existen 12 millones de nuevos casos de sífilis al año. Se transmite través del contacto directo con una úlcera sifilítica y de una madre infectada al hijo durante el embarazo.

Presenta tres fases: La fase primaria se manifiesta con una úlcera firme, redonda, pequeña e indolora (chancro). La fase secundaria se caracteriza por la presencia de erupciones en piel y lesiones en las membranas mucosas, fiebre, linfadenitis ganglionar., odinofagia, alopecia, cefalea, pérdida de peso, mialgias, fatiga. En la fase latente o terciaria hay desaparición de los síntomas de las fases primaria y secundaria.

El diagnóstico se realiza por el análisis de una muestra líquida del chancro por el microscopio de campo oscuro y detección de anticuerpos en la sangre. La enfermedad se curará con una inyección intramuscular de penicilina, y si ha tenido sífilis por más de un año, necesitará dosis adicionales (26).

2.1.5. Tricomoniasis

Es causada por *Trichomonas vaginalis*. La vagina es el sitio más común donde ocurre la infección en las mujeres mientras que en los hombres es en la uretra. Las mujeres pueden contraer esta enfermedad de un hombre o de una mujer que tiene la infección pero los hombres suelen contraerla solamente por el contacto con mujeres infectadas.

Las tasas de prevalencia son del 15% o superior en los países en desarrollo, en particular, donde el acceso a la atención sanitaria es limitada. Como consecuencia, es probable que hasta 25 millones de embarazadas en todo el mundo padezcan tricomoniasis.

Las mujeres embarazadas que tienen tricomoniasis pueden dar a luz bebés prematuros o con bajo peso. Los síntomas en las mujeres suelen aparecer de 5 a 28 días después de la exposición a la infección.

La sintomatología incluye irritación temporal dentro del pene, secreción, disuria, flujo vaginal espumoso, amarillo verdoso y con un fuerte olor, dispareunia, prurito vulvar, dolor pélvico. El diagnóstico se realiza por examen directo y en fresco de la secreción vaginal o de la uretra en el hombre observada al microscopio. También puede realizarse el estudio en la primera orina de la mañana. La tricomoniasis suele curarse con metronidazol o tinidazol en una sola dosis por vía oral. La pareja deben tratarse la infección al mismo tiempo para eliminar el parásito. Las mujeres embarazadas pueden tomar metronidazol (26).

2.1.6. Clamidiasis

Es causada por *Chlamydia trachomatis*. Entre mayor número de parejas sexuales tenga la persona, mayor es el riesgo de infección. Las adolescentes y las mujeres jóvenes que son sexualmente activas están expuestas a un mayor riesgo de infección porque el cuello uterino no se ha formado completamente y es más susceptible a infecciones. Debido a

que la clamidia puede transmitirse durante las relaciones sexuales orales o anales, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres también están en peligro de contraer la infección clamidia.

Los síntomas (flujo vaginal anormal, dispaurenia, sangrado entre los períodos menstruales, secreción del pene, prurito del meato urinario del pene, dolor e inflamación de los testículos, dolor, secreciones o sangrado en el recto) aparecen generalmente entre 1 y 3 semanas después del contagio. En las mujeres, la bacteria infecta inicialmente el cuello uterino y la uretra y no presentan signos ni síntomas aun después de que la infección se propaga del cuello uterino a las trompas de Falopio.

Los tratamientos usados más frecuentemente son: dosis única de azitromicina o una semana de tratamiento con doxiciclina. Las personas con infección por clamidia deben abstenerse de tener relaciones sexuales hasta que ellas y sus parejas sexuales hayan terminado el tratamiento. Los CDC recomiendan que todas las mujeres sexualmente activas de 25 años de edad o menos y las mujeres de más edad con factores de riesgo de infección por clamidia (quienes tienen una nueva pareja sexual o múltiples parejas sexuales), así como todas las mujeres embarazadas se hagan anualmente pruebas para detectar esta enfermedad (26).

2.1.7. VIH/SIDA

La enfermedad de inmunodeficiencia adquirida fue reconocido por primera vez en Estados Unidos durante el verano de 1981, cuando los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) comunicaron la aparición inexplicable de neumonía por *Pneumocistis Carinii* en cinco varones homosexuales previamente sanos de Los Ángeles, así como de sarcoma de Kaposi en 26 varones previamente sanos de Nueva York y Los Ángeles. En 1983 se aisló el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) a partir de un paciente con adenopatías linfáticas y en 1984 se demostró claramente que dicho virus era el agente causal del SIDA. En 1985 se desarrollo una prueba de inmunoabsorbente ligado a enzimas (ELISA) que permitió percatarse del alcance y la evolución de la epidemia de infección por el VIH, al principio en Estados Unidos y otros países desarrollados y después en las naciones en desarrollo de todo el mundo (28).

En el 2008, los CDC ajustaron sus estimaciones sobre las nuevas infecciones por el VIH, los CDC calculaban que cada año ocurrían cerca de 40,000 nuevas infecciones por el VIH en Estados Unidos. Los nuevos resultados demuestran que ha habido disminuciones significativas en el número de nuevas infecciones por el VIH, después de haber alcanzado un pico de aproximadamente 130,000 a mediados de la década de 1980 y de haber disminuido a una cifra cercana a 50,000 a principios de 1990. Los resultados también muestran que las nuevas infecciones aumentaron a finales de 1990 y que a esto siguió una estabilización desde el 2000, con cerca de 55,000 infecciones por año.

Los casos de SIDA empezaron a disminuir considerablemente en 1996, debido a la introducción de los antivirales. Los CDC calculan que cerca de un millón de personas en Estados Unidos viven con el VIH o el SIDA. Casi la cuarta parte de estas personas no saben que están infectadas, y el no saber que están infectadas las pone a ellas y a otras personas en peligro.

El VIH no puede vivir por mucho tiempo fuera del cuerpo. Por consiguiente, no se transmite durante las actividades cotidianas como saludar, abrazar o mediante un beso casual. No se contrae la infección de un asiento de inodoro, un bebedero de agua, una perilla de puerta, platos, vasos, alimentos o de los animales domésticos. Tampoco a través de los mosquitos.

El VIH se encuentra principalmente en la sangre, el semen o el flujo vaginal de una persona infectada y se transmite principalmente por tres formas: al tener relaciones sexuales (por medio anal, vaginal u oral) con alguien infectado con el VIH, al compartir agujas y jeringas con alguien infectado con el VIH y por la exposición al VIH antes de nacer o durante el parto, o al ser amamantado por una madre infectada (29).

2.1.8. Prevención de las ITS y VIH/SIDA

La manera más segura de evitar contraer enfermedades de transmisión sexual, es abstenerse del contacto sexual o tener una relación estable y mutuamente monógama con una pareja que se haya hecho las pruebas y que se sabe que no tiene ninguna infección.

El uso correcto y habitual de los condones de látex puede reducir el riesgo de contraer sífilis, herpes genitales y chancros, solamente si el área infectada o el área de posible contacto están cubiertas.

Hablar acerca del VIH y otras ITS con cada pareja antes de tener relaciones sexuales.

Enterarse sobre el pasado sexual de la pareja (uso de drogas y comportamiento sexual), preguntarle si se ha hecho la prueba del VIH recientemente.

No inyectarse drogas ilegales. Debido al contagio con el VIH a través de agujas, jeringas y otros artículos que estén contaminados con la sangre de alguien que tiene el VIH. Además, las drogas pueden entorpecer sus facultades mentales, lo cual podría aumentar las posibilidades de tener relaciones sexuales sin las medidas de prevención necesarias (26,29).

2.2. LAS TEORÍAS DEL APRENDIZAJE

Existen dos grandes paradigmas en la psicología del aprendizaje.

2.2.1 Conductismo

En esta teoría se plantaron dos variantes: el condicionamiento clásico y el condicionamiento instrumental y operante. El primero de ellos describe una asociación entre estímulo y respuesta contigua, de forma que si sabemos plantear los estímulos adecuados obtendremos la respuesta deseada. Esta variante explica tan solo comportamientos muy elementales. La segunda variante, el condicionamiento instrumental y operante persigue la consolidación de la respuesta según el estímulo, buscando los reforzadores necesarios para implantar esta relación en el individuo. Será esta variante en la que nos vamos a centrar. Se plantea la ley del efecto según la cual se consolidan las respuestas deseadas en el individuo a las que la sigue un estímulo satisfactorio y en la ley del ejercicio según la cual la respuesta se consolida con relación al número de veces que se conecte con un estímulo satisfactorio (30)

2.2.2 Cognitivismo

La concepción de Ausubel se inserta en su teoría del aprendizaje significativo, entendiendo por el mismo la adquisición de significados nuevos por parte del alumno, lo que ocurre cuando las ideas expresadas simbólicamente son relacionadas de modo no arbitrario y sustancial con algún aspecto existente específicamente relevante de los conocimientos estructurados que ya él posee. Tal aprendizaje se diferencia de esta manera, sustancialmente, del repetitivo o mecánico (32).

Para que el aprendizaje sea significativo la tarea de aprendizaje debe ser potencialmente significativa (constituida por un material razonable que pueda relacionarse de manera sustancial y no arbitraria con la estructura cognoscitiva del alumno), y el estudiante debe asumir además una actitud para relacionar el nuevo material de aprendizaje con su estructura existente de conocimientos, en correspondencia con la disposición de contenidos relevantes en dicha estructura (entendida ésta como el contenido y la organización totales de las ideas de una persona determinada) (31).

Vygotsky parte del principio de que la conducta del hombre no es solamente un producto de la evolución biológica, sino que ante todo ella representa un resultado y se encuentra condicionada por el desarrollo histórico y cultural de la propia humanidad. Concibiendo a la cultura como el producto de la vida social y de la actividad mancomunada de los hombres; así como a la esencia del propio proceso del desarrollo cultural, sintetizada en el planteamiento de que “a través de los demás es que nos convertimos en nosotros mismos”, Vygotsky asume la similitud entre el desarrollo cultural y el desarrollo de las funciones psíquicas superiores del hombre en tanto formas superiores de actividad (31).

TEORÍAS DEL APRENDIZAJE

	Modelo Conductista	Modelo Cognitivista
	Watson, Skinner, Thordnike, Pavlov, Tolman	Piaget, Bruner, Ausubel, Vigotsky
Objeto de Estudio	La conducta observable	Representaciones mentales (mapas cognitivos, estrategias)
Relación epistemológica	SUJETO OBJETO →	SUJETO ← OBJETO
Características del Sujeto	<ul style="list-style-type: none"> • Cada individuo nace con la mente vacía en el cual se imprimen los datos de la realidad. • Es pasivo y reactivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Posee estructuras previas que le permiten conocer • Es activo y productor.
Conocimiento	Copia de la realidad	El sujeto construye su propio conocimiento.
Protagonismo	Hay un protagonismo del ambiente (Objeto)	El Sujeto es protagonista del proceso de conocimiento
	<ul style="list-style-type: none"> • Se apoya en el Empirismo. • Anticonstructivista • Asociacionista • Todas las conductas humanas se explican en términos de asociaciones de elementos simples. • Ambientalista: protagonismo en el objeto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se apoya en el Racionalismo. • Se tomó como modelo de análisis de la mente a la Cibernética o "metáfora del ordenador": La mente recibe, organiza y almacena información de una forma análoga a una computadora. • Es constructivista.

Fuente: Freire E. 2007

Teoría cognoscitivo-social de Albert Bandura
 Componentes en prevención
(1) cognitivo
(2) conductual
(3) fortalecimiento de la autoeficacia, y
(4) el apoyo social.

2.3. Teoría Social Cognitiva de Albert Bandura

Albert Bandura opina que las personas modelan su comportamiento social a través de la observación de la conducta ajena. Lo que se aprende, está condicionado en parte por el prestigio o el proceder del sujeto observado. Esta teoría tiene múltiples aplicaciones en el desarrollo psicosexual; los niños desarrollan su actitud sexual a partir de las actitudes que ven plasmadas en el comportamiento de los progenitores u otros adultos (32).

La mayor parte de la conducta humana es aprendida, y la mayor parte de ésta es controlada por influencias ambientales. El refuerzo positivo (la modificación de la conducta mediante la alteración de sus consecuencias recompensatorias) constituye un procedimiento importante en la terapia conductual.

La teoría de Bandura se relaciona con la tradición conductista, y las aplicaciones de la teoría del aprendizaje social, se identifican con el movimiento de *modificación de la conducta*.

Bandura ha adoptado la posición de que el efecto del refuerzo sobre el desempeño no es el de un factor que imparte forma automáticamente a la conducta humana. Más bien considera que los seres humanos utilizan información acerca de contingencias de refuerzo con el fin de regular su conducta. En este proceso la conciencia desempeña un papel activo.

Aunque los seres humanos pueden aprender mediante procedimientos directos de refuerzo y moldeamiento, una manera más eficiente de aprender consiste en la observación. El aprendizaje por observación es la base de la mayoría de las cosas aprendidas de otros seres humanos (de allí el rótulo de teoría del aprendizaje "social"), como el lenguaje y los papeles y normas sociales. Esto recibe también el nombre de aprendizaje vicario o modelación. Los modelos pueden ser humanos o representaciones de ellos, tales como muñecas o figuras.

Bandura adopta algunas leyes y supuestos de la teoría del aprendizaje operante. De allí pasa a la posición cognitiva, al considerar que las unidades cognitivas se aprenden y que gran parte del aprendizaje es asociativo y simbólico. Al sugerir que la modelación es el tipo primario del aprendizaje humano, ataca al supuesto de que el aprendizaje se opera automáticamente y por efecto del refuerzo y los supuestos de equipotencialidad sostenidos por la mayoría de los teóricos del aprendizaje operante (33).

Bandura divide el aprendizaje imitativo en cuatro procesos:

1. *Procesos de atención:* antes de que alguien o algo pueda ser modelo, el sujeto debe advertirlo. Lo que se advierte está en función del refuerzo previo. Aquellos modelos que demuestran alta competencia, "que son especialistas valiosos" o celebridades, o que poseen símbolos que otorgan status, tienen más probabilidades de atraer la atención que los modelos carentes de estos atributos. Otras variables que pueden influir son: atracción, identificación étnica, sexo y edad.
2. *Procesos de retención:* en virtud de estos procesos la conducta moldeada es codificada bajo forma de memoria por el observador. Aquí, el refuerzo tiene por efecto incrementar la frecuencia de las respuestas moldeadas asociadas con consecuencias recompensatorias. El ensayo ayuda a reforzar las conductas moldeadas por obra de procesos activos y no por mera repetición. Practicar una respuesta, sea en forma manifiesta o encubierta, permite a la persona que ejecuta esa práctica comprobar si emite la respuesta de manera tan parecida al modelo como le resulte posible. A su vez, esto permite al modelador centrar su atención en las señales conducentes a moldear más intencionalmente. En la modelación humana intervienen dos sistemas de representación: el imaginista y el verbal:

Sistema imaginal: actúa durante la exposición a los estímulos de la modelación, secuencias de las imágenes sensoriales correspondientes a ellos se asocian sobre la base de la contigüidad física.

El sistema verbal: es un sistema simbólico; como tal, representa información codificada o derivada. Al sugerir que el aprendizaje más eficaz supone traducir secuencias de acción a sistemas verbales abreviados y reunir pautas de conducta constituyentes en unidades integradas más amplias, asume una posición decididamente molar y cognitiva.

3. *Reproducción motórica:* supone la traducción de las representaciones simbólicas (cognitivas) de los estímulos modelados a actos motores manifiestos, o sea, en

representar realmente la conducta moldeada. Es más fácil aprender de un modelo y reproducir con exactitud sus acciones cuando todo lo que debe hacerse es sintetizar pautas de respuesta, adquiridas antes, en la nueva conducta compleja presentada por el modelo.

4. *Procesos de incentivación y modelación*: el refuerzo determina aquello que se nota, aquello que se moldea, aquello que se ensaya y cuál es la conducta que se emite. Estima que la expectativa de recompensa (o de evitación de consecuencias adversas) es necesaria para la emisión de una conducta (33).

2.3.1. El Constructo de la Autoeficacia

La autoeficacia puede ser definida como la percepción o creencia personal de las propias capacidades en una situación determinada. Las creencias de autoeficacia presentan gran influencia en el ser humano, ya que actúan sobre sus pensamientos, sentimientos y comportamientos. Un aspecto que resalta la importancia de la autoeficacia es su valor predictivo de la conducta humana. El comportamiento de las personas, según Bandura, puede ser mejor predicho por las creencias que los individuos tienen acerca de sus propias capacidades que por lo que en verdad pueden hacer, puesto que estas percepciones contribuyen a delinear qué es lo que las personas hacen con las habilidades y el conocimiento que poseen (34).

La autoeficacia tiene un rol central en la evitación o no de conductas, en función de la capacidad con la que la persona se percibe para realizar una tarea, se acerca hacia su consecución y persistirá más o menos en ella. Está claro que no estamos afirmando que sólo con la percepción de autoeficacia se puede influir sobre el comportamiento o el resultado, pero lo que sí se afirma es que la auto-eficacia, junto con otros factores -como las habilidades reales, las expectativas y los incentivos entre otros- afecta al esfuerzo y a la persistencia empleados en afrontar una tarea o situación (35).

La autoeficacia percibida desempeña un papel fundamental en el funcionamiento humano puesto que afecta el comportamiento no sólo de manera directa, sino también por su impacto en otros determinantes claves tales como metas y aspiraciones, expectativas de resultados, tendencias afectivas y percepción de los impedimentos y oportunidades que se presentan en el medio social. Las creencias de eficacia influyen en

los pensamientos de las personas, tanto autoestimulantes como autodesvalorizantes, optimismo o pesimismo; en los cursos de acción que ellas eligen para perseguir; los desafíos y metas que ellas se plantean para sí mismas y su compromiso con los mismos; la cantidad de esfuerzo que invierten en determinados emprendimientos; los resultados que esperan alcanzar por sus esfuerzos; la magnitud de su perseverancia frente a los obstáculos; su resistencia a la adversidad; el nivel de estrés y depresión que experimentan cuando se enfrentan con demandas exigentes del ambiente y los logros que alcanzan (36).

Las creencias de autoeficacia afectan el comportamiento humano de cuatro formas:

Primero, la autoeficacia influye en la elección de actividades y conductas. Las personas tienden a elegir y comprometerse en actividades en las cuales se consideran altamente eficaces y tienden a evitar aquellas en las cuales se consideran ineficaces.

Segundo, la autoeficacia determina cuanto esfuerzo invierten las personas en una actividad, como así también cuán perseverantes serán estas frente a los obstáculos que puedan presentársele.

La tercera forma mediante la cual la autoeficacia afecta al comportamiento humano es influyendo sobre los patrones de pensamiento y las reacciones emocionales. Las personas de baja autoeficacia, por ejemplo, pueden considerar a las actividades que deben realizar mucho más difíciles de lo que realmente son, lo cual les ocasionara un alto grado de estrés y ansiedad así como pensamientos negativos acerca de su posible desempeño. Un alto nivel de autoeficacia, por otra parte, brinda una mayor confianza y serenidad en el afrontamiento de tareas difíciles. La autoeficacia influye a su vez en las atribuciones causales que el individuo realiza frente al éxito o al fracaso en las actividades.

La cuarta forma en la cual la autoeficacia afecta el comportamiento es permitiendo al sujeto ser un productor de su propio futuro y no un simple predictor. Aquellos sujetos que se perciben a sí mismos eficaces se imponen retos, intensifican sus esfuerzos cuando el rendimiento no es suficiente de acuerdo a las metas que se habían propuesto, experimentan bajos grados de estrés ante tareas difíciles y presentan una gran cantidad de intereses por actividades nuevas (37).

2.4. Teoría Social Cognitiva de Vigotsky

La teoría de Vigotsky se refiere a como el ser humano ya trae consigo un código genético el cual está en función del aprendizaje, en el momento que el individuo interactúa con el medio ambiente. Su teoría toma en cuenta la interacción sociocultural, en contra posición de Piaget. No podemos decir que el individuo se constituye de un aislamiento. Más bien de una interacción, donde influyen mediadores que guían a desarrollar las capacidades cognitivas.

Vigotsky señala que el desarrollo intelectual del individuo no puede entenderse como independiente del medio social en el que está inmersa la persona y, el desarrollo de las funciones psicológicas superiores se da primero en el plano social y después en el nivel individual (38).

2.5. ¿Las intervenciones modifican las conductas?

Para reducir la incidencia y prevalencia de ITS, particularmente del VIH/SIDA, se requieren modelos conductuales-educativos fundamentados en teoría que han probado por investigación científica facilitar el cambio de conductas no saludables. Literatura publicada recientemente reporta escasas intervenciones educativas con adolescentes y jóvenes mexicanos; todas ellas han incluido estudiantes de educación media superior, de ambos sexos. Los resultados muestran un efecto positivo de esas intervenciones en el conocimiento sobre VIH/SIDA y formas de protección; sin embargo, la práctica de uso del condón o anticonceptivos no se ha modificado. Las influencias sobre el adolescente se sustentan en la teoría Social Cognitiva. A su vez, las intenciones son determinadas por las creencias conductuales, normas subjetivas y el control percibido sobre la conducta (39).

Frecuentemente se ha dicho que la cantidad de espacio que se dedica a un tema es inversamente proporcional a la comprensión que tenemos de ese tema. Esta afirmación general cobra especial importancia en el caso particular de los problemas de comportamiento, entendidos como todas aquellas conductas peligrosas, molestas o disruptivas para el propio sujeto o para los que le rodean (40).

Por lo tanto la modificación de conducta tiene como objetivo promover el cambio a través de técnicas de intervención psicológicas para mejorar el comportamiento de las personas, de forma que desarrollen sus potencialidades y las oportunidades disponibles en su medio, optimicen su ambiente, adopten actitudes valoraciones y conductas útiles para adaptarse a lo que no puede cambiarse. El área de la modificación de conducta es el diseño y aplicación de métodos de intervención psicológicas que permitan el control de la conducta para producir el bienestar, la satisfacción y la competencia personal (41).

Cabe definir la modificación de conducta como aquella orientación teórica y metodológica, dirigida a la intervención que, basándose en los conocimientos de la psicología experimental, considera que las conductas normales y anormales están regidas por los mismos principios, que trata de desarrollar estos principios y aplicarlos a explicar conductas específicas, y que utiliza procedimientos y técnicas que somete a evaluación objetiva y verificación empírica, para disminuir o eliminar conductas desadaptadas e instaurar o incrementar conductas adaptadas. Esta definición pone de relieve las características más fundamentales del enfoque (41):

- La fundamentación en la psicología experimental
- La aplicación tanto al campo clínico como no clínico (por la similitud de principios que gobiernan la conducta normal y anormal)
- La insistencia en la evaluación objetiva
- El énfasis en la instauración de repertorios conductuales.

2.5.1. Calidad de la intervención para prevención del VIH/SIDA

La necesidad de mejorar la aplicación de los procedimientos de intervención supuso un gran reconocimiento de aquellas primeras intervenciones basadas en un cuidadoso análisis funcional de la conducta problemática. A finales de los años 70, y aún hoy en día, el concepto de análisis funcional ha ido transformándose en una tecnología práctica que sirve de guía para la elaboración de intervenciones conductuales.

El resultado principal ha sido una difusión de las intervenciones que van más allá de la simple manipulación de las consecuencias para pasar a incluir por una parte la modificación del contexto antes que la conducta problemática suceda, y por otra parte

enseñar conductas alternativas apropiadas como una estrategia eficaz para reducir esas conductas no adecuadas socialmente, hacer que los cambios sean estables, se generalicen a todas aquellas situaciones que la persona puede encontrarse y permita mejorar la calidad de vida (40).

Los estudios de calidad alta son aquellos que en la intervención cuentan con el respaldo de una teoría de cambio conductual y un mínimo de cuatro sesiones, si cumplen un criterio se asegura una mejor calidad y si no cumple ninguno, será de baja calidad. Las intervenciones deben dar mensajes claros y constantes de cambios de conducta y debe medirse las intenciones de conducta, lo que se facilita a través de la escala de autoeficacia (42, 43, 44).

Existe una metodología para evaluar la solidez de la evidencia sobre la eficacia de distintas intervenciones de prevención, que comprende los siguientes pasos (45):

- Primero, definir los tipos clave de intervención que los formuladores de políticas han de seleccionar teniendo en cuenta la población considerada.
- Segundo, definir el grado de evidencia que se necesitaría para justificar la aplicación generalizada de la intervención.
- Tercero, desarrollar criterios explícitos de inclusión y exclusión para los estudios revisados.
- Cuarto, examinar críticamente todos los estudios que reúnan las condiciones y sus resultados, por tipo de intervención.
- Quinto, resumir la robustez de los datos sobre la eficacia de cada tipo de intervención.
- Sexto, comparar la solidez de la evidencia aportada por los estudios con el umbral de evidencia que se necesitaría para recomendar la aplicación generalizada de la intervención.
- Séptimo, a partir de esa comparación, extraer recomendaciones basadas en la evidencia respecto a la aplicación de cada tipo de intervención en el entorno o grupo de población en cuestión.

Existen ambientes claves desde donde se puede aplicar con eficacia la intervención educativa dirigida a los jóvenes tales como la escuela, los servicios de salud y los medios de comunicación.

Según un trabajo de OMS, las intervenciones preventivas y educativas se pueden clasificar en cuatro categorías, en función de si las pruebas son lo bastante sólidas para formular recomendaciones:

¡YA! *Pasemos a la acción e intervengamos ya, supervisando la cobertura y calidad de la intervención.* Estrategias que se recomiendan dentro de esta categoría:

- Escuelas: intervenciones basadas en currículum de estudios con características eficaces, dirigidas por adultos.
- Servicios de salud: intervenciones que incluyen formación para los proveedores de servicios, cambios en las instalaciones, y promoción de los servicios entre los jóvenes y los líderes de las comunidades.
- Medios de comunicación: intervenciones que envían mensajes a través de la radio y/o la televisión, además de otros medios de difusión.

¿Listos? *Apliquemos extensamente la intervención pero evaluémosla cuidadosamente.* Estrategias que se recomiendan dentro de esta categoría:

- Comunidades geográficamente delimitadas: intervenciones centradas explícitamente en los jóvenes a través de estructuras y organizaciones existentes.
- Jóvenes más expuestos al riesgo del VIH: programas basados en centros de salud que también tienen un componente de extensión comunitaria, y proporcionan información y servicios.

¿Preparados? *Es preciso investigar y desarrollar más la intervención, si bien muestra potencial de ser efectiva.*

No intervenir *La evidencia muestra que no es conveniente aplicar la intervención.*

Las intervenciones dirigidas a los jóvenes de comunidades geográficamente delimitadas (por ejemplo, aldeas rurales, asentamientos urbanos o vecindarios) tienen la posibilidad de llegar a los jóvenes allí donde viven, independientemente de si asisten o no a la escuela, están casados o solteros, trabajan, o están desempleados.

En otros países los jóvenes están especialmente expuestos al riesgo de contraer la infección por el VIH debido a las situaciones en que viven, aprenden y trabajan, y a consecuencia de las conductas que adoptan o se ven obligados a adoptar debido a factores sociales, culturales o económicos. Muchos de esos jóvenes viven en los márgenes de la sociedad, y es improbable que se beneficien de las intervenciones aplicadas a través de las escuelas, los servicios de salud o los medios de comunicación.

En Cuba, existe desde el 2003 un proyecto dirigido a fortalecer la respuesta cubana en la prevención y atención de la epidemia, auspiciado por el Fondo Mundial para la lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria. Es parte de los Programas de Educación Sexual y de Prevención del VIH/SIDA que se desarrollan por parte del MINED. Como tal, complementa y profundiza en la preparación para la vida familiar y sexual de los adolescentes y jóvenes comprendidos en el sistema educacional.

La Educación Sexual puede considerarse como una preparación del adolescente para la vida adulta independiente, con los recursos de su personalidad que le posibiliten dar solución satisfactoria a los diversos problemas que la vida les plantee, prevenir las ITS y realizarse personal, familiar y socialmente (45).

CAPÍTULO III

3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

3.1. HIPÓTESIS

Con una intervención educativa basada en la Teoría cognoscitivo social de Albert Bandura, los conocimientos sobre ITS y VIH/SIDA, las actitudes inadecuadas y prácticas de riesgo se modifican significativamente.

3.2. OBJETIVOS

3.2.1. Objetivo General:

- Evaluar y modificar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los estudiantes de la Escuela de Cultura Física de la Facultad de Filosofía, de la Universidad de Cuenca, sobre ITS y VIH/SIDA.

3.2.2. Objetivos específicos

- Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los estudiantes de la Escuela de Cultura Física de la Universidad de Cuenca sobre ITS, y autoeficacia en prevención del SIDA a través de la aplicación de un cuestionario antes de la intervención educativa.
- Realizar una intervención educativa basada en la Teoría cognoscitivo social de Albert Bandura, para modificar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los estudiantes de la Escuela de Cultura Física de la Universidad de Cuenca sobre ITS y VIH/SIDA.
- Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas y autoeficacia en prevención del SIDA que tienen los estudiantes de la Escuela de Cultura Física de la Universidad de Cuenca sobre ITS después de la intervención educativa.
- Comparar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre ITS y autoeficacia en prevención del SIDA, que tienen los estudiantes de la Escuela de Cultura Física de la Universidad de Cuenca antes y después de la intervención educativa

CAPÍTULO IV

4. METODOLOGÍA

4.1. Tipo de estudio:

Se realizó un estudio Cuasiexperimental pre-CAP y post-CAP sin grupo control.

4.2. Población de Estudio:

La población de estudio estuvo conformada por todos los estudiantes de la Escuela de Cultura Física (163) de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Cuenca del año lectivo 2008-2009.

4.3. Criterios de inclusión

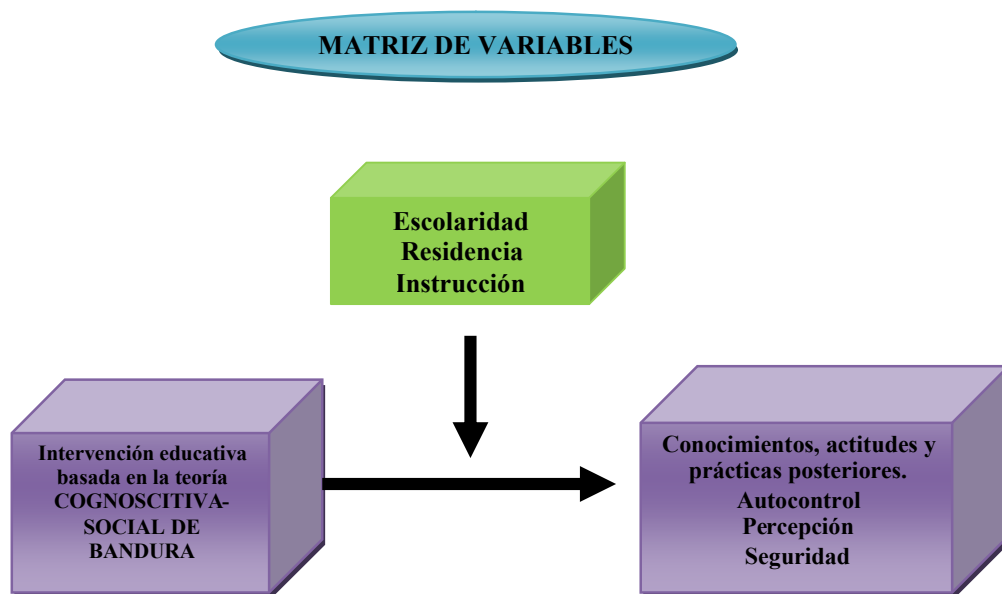
Fueron incluidos todos los estudiantes matriculados en la Escuela de Cultura Física de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Cuenca año lectivo 2008-2009, tanto del sexo femenino y masculino, con la edad de 18 años en adelante que conforman la escuela, y los que participaron en el desarrollo de los módulos educativos.

Aplicando estos criterios se excluyeron 63 estudiantes, trabajando con 100 estudiantes de los cuales, en la postintervención, 3 estudiantes abandonaron el estudio por decisión propia.

4.4. Área de estudio:

El estudio se realizó en las aulas de la Escuela de Cultura Física de la Universidad de Cuenca con dirección Av. 12 de Abril (oeste), Av. Loja (sur), Av. Solano (norte), Av. Remigio Tamariz (este). La Universidad de Cuenca se encuentra en la ciudad de Cuenca, del Cantón Cuenca, provincia del Azuay.

4.5. Operacionalización de las variables. (Anexo 1)



4.6. Procedimientos e Instrumentos.

4.6.1. Solicitud de permiso a las autoridades de la Escuela de Cultura Física de la Facultad de Filosofía

En el mes de Enero se solicitó el permiso correspondiente a las autoridades de la Escuela de Cultura Física de la Facultad de Filosofía.

Las autoridades concedieron el permiso para la realización de la intervención educativa, pues consideraban urgente la instrucción a los jóvenes; se explicó entonces que realizaríamos la recepción de datos con la aplicación del cuestionario antes y después de la intervención educativa.

4.6.2. Descripción de los Instrumentos de medición

Se utilizaron dos instrumentos de medición:

4.6.2.1. El primer instrumento: es un una encuesta de valoración de CAPs mide conocimientos, actitudes y prácticas sobre las infecciones de transmisión sexual, es un

instrumento validado y aplicado en un estudio realizado en la ciudad de la Habana, en Cuba, por Fatjo Aymee, del Instituto de Medicina Tropical Pedro Kouri.

4.6.2.2. Validación del primer instrumento: El primer instrumento fue validado por Aymee Fatjo; por medio de consenso de expertos y para cumplimentar su validez, se sometió a la técnica de repetición del test utilizando como medida el coeficiente de correlación lineal entre las dos aplicaciones del test, considerándose bueno porque se obtuvo un resultado de 0.94.

Para las variables de conocimientos y actitudes, los conocimientos se relacionan con mayores puntuaciones.

Para las variables de prácticas la mayor puntuación se relaciona con prácticas de riesgo, o malas prácticas.

4.6.2.3. El segundo instrumento: Corresponde a la escala de autoeficacia basada en la teoría de Albert Bandura, mide el nivel de seguridad, fue validado por Fuensanta López-Rosales, José Moral de la Rubia, del Centro de investigaciones de la Facultad de Psicología de la UNAM.

4.6.2.4. Validación del segundo instrumento:

La escala de autoeficacia está conformada de varias subescalas reconociéndose tres subescalas: A, B y C.

Los autores mexicanos validaron por una confiabilidad de ST, por la de Cronbach, alta con un valor de 0.89, y muy próxima al esperado de 0.91. Resultando todos los elementos discriminatorios con una correlación significativa ($p < 0.01$) con el resto de la escala que oscila de 0.284 a 0.654.

4.7. Descripción del Cuestionario (Anexo 2)

Ambos instrumentos de medición -CAPs y escala de autoeficacia- se integraron en un solo cuestionario; el mismo que fue aplicado siguiendo la técnica de encuesta administrada.

4.7.1. Secciones del cuestionario. Las secciones del cuestionario aplicado a los 100 estudiantes Escuela de Cultura Física de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Cuenca del año lectivo 2008-2009 fueron los siguientes:

Sección I

Identificación del cuestionario

Sección II

Variables sociodemográficas del encuestado

Sección III

Preguntas de conocimientos sobre ITS

Sección IV

Preguntas de actitudes

Sección V

Preguntas de prácticas

De la sección III hasta la sección V constituyeron el primer instrumento de medición, es decir a conocimientos, actitudes y prácticas sobre ITS; cada pregunta como puede constatarse en el anexo 2 tiene varios ítems, son preguntas cerradas, a cada ítem de cada pregunta el encuestado contestó si o no; de esta forma ninguna pregunta quedó sin ser contestada. Cada posibilidad de respuesta fue previamente codificada para facilitar la tabulación de los datos.

Sección VI

Esta sección correspondió al segundo instrumento de medición, es decir, a la escala de autoeficacia para prevenir el SIDA, recoge preguntas de intención.

4.7.2. Descripción de las secciones III-IV-V del cuestionario:

Conocimientos:

Infecciones de transmisión sexual que conoce

Transmisión de estas infecciones

Manifestaciones clínicas de las ITS

Curación de las ITS/VIH/SIDA

Actitudes

Actitud ante el nivel de atención médica de estas infecciones

Actitud ante una ITS

Prevención de las ITS

Actitud ante relaciones sexuales con desconocidos o pocos conocidos

Prácticas

Parejas sexuales en los 3 últimos meses: cuantas.

Práctica sexual: Homosexual, heterosexual, bisexual

Hábito sexual: Anal, oral, genital

Portador de una ITS en alguna ocasión: Mencionarla.

Conversar con su pareja sobre el tema.

Relaciones sexuales embriagado o bajo los efectos de drogas.

Uso del condón:

Siempre: Cuando su uso es en todas las relaciones sexuales.

Ocasionalmente: Cuando su uso está presente en alguna de sus prácticas sexuales.

Nunca: Cuando no forma parte de sus prácticas sexuales.

Razones por lo que no lo usa:

Disminuye la sensibilidad:

No sabe utilizarlo.

Pena negociarlo con la pareja:

Vergüenza adquirirlo en la farmacia.

Pareja estable.

Relaciones sexuales con desconocidos.

Uso del condón en estas relaciones

Siempre: Cuando su uso es en todas las relaciones sexuales.

Ocasionalmente: Cuando su uso está presente en alguna de sus prácticas sexuales.

Nunca: Cuando no forma parte de sus prácticas sexuales.

Los conocimientos, actitudes y prácticas fueron evaluados según una escala de puntuación:

De la pregunta 7 a la pregunta 14: puntuación que pretende medir los conocimientos y las actitudes, esta osciló en un rango entre 12 y -6 puntos

De la pregunta 17 a la 26: puntuación que pretende evaluar las prácticas, esta osciló en un rango entre 10 y 0 puntos. Ver clave de calificación (Anexo 3).

4.7.3. Puntuación final del primer instrumento

Conocimientos

Buena cuando los puntos alcanzados entre 8 y 11 puntos

Regular entre 7.8 y 5 puntos

Mala por debajo de 5 puntos.

Actitudes

Buena: entre 6 y 10 puntos

Regular entre 5.9 y 3 puntos

Mala por debajo de 3 puntos.

Las variables de conocimientos y actitudes se analizaron antes y después para evaluar los resultados de la intervención realizada; es decir a los tres meses de la intervención educativa.

Prácticas

Buena de 0 a 4 puntos

Regular de 5 a 6.9 puntos

Mala de 7 a 10 puntos.

Las variables de prácticas fueron evaluadas luego de tres meses luego de la intervención.

4.7.4. La sección VI del formulario:

Correspondió a la escala de autoeficacia, siguiendo la teoría de Albert Bandura, para prevenir el SIDA con 27 preguntas de intención.

La subescala A incluye preguntas sobre seguridad de decir no a las relaciones sexuales frente a circunstancias diversas; la subescala B incluye seguridad o no de preguntar a la pareja sobre relaciones sexuales previas, uso de drogas, experiencia homosexual, discutir sobre SIDA y la subescala C incluye preguntas sobre la seguridad en el uso del preservativo, abstinencia sexual, fidelidad, confianza con los padres.

Para el análisis se tomó en cuenta el nivel de mayor seguridad de la escala, muy seguro y totalmente seguro.

4.8. Procedimiento de recolección de información:

La recolección de la información se realizó a través del cuestionario que fue llenado por los estudiantes, antes y después de la de la intervención educativa, la aplicación fue directa con la presencia de los investigadores, lo que facilitó responder dudas y aclarar las preguntas del cuestionario.

4.9. De la intervención educativa

Nuestra intervención, basada en la Teoría Social Cognitiva de Bandura, tuvo como objetivos *aumentar la autoeficacia* o autoconfianza para prevenir el SIDA y *desarrollar el autocontrol de la conducta* en prácticas de riesgo para producir el bienestar, la satisfacción y la competencia personal que permitan a los jóvenes optimizar su ambiente.

El método utilizado se basó en procesos de incentivación y en el aprendizaje vicario o modelación según la Teoría de Albert Bandura aplicando charlas interactivas, videos e historias narradas, que representaban situaciones de fracaso pues los protagonistas se veían involucrados en situaciones que les llevó a prácticas sexuales de riesgo que finalmente dañaban a terceros, al identificar éstos riesgos, los estudiantes mismos los comparaban con experiencias vicarias.

Las intervenciones se realizaron en el mes de marzo a razón de 1 hora por día por 6 días, en las aulas de la Universidad de Cuenca.

4.9.1. Las cuatro primeras sesiones consistieron en:

- Analizar la definición de sexualidad sana, abarcando los conceptos de la OMS.
- Descripción de la anatomía genital masculina y femenina.
- Descripción de las ITS con signos, síntomas.
- Prevención de las ITS: el uso correcto del preservativo, fidelidad y abstinencia.

Temas que fueron presentados en PowerPoint.

4.9.2. Las dos últimas sesiones consistieron en:

El análisis de historias narradas:

Para el análisis se conformaron grupos de 10 estudiantes, designándose un expositor por cada grupo. Se asignó el tiempo de 15 minutos para la lectura y análisis de la historia a

cada grupo y se realizó una exposición de sus conclusiones. Lo cual permitió, a los participantes expresar como manejarían las situaciones presentadas en las historias; a manera de ensayos cognitivos con el fin de fortalecer la autoeficacia. Al finalizar la sexta sesión se entregó a cada uno de los estudiantes un manual de las ITS.

4.9.3. Materiales utilizados:

- Las charlas se expusieron en Power Point (CD adjunto).
- Videos descargados de Internet.
- Fotocopias de dos historias narradas.
- Manual de prevención de las ITS (folleto impreso adjunto).

4.10. Análisis Estadístico

Se elaboró una matriz de datos en el programa SPSS 12.0 para Windows.

Para la contrastación de conocimientos, actitudes, prácticas y autoeficacia para prevenir el SIDA, para valores continuos se utilizó la prueba T para muestras dependientes considerando como tales a los resultados de la Preintervención vs. Postintervención y para valores discretos se utilizó la prueba Chi cuadrado.

Se consideraron significativos los valores de $P < 0,05$.

El ítem 24 no fue incluido en el análisis considerando que su contenido no pudo ser claramente comprendido por utilizar un vocablo con una connotación diferente con respecto al habla corriente de nuestro país (el vocablo *pena* en el Caribe tiene la connotación de *vergüenza*). El formulario fue elaborado originalmente en Cuba.

4.11. Recursos Humanos

Se contó con la colaboración de la Escuela de Cultura Física tanto de sus autoridades como de los estudiantes.

CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

5.1. CARACTERÍSTICAS BASALES DE LOS ESTUDIANTES DE CULTURA FÍSICA

Los estudiantes de la Escuela de Cultura Física presentaron las siguientes características:

Por subgrupos, la edad predominante de los estudiantes estuvo entre los 18 y 23 años constituyendo el 79%. Los varones fueron el 65% y los solteros y solteras el 78%.

La edad promedio fue de $22,1 \pm 2,1$ años entre un mínimo de 18 años y un máximo de 29 años.

El 91% de los entrevistados fueron católicos y el 89% tuvo residencia urbana.

La edad de inicio de la vida sexual activa del 65% fue entre los 14 y 18 años de edad y un promedio de $16,6 \pm 2,3$ para el total de la población.

Tabla 1

Características demográficas de los estudiantes de la Escuela de Cultura Física de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Cuenca. Cuenca 2009.

Variables demográficas	N	%
<i>Edad</i>		
18 a 23 años	79	79,0
24 a 29 años	21	21,0
<i>Total</i>	100	100
<i>Sexo</i>		
Femenino	35	35,0
Masculino	65	65,0
<i>Total</i>	100	100
<i>Estado civil</i>		
Soltero	78	78,0
Casado	16	16,0
Divorciado	1	1,0
Unión Libre	5	5,0
<i>Total</i>	100	100
<i>Religión</i>		
Católica	91	91,0
Evangélicos	6	6,0
Otros	3	3,0
<i>Total</i>	100	100
<i>Residencia</i>		
Urbana	89	89,0
Rural	11	11,0
<i>Total</i>	100	100
<i>Edad de inicio de vida sexual</i>		
11 a 13 años	5	5,0
14 a 18 años	65	65,0
19 a 22 años	16	16,0
<i>Total</i>	100	100

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: autores

5.2. CONOCIMIENTOS SOBRE ITS Y VIH/SIDA DE LOS ESTUDIANTES DE CULTURA FÍSICA.

Se encontró un aumento significativo de los conocimientos sobre ITS, pero mayormente en condiloma, tricomonas y clamidiasis. En el conocimiento de los signos y síntomas de las ITS hubo una significativa mejoría particularmente en lo que se refiere a dolor en vientre bajo e inflamación. En lo que respecta a vías de transmisión de las ITS no se observó una modificación significativa excepto para la variable contacto sexual con penetración. En el grupo de variables curación de las ITS se observó una mejoría significativa particularmente en clamidiasis y tricomoniasis, cabe mencionar que en cuanto a condiloma y SIDA si bien la mejoría no es significativa se observó una disminución del número de personas que en un principio dijeron que eran curables.

Tabla 2

Conocimientos de los estudiantes de la Escuela de Cultura Física de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Cuenca, sobre ITS/VIH-SIDA pre y postintervención educativa. Cuenca, 2009.

VARIABLES DE CONOCIMIENTOS	Preintervención N = 100 n (%)	Postintervención N = 97 n (%)	Valor P
Conocimiento sobre:			
Condiloma	16 (16,0)	74 (76,3)	0,0001*
Herpes	88 (88,0)	95 (97,9)	0,007*
Sífilis	76 (76,0)	95 (99,0)	0,0001*
SIDA	97 (99,0)	97 (100,0)	0,319
Gonorrea	87 (87,9)	92 (96,8)	0,019*
Tricomoniasis	12 (12,0)	66 (68,0)	0,0001*
Clamidiiasis	13 (13,0)	48 (49,5)	0,0001*
Conocimiento de las vías de transmisión de las ITS:			
Sin penetración	71 (83,5)	75 (88,2)	0,378
Con Penetración	88 (88,9)	94 (100,0)	0,001*
Transfusión	91 (98,9)	93 (98,9)	0,988
Madre infectada	80 (94,1)	89 (94,7)	0,870
Beso o sudor	14 (14,0)	7 (7,2)	0,123
Conocimiento de los signos y síntomas de las ITS:			
Vientre bajo	27 (27,0)	74 (76,3)	0,0001*
Secreción	76 (78,4)	90 (93,8)	0,002*
Verrugas	68 (68,7)	89 (91,8)	0,0001*
Manchas	50 (50,0)	77 (80,2)	0,0001*
Inflamación	47 (47,0)	64 (66,7)	0,005*
Conocimiento sobre tratamiento de las ITS:			
Sífilis	68 (68,0)	86 (88,7)	0,0001*
Condiloma	35 (35,4)	23 (23,7)	0,074
Blenorragia	63 (63,6)	86 (88,7)	0,0001*
Clamidiiasis	38 (38,4)	78 (80,4)	0,0001*
SIDA	1 (1,0)	0 (0,0)	0,323
Tricomoniasis	39 (39,4)	75 (78,9)	0,0001*

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: autores

* Modificación estadísticamente significativa.

Tabla 3

Conocimientos de los estudiantes de la Escuela de Cultura Física de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Cuenca, sobre ITS/VIH-SIDA pre y postintervención educativa. Cuenca, 2009.

VARIABLES DE CONOCIMIENTOS	Preintervención N = 100 X ± DE	Postintervención N = 97 X ± DE	Valor P
1. Conocimientos sobre ITS	6,5 ± 1,7	9,0 ± 1,5	0,0001*
2. Conocimientos de las vías de transmisión	9,2 ± 2,5	10,0 ± 1,4	0,005*
3. Signos y síntomas de ITS	5,2 ± 2,0	7,2 ± 1,6	0,0001*
4. Conocimientos sobre curación de ITS	6,16 ± 2,7	8,6 ± 2,2	0,0001*

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: autores

* Modificación estadísticamente significativa.

Esta tabla resume en forma cuantitativa las calificaciones de los ítems que miden los conocimientos desglosados en la tabla anterior.

En todas las dimensiones de las variables que midieron: conocimientos sobre las ITS, las vías de transmisión, los signos y síntomas y su terapéutica, hubo un crecimiento muy significativo del promedio postintervención con respecto del promedio preintervención.

En los cuatro grupos de variables la diferencia fue altamente significativa.

En *conocimiento sobre ITS* se observa un aumento del promedio después de la intervención $9,0 \pm 1,5$ con una puntuación buena, en comparación con $6,5 \pm 1,7$ antes de la intervención con una puntuación regular, según el instructivo de calificación, lo que indica un mayor conocimiento sobre ITS.

En *conocimiento de las vías de transmisión de las ITS* antes de la intervención se obtuvo una media de $9,2 \pm 2,5$ y después de la intervención la media fue de $10,0 \pm 1,4$ lo cual nos indica que antes y después de la intervención la puntuación fue buena.

En *síntomas y signos de las ITS* hay un aumento de la media a $7,2 \pm 1,6$ después de la intervención en comparación con el $5,2 \pm 2,0$ antes de la intervención con una puntuación regular tanto antes como después de la intervención.

En *conocimientos sobre curación de ITS* se observó una puntuación buena con una media de $8,6 \pm 2,2$ después de la intervención en comparación con $6,16 \pm 2,7$ antes de la intervención, con puntuación regular. El incremento debe interpretarse como una mayor adquisición de conocimientos.

5.3. ACTITUDES SOBRE ITS/VIH-SIDA DE LOS ESTUDIANTES DE CULTURA FÍSICA.

En las preguntas que tratan sobre las recomendaciones que se deberían hacer a un amigo con una ITS los porcentajes que se elevaron fueron los correspondientes a los ítems sobre acudir al hospital, al médico o a sus padres. De estas tres la recomendación de acudir a los padres fue significativamente mayor. El aumento en las dos restantes no fue significativo.

En la recomendación a un amigo que mantiene relaciones con desconocidos y en los ítems sobre acudir a la farmacia o a un amigo hubo una disminución no significativa aunque la esperada para la lógica del estudio. Debe interpretarse como un efecto de la intervención.

En los ítems que midieron la actitud ante un amigo con una ITS los hechos considerados beneficiosos son acudir al médico y ayudar a su curación. En el primero hubo un aumento aunque no significativo pero en el segundo hubo disminución. En las actitudes consideradas no beneficiosas hubo una esperada aunque no significativa disminución a excepción del ítem que considera que contraer una ITS es una manifestación de haber aprendido a hacer el amor. En éste hubo un incremento no significativo en la postintervención.

En la recomendación a un amigo(a) sobre el uso del condón para no infectarse con una ITS se consiguió una modificación altamente significativa. En los demás ítems, en los que también se esperaba un incremento postintervención éste fue leve y las diferencias no fueron significativas. En el último ítem, en donde se esperaba una disminución de porcentaje como actitud positiva, se encontró un pequeño aumento.

En recomendación a un amigo(a) que mantiene relaciones con desconocidos hubo mejoría significativa en la acción de lavarse los genitales después de concluida la relación sexual. En los demás ítems el aumento no fue significativo.

Tabla 4

Actitudes de los estudiantes de la Escuela de Cultura Física de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Cuenca, sobre ITS/VIH-SIDA pre y postintervención educativa. Cuenca, 2009.

VARIABLES DE ACTITUDES	Preintervención N = 100 N (%)	Postintervención N = 97 n (%)	Valor P
<i>Recomendación a donde debe acudir un amigo(a) que padece una ITS</i>			
Hospital	79 (79,0)	80 (82,5)	0,537
Médico	76 (76,0)	73 (76,8)	0,890
Padres	69 (69,0)	85 (88,5)	0,001*
Farmacia	14 (14,0)	11 (11,3)	0,575
Amigo	20 (20,0)	12 (12,4)	0,147
<i>Actitud ante un amigo(a) con una ITS</i>			
Acudir al Médico	91 (91,0)	92 (97,9)	0,39
Ayudaría a curarse	76 (76,8)	72 (75,0)	0,773
Aprendió a hacer el amor	7 (7,0)	9 (9,3)	0,558
Es propio de la edad	11 (11,0)	8 (9,6)	0,513
Alejarse	7 (7,0)	3 (3,1)	0,212
<i>Recomendación a un amigo(a) para no infectarse con una ITS</i>			
Condón	90 (90,0)	96 (99,0)	0,006*
Fidelidad	88 (88,0)	88 (90,7)	0,536
Sin penetración	18 (18,0)	23 (23,7)	0,324
Escoger bien a la pareja	65 (65,7)	63 (64,9)	0,917
Conocimientos	94 (94,0)	84 (86,6)	0,078
No relaciones	14 (14,0)	17 (17,5)	0,497
<i>Recomendación a un amigo(a) que mantiene relaciones con desconocidos(as)</i>			
Condón	96 (96,0)	96 (99,0)	0,185
No relaciones	60 (60,0)	70 (72,2)	0,072
Lavarse	59 (59,0)	71 (73,2)	0,035*
Médico	81 (81,0)	84 (86,6)	0,287

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: autores

* Modificación estadísticamente significativa.

Tabla 5

Actitudes de los estudiantes de la Escuela de Cultura Física de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Cuenca, sobre ITS/VIH-SIDA pre y postintervención educativa.

Cuenca, 2009.

Variables de actitudes	Preintervención N = 100 X ± DE	Postintervención N = 97 X ± DE	Valor P
1. Recomendación a donde acudir	6,6 ± 2,1	7,3 ± 2,1	0,033*
2. Actitud ante un amigo(a) con ITS	8,0 ± 2,5	8,2 ± 2,2	0,688
3. Recomendación para no infectarse	7,1 ± 1,7	7,5 ± 1,5	0,111
4. Sobre relaciones con desconocidos	7,4 ± 2,1	8,3 ± 1,9	0,004*

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: autores

* Modificación estadísticamente significativa.

Esta tabla resume en forma cuantitativa las calificaciones de los ítems que miden las actitudes desglosadas en la tabla anterior.

En las variables de actitudes se obtuvo una diferencia significativa en las variables que tratan sobre la recomendación a donde debe acudir un amigo si tuviera una ITS y recomendaciones a una amigo que mantiene relaciones con desconocidos. Esta diferencia se atribuye a la intervención.

En *recomendación a donde debe acudir un amigo(a) que padece una ITS* antes de la intervención se obtuvo una media de $6,6 \pm 2,1$ y después de la intervención la media fue de $7,3 \pm 2,1$ lo cual nos indica que se mantiene una puntuación buena tanto antes y después de la intervención.

En *actitud ante un amigo(a) con una ITS* antes de la intervención se obtuvo una media de $8,0 \pm 2,5$ y después de la intervención la media fue de $8,2 \pm 2,2$ lo cual nos dice que se mantiene una puntuación buena tanto antes y después de la intervención.

En *recomendación a un amigo(a) para no infectarse con una ITS* antes de la intervención se obtuvo una media de $7,1 \pm 1,7$ y después de la intervención la media fue

de $7,5 \pm 1,5$ lo cual nos dice que se mantiene con una puntuación buena tanto antes como después de la intervención.

En *recomendación a un amigo(a) que mantiene relaciones con desconocidos(as)* se observa una diferencia significativa en cuanto a relaciones con desconocidos $p = 0,004$.

Con una puntuación buena tanto antes como después de la intervención con una media antes de la intervención de $7,4 \pm 2,1$ y después de la intervención con una media de $8,3 \pm 1,9$.

5.4. PRÁCTICAS SOBRE ITS/VIH-SIDA DE LOS ESTUDIANTES DE CULTURA FÍSICA.

El beneficio de la intervención se valora a través de la disminución de las prácticas de riesgo en la postintervención con respecto de la preintervención.

En las variables que midieron relaciones homosexuales o heterosexuales hubo una disminución no significativa.

En el grupo de variables sobre tipo de prácticas sexuales aumentó significativamente el hecho de conversar con la pareja sobre ITS ($P = 0,004$) pero disminuyó el porcentaje de relaciones en estado de embriaguez ($P = 0,014$) y de relaciones con desconocidos, aunque este último no significativamente. El aumento de la primera variable y la disminución de las dos siguientes se interpretan como una reducción en las prácticas de riesgo.

Hubo disminución en frecuencia de ITS del 8,2% al 4,2%.

En el uso del preservativo hubo variaciones hacia el aumento y hacia la disminución. En el ítem sobre el uso del preservativo *siempre* en relaciones habituales y relaciones fortuitas hubo un aumento, en tanto que en los ítems *ocasionalmente* y *nunca* hubo una disminución significativa de los porcentajes. Estos ítems son dimensiones de la variable y por constituirse en subvariables relacionadas el aumento de unas se hace a expensas de la disminución de las otras.

Tabla 6

Prácticas de los estudiantes de la Escuela de Cultura Física de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Cuenca, sobre ITS/VIH-SIDA pre y postintervención educativa.

Cuenca, 2009.

VARIABLES DE PRÁCTICAS	Preintervención N = 100 n (%)	Postintervención N = 97 N (%)	Valor P
<i>Relaciones homosexuales y heterosexuales</i>			
Mismo sexo	3 (3,0)	1 (1,0)	0,327
Sexo contrario	85 (86,7)	79 (81,4)	0,312
<i>Tipo de práctica sexual</i>			
Sexo oral	37 (37,0)	34 (35,1)	0,776
Sexo anal	25 (25,0)	22 (22,7)	0,703
Coito genital	82 (82,0)	79 (82,3)	0,957
Padeció ITS	8 (8,2)	4 (4,2)	0,248
Conversa con su pareja sobre las ITS	57 (59,4)	65 (79,3)	0,004*
Relaciones en estado embriaguez	42 (42,9)	25 (26,0)	0,014*
Relaciones con desconocidos	34 (36,2)	23 (28,4)	0,274
<i>Uso del preservativo en:</i>			
<i>Relaciones habituales con la pareja</i>			
Siempre	39 (43,8)	47 (58,8)	0,053
Ocasionalmente	38 (61,3)	24 (38,7)	0,087
Nunca	12 (57,1)	9 (42,9)	0,617
<i>Relaciones fortuitas</i>			
Siempre	40 (50,0)	44 (67,7)	0,031*
Ocasionalmente	30 (68,2)	14 (31,8)	0,037*
Nunca	10 (58,8)	7 (41,2)	0,747

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: autores

* Modificación estadísticamente significativa

Tabla 7

Prácticas de los estudiantes de la Escuela de Cultura Física de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Cuenca, sobre ITS/VIH-SIDA pre y postintervención educativa. Cuenca, 2009.

Evaluación de la prácticas	Preintervención N = 100 X ± DE	Postintervención N = 97 X ± DE	Valor P
1. Relaciones sexuales en los últimos tres meses: numero de parejas.	4,9 ± 2,0	4,5 ± 1,4	0,155
2. Relaciones heterosexuales, bisexuales u homosexuales.	4,1 ± 0,9	4,0 ± 0,7	0,567
3. Tipo de práctica sexual.	5,8 ± 2,5	5,4 ± 2,2	0,347
4. Padecimiento de ITS.	0,9 ± 2,9	0,5 ± 2,2	0,369
5. Conversar con la pareja sobre ITS	4,1 ± 4,9	2,2 ± 4,1	0,008*
6. Relaciones en estado de embriaguez o bajo afrodisíacos.	4,3 ± 4,9	2,8 ± 4,5	0,051
7. Uso del preservativo en relaciones habituales con la pareja.	5,4 ± 1,4	4,9 ± 1,3	0,084
8. Relaciones sexuales con desconocidos.	3,5 ± 4,8	2,6 ± 4,4	0,196
9. Uso del preservativo en relaciones sexuales con desconocidos.	5,4 ± 1,6	5,1 ± 1,9	0,464

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: autores

* Modificación estadísticamente significativa

Esta tabla también resume en forma cuantitativa las calificaciones de los ítems que miden las actitudes desglosadas en la tabla anterior.

La modificación más relevante y significativa fue la de conversar con la pareja sobre ITS.

En relaciones sexuales en los últimos 3 meses: el promedio del número de parejas antes de la intervención fue de $4,9 \pm 2,0$ y después disminuyó a $4,5 \pm 1,4$. La disminución no fue significativa. La puntuación de acuerdo al instructivo de calificación se mantuvo como buena.

En relaciones heterosexuales, bisexuales u homosexuales antes de la intervención el promedio fue de $4,1 \pm 0,9$, luego de la intervención $4,0 \pm 0,7$. Antes y después de la intervención se mantuvo con buena puntuación.

En tipo de práctica sexual antes de la intervención $5,8 \pm 2,5$ y después de la intervención $5,4 \pm 2,2$. La disminución no fue significativa. Y se mantuvo con una puntuación regular.

En padecimiento de ITS: antes de la intervención $0,9 \pm 2,9$ y después de la intervención $0,5 \pm 2,2$. Antes y después se consiguió una puntuación buena.

En conversar con la pareja sobre ITS: antes de la intervención $4,1 \pm 4,9$ y después de la intervención $2,2 \pm 4,1$ lo que indica que tanto antes y después se mantiene una puntuación buena, pero presentando una diferencia significativa $p = 0,008$.

En relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol u otras sustancias: antes de la intervención $4,3 \pm 4,9$ y después de la intervención $2,8 \pm 4,5$ lo que indica que tanto antes y después se mantiene una puntuación buena.

En uso del preservativo: antes de la intervención $5,4 \pm 1,4$ y después de la intervención $4,9 \pm 1,3$ lo que indica una puntuación regular antes de la intervención y después de la intervención una puntuación buena.

En relaciones sexuales con desconocidos: antes de la intervención $3,5 \pm 4,8$ y después de la intervención $2,6 \pm 4,4$ lo que indica una puntuación buena antes y después de la intervención.

En uso de preservativo en relaciones sexuales con desconocidos antes de la intervención $5,4 \pm 1,6$ y después de la intervención $5,1 \pm 1,9$ manteniéndose una puntuación regular antes y después de la intervención.

5.5. AUTOEFICACIA PARA PREVENIR EL SIDA.

Tabla 8

Autoeficacia de los estudiantes de Cultura Física de la Universidad de Cuenca, Subescala A antes y después de la intervención. Cuenca 2009.

A. ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de decir no, cuando te proponen tener relaciones sexuales?	Preintervención N = 100 N (%)	Postintervención N = 97 N (%)	Valor P
1. Alguien conocido hace 30 días o menos	38 (38,4)	57 (60,0)	0.003*
2. Alguien cuya historia sexual es desconocida para ti	53 (53,5)	64 (66,7)	0.061
3. Alguien cuya historia de drogas es desconocida para ti	54 (56,3)	64 (66,7)	0.138
4. Alguien a quien has tratado con anterioridad?	27 (27,8)	54 (56,3)	0.0001*
5. Alguien a quien deseas tratar de nuevo	35 (36,1)	53 (55,29)	0.008*
6. Alguien con quien ya has tenido relaciones sexuales	39 (41,5)	54 (56,3)	0.042*
7. Alguien a quien necesitas que se enamore de ti	34 (34,7)	54 (56,3)	0.003*
8. Alguien que te presiona a tener relaciones sexuales	41 (42,3)	62 (64,6)	0.002*
9. Alguien con quien has estado bebiendo alcohol	34 (34,7)	61 (63,5)	0.0001*
10. Alguien con quien has estado utilizando drogas	42 (42,9)	66 (68,8)	0.0001*
11. Alguien y tu nivel de excitación sexual es muy alto	26 (26,8)	56 (58,3)	0.0001*

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: autores

* Modificación estadísticamente significativa

No hubo aumento significativo en la seguridad para decir no a una propuesta de tener relaciones sexuales con alguien cuya historia sexual y de consumo de drogas sea desconocida. En las demás todos los aumentos fueron significativos.

Tabla 9

Autoeficacia de los estudiantes de Cultura Física de la Universidad de Cuenca, Subescala B antes y después de la intervención. Cuenca 2009.

B. ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de...:	Preintervención N = 100 N (%)	Postintervención N = 97 N (%)	Valor P
1. Preguntar a tu novio/a si se ha inyectado alguna droga?	78 (78,8)	84 (87,5)	0.105
2. Discutir sobre la prevención del SIDA con tu novio/a	81 (82,7)	86 (89,6)	0.163
3. Preguntar a tu novio/a sobre sus relaciones sexuales tenidas en el pasado?	68 (69,4)	82 (85,4)	0.008*
4. Preguntar a tu novio/a si ha tenido alguna experiencia homosexual?	65 (67,0)	81 (85,3)	0.003*

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: autores

* Modificación estadísticamente significativa

No hubo aumento significativo en la seguridad para preguntar a la pareja si se ha inyectado alguna droga y para discutir sobre la prevención del SIDA. En los demás ítems los aumentos fueron significativos.

Tabla 10

Autoeficacia de los estudiantes de Cultura Física de la Universidad de Cuenca, Subescala C antes y después de la intervención. Cuenca 2009.

C. ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de....	Preintervención N = 100 N (%)	Postintervención N = 97 N (%)	Valor P
1. Usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales?	61 (64,2)	76 (79,2)	0.022*
2. Usar correctamente el condón	68 (71,6)	78 (81,3)	0.115
3. Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado bebiendo alcohol?	56 (59,6)	68 (70,8)	0.103
4. Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado consumiendo o utilizado alguna droga?	53 (58,2)	64 (66,7)	0.271
5. Insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu novio/a prefiere no usarlo?	54 (56,8)	66 (68,8)	0.089
6. Negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón?	37 (39,8)	63 (65,6)	0.0001 *
7. Contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones?	54 (57,4)	72 (75,0)	0.010*
8. Acudir a la tienda a comprar condones?	55 (59,1)	73 (76,0)	0.013*
9. Mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida?	37 (40,7)	68 (68,8)	0.0001 *
10. Platicar con tu papá sobre temas sexuales	47 (50,0)	60 (62,5)	0.082
11. Platicar con tu mamá sobre temas sexuales	51 (53,7)	64 (66,7)	0.067

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: autores

* Modificación estadísticamente significativa

El aumento fue significativo en la seguridad de utilizar preservativo cada vez que tenga relaciones sexuales, negarse a tener relaciones si la pareja no aceptase el preservativo, contar siempre con el dinero suficiente para comprar preservativos, acudir a la tienda a comprarlos y mantener fidelidad a una sola persona toda la vida.

En los demás todos los aumentos no fueron significativos.

Tabla 11**Autoeficacia de los estudiantes de Cultura Física de la Universidad de Cuenca, Subescala A, B y C antes y después de la intervención. Cuenca 2009.**

	Preintervención N = 100 X ± DE	Postintervención N = 97 X ± DE	Valor P
A. Seguridad para decir NO cuando te proponen relaciones sexuales en diversas circunstancias.	5,3 ± 2,9	8,0 ± 3,5	0,0001*
B. Seguridad de preguntar a la pareja sobre relaciones sexuales previas, uso de drogas, experiencia homosexual, discutir sobre SIDA.	3,2 ± 1,0	3,6 ± 0,8	0,007*
C. Seguridad para utilizar el condón, mantener fidelidad y conversar con los padres sobre sexualidad.	6,6 ± 3,4	9,0 ± 3,3	0,0001*

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: autores

* Modificación estadísticamente significativa

Esta tabla resume las tres tablas anteriores: 8, 9 y 10 y mide en promedios las escalas de Autoeficacia para prevenir el SIDA en la que se cuantifica la seguridad para decir NO a la propuesta de realizar relaciones sexuales en diversas situaciones, seguridad de preguntar a la pareja sobre relaciones sexuales previas, uso de drogas, experiencia homosexual, discutir sobre SIDA, seguridad para utilizar el condón, mantener fidelidad y conversar con los padres sobre sexualidad. En todas se consiguió un aumento significativa en los tres ítems.

CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

La preocupación de los organismos de salud por el aumento de las enfermedades de transmisión sexual como el VIH/SIDA viene propiciando la aplicación de las intervenciones educativas y alentando la posibilidad de modificar la curva de la infección.

El planteamiento de fondo es que con este diseño cumplimos dos propósitos a la vez: el diagnóstico situacional de los conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de una población universitaria, situación que tiene relación directa con la propagación de las infecciones de transmisión sexual, y la posibilidad de modificarlas a través de una intervención educativa como estrategia de salud preventiva bajo el entendimiento de la salud en su dimensión sociológica, psicológica y biológica.

La mayor parte de nuestros resultados son concordantes con lo que al respecto publica la literatura internacional sobre estudios realizados en países latinoamericanos.

Las condiciones demográficas de la mayor parte de los estudios son similares a las nuestras, los entrevistados se encuentran en la etapa más propicia para participar en entrevistas, colaborar en intervenciones, y proporcionar información con un adecuado margen de confiabilidad.

La edad promedio de los estudiantes de la Escuela de Cultura Física fue de $22,1 \pm 2,1$ años entre un mínimo de 18 años y un máximo de 29 años. En Bucaramanga un estudio de realizado por Vera L. en 458 jóvenes la edad promedio fue de $18,2 \pm 2,2$ años e incluyó estudiantes de colegio y universidades.

De los estudiantes que integraron nuestro estudio el 65% fueron varones y 35% fueron mujeres. Predominó el estado civil soltero con el 78% mientras que casados fueron el 16%, en unión libre declararon el 5% y divorciados el 1%. En el estudio de Navarro E. el 46,4% fueron mujeres y 53,6% fueron varones.

El 91% de la población estudiada pertenece a la religión católica; el 6% declararon ser evangélicos y de otras religiones el 3%. En estudios realizados en Nicaragua por Escobar M., en Perú por Velásquez A. y en Colombia por Ruiz AM. se encontraron católicos entre el 60% y 75% de los participantes.

Es sobresaliente la tendencia a comenzar cada vez en edades más tempranas las relaciones sexuales, lo que se aprecia al comparar las edades de los estudios publicados al respecto. Hay una tendencia universal de la que no escapa casi ninguna población en la actualidad y como es lógico la nuestra tampoco. En ello influyen principalmente factores como la participación en conjunto de mujeres y varones en actividades sociales, incluidas las escolares; igualmente, el abandono de concepciones religiosas y las nuevas ideas y libertades de la mujer que la ponen en igualdad con el hombre y así aumentan las posibilidades de satisfacer los impulsos eróticos, sin haber la suficiente preparación y responsabilidad que esto requiere, principalmente en los adolescentes. Es deber de la escuela y la familia ponerse a la altura de estos cambios educando a los adolescentes, en este sentido, juega un papel importante una deficiente educación sexual.

En nuestra población de estudio la edad de inicio de relaciones sexuales del 65% de los entrevistados fue entre los 14 a 18 años con un promedio de $16,6 \pm 2,3$, un 5% respondió que entre los 11 y 13 años y un 16% por sobre los 19 y hasta los 22 años. En los varones el inicio más temprano fue a los 11 años solamente el 1%, en tanto que las mujeres señalaron que a los 14 años solamente el 2%.

El inicio de la vida sexual activa a más temprana edad, y la mayor rotación de parejas sexuales influyen directamente en la aparición de las ITS y VIH/SIDA. En las publicaciones latinoamericanas revisadas la edad de inicio de la actividad sexual fluctúa entre 12,7 a 16 años en los varones y entre 15,6 a 17,9 años en las mujeres.

En el estudio de la Universidad del Rosario de Bogotá por Ruiz AM. en un alumnado universitario, se encontró que 66,7% de los estudiantes tanto varones como mujeres habían iniciado relaciones sexuales alrededor de los 17 a 18 años, cifra que se encuentra dentro del 40-90% de los estudiantes de colegios americanos que reportan ser activos

sexualmente según datos de Eisenberg M. y de Chile según Maddaleno M. (78% en hombres y 41% de las mujeres).

Con la misma relevancia, es necesario analizar el número de compañeros sexuales como práctica de riesgo. En nuestro estudio el número de compañeros sexuales tuvo un promedio de 4 en los últimos 3 meses, entre un mínimo de una pareja en el 93% de las mujeres y un máximo de seis parejas en menos del 4% de varones. En términos generales los estudios en Latinoamérica reportan que cada vez va en aumento el número de compañeros sexuales en la adolescencia y en la juventud. En la investigación realizada en la Universidad del Rosario, en Bogotá por Ruiz A. el número de parejas sexuales por año tuvo un promedio de 2 en las mujeres y de 3 en los varones, pero en Bucaramanga, dentro del mismo país, un estudio por Vera L. que incluyó a estudiantes secundarios y universitarios, de centros públicos y privados, se encontró que los varones cambiaban de pareja en menos de un año, en promedio, y las mujeres en poco más de dos años; de esta manera el número de parejas en los varones fue de hasta 6 y en las mujeres de hasta 4. En Lima, Velásquez, A. después de aplicar una intervención educativa, la creencia de que se es más popular según el número de parejas sexuales se disminuyó en tres veces tanto en varones como en mujeres. En el reporte de La Habana por Hernández, JM. el 73,1 % de los estudiantes tuvo 3 y más parejas sexuales en un período menor de 1 año, y de ellos el 28,6 % tuvo 4 y más compañeros/as sexuales; mientras que el 93 % de los trabajadores tuvo menos de 3 parejas sexuales en un año.

Sobre las preferencias sexuales, en todos los reportes latinoamericanos entre el 85% y 95% de los entrevistados refiere preferencias heterosexuales. En nuestra recopilación, las preferencias por el mismo sexo se identificó en el 3% de los entrevistados antes de la intervención y en el 1% después de ella, aunque la diferencia no fue significativa. No se incluyó la identificación de preferencias bisexuales que en estudios como los realizados en Colombia por Ruiz M. se halló hasta en el 5%.

En el análisis del objetivo principal de nuestra investigación, es decir la búsqueda de modificación de conocimientos, actitudes y prácticas sexuales, los resultados fueron relevantes en cuanto a un significativo aumento de los conocimientos sobre todo en los ítems sobre las infecciones de transmisión sexual en sí, las vías de transmisión, los

signos y síntomas y las forma de curación; pero no lo fueron en la misma magnitud en cuanto a la modificación de las actitudes y las prácticas.

En nuestro estudio la población reconoció como ITS antes de la intervención sífilis (76%), SIDA (99%) y gonorrea (87,9%), después de la intervención los porcentajes aumentaron al 99% para sífilis, 96,8% para gonorrea y 100% para SIDA. Vera L. et Al. demostró que los jóvenes de 15 a 22 años reconocen SIDA, gonorrea y sífilis como enfermedades de transmisión sexual con 98%, 93% y 80% respectivamente. Gonzáles F. demuestra que los jóvenes de 14 a 25 años reconocen el SIDA (51%), sífilis (12,1%) y gonorrea (9,6%) valores que demuestran poco conocimiento a diferencia de nuestra población.

En cuanto a conocimiento de Herpes se encontró un alto porcentaje antes de la intervención (88%), y después de la misma (97,9%), en un estudio realizado en Colombia por González F. se encontró un conocimiento para herpes de 12.2%. Respecto al conocimiento de condiloma antes de la intervención se encontró que el 16% conocía esta ITS, después de la intervención el incremento fue del 60,3% con un porcentaje total de 76,3%. Sobre tricomoniasis y clamidiasis antes de la intervención fue de 12% y 13% respectivamente, encontrándose un incremento del 56% para tricomona y 36,5% para clamidiasis y un porcentaje total de 68% y 49,5% respectivamente.

En relación a las formas de transmisión de las ITS se encontró que el 14% de los estudiantes tenía la idea errónea de transmisión por el beso o sudor valor que disminuyó al 7,2% luego de la intervención. García T. encontró que el 37,5% de la población adolescente de Camaguey pensaba que el SIDA puede transmitirse por besos, ropa, platos, sanitarios. Según datos de Vera L. en Colombia el 8,8% de las mujeres y 6,5% de los varones refieren a la saliva y el sudor como medio de transmisión del SIDA. El 98,9% de los estudiantes reconocieron las transfusiones sanguíneas como medio de transmisión de las ITS y VIH/SIDA, valores que se mantiene tanto antes como después de la intervención, en Colombia el 98,9% de las mujeres y el 100% de los varones refirieron la sangre como medio de transmisión del VIH/SIDA. En las Universidades de las Frontera y Austral de Chile (UFRO y UACH) se encontró que el 22,8% y 26,1% de los estudiantes respectivamente, reconocieron a las transfusiones como medio de transmisión del VIH/SIDA.

En cuanto al conocimiento de signos y síntomas sobresale secreción (78,4%), verrugas (68,7%), manchas e inflamación (50% y 47% respectivamente), después de la intervención los valores aumentan al 93,8%, 91,8% 80,2% y 66,7% respectivamente. Velásquez A. encuentra que los adolescentes reconocen picazón en los genitales (34,5%) y pus en el pene (36,1%). Sobre el conocimiento de la curación de las ITS encontramos que se eleva a expensas de la sífilis, gonorrea, clamidiasis, condiloma y tricomoniasis.

En actitudes donde se obtuvo un incremento significativo fue en las variables que tratan sobre la recomendación a donde debe acudir un amigo si tuviera una ITS y recomendaciones a un amigo que mantiene relaciones con desconocidos y para no infectarse con una ITS.

En lo que respecta al ítem acudir a la farmacia, en nuestro estudio se observó un descenso de 2,7%, considerando el 14% antes de la intervención y 11,3% luego de la misma. En cuanto a conversar con los padres hubo un incremento en nuestros estudiantes de 69% a 88,5% antes y después de la intervención respectivamente.

En cuanto a la actitud alejarse de un amigo que tiene una ITS hubo un descenso de 3,9% teniendo en cuenta que solo el 7% y 3,1% lo mencionaron antes y después de la intervención respectivamente. Decir que es propio de la edad se encontró en el 11% y 9,6% antes y después de la intervención.

Respecto a acudir al médico se observó un incremento del 6,9% teniendo en consideración que el 91% y 97,9% lo menciona antes y después de la intervención respectivamente. En cuanto a ayudar a curarse de una ITS a un amigo hubo una disminución del 1,8% con valores del 75% luego de la intervención. En Lima, Velásquez A. encontró que el 76% de los adolescentes citan la abstinencia sexual como medio para no infectarse con una ITS. Mientras que solo el 17% de nuestra población la cita como medida de prevención, después de la intervención, valores que concuerdan con la UFRO de Chile con el 22%.

El 99% de los estudiantes de cultura física mencionaron al condón como medida para no infectarse con una ITS, valores altos a comparación de Rivas E. de Chile en la UFRO y UACH. con el 21% y 29% respectivamente. En nuestra población la fidelidad fue citada en un 88% antes de la intervención y 90% luego de la misma. Meléndez A. encuentra que el 65% de las mujeres de Nicaragua citan la fidelidad como principal forma de prevención de las ITS y VIH/SIDA.

En las prácticas, se reconoció un beneficio significativo de la intervención en: el hecho de conversar con la pareja sobre ITS y en la disminución de la frecuencia de relaciones en estado de embriaguez. Las prácticas de relaciones con desconocidos también disminuyeron pero la reducción no fue significativa.

La utilización del preservativo tuvo un aumento del 43,8% al 58,8% en las relaciones habituales con la pareja. En las relaciones fortuitas hubo un significativo incremento del uso del preservativo del 50% al 67% y así mismo una significativa reducción del uso ocasional del preservativo del 68,2% al 31,8%.

Al respecto, en el estudio realizado en Bucaramanga por Vera L., cuando se consultó sobre el uso del preservativo, el 13% de los entrevistados dijo no usarlo nunca, 44% dijo usarlo siempre en las relaciones con personas diferentes a la pareja sexual estable. Entre los que usan condón cerca del 9% nunca lo usa en toda la relación sexual, 42% algunas veces y el 49% siempre. El 24% afirmó practicar relaciones anales y de ellos 20% utiliza condón siempre durante este tipo de práctica. Estos hallazgos confirman un bajo nivel de utilización del condón, especialmente en la práctica de relaciones sexuales con pareja estable, en las cuales la mayoría de los jóvenes considera que no es necesario su uso.

En la valoración de la autoeficacia para prevenir el SIDA los promedios que miden los criterios de prevención basadas en: 1) la seguridad para decir no a la propuesta de tener relaciones sexuales en diversas situaciones, 2) seguridad de preguntar a la pareja sobre relaciones sexuales previas, uso de drogas, experiencia homosexual, discutir sobre SIDA y 3) seguridad para utilizar el condón, mantener fidelidad y conversar con los padres sobre sexualidad, aumentaron significativamente en los tres ítems después de la

intervención. En los estudios por Vera L. y Ruiz M. realizados en las poblaciones estudiantiles de Bucaramanga y Bogotá en cuanto a la seguridad para utilizar el condón tiene una franca desventaja frente a nuestros resultados. En efecto, una de las conclusiones que los investigadores expresan es que sólo el 2,26% de la población estudiantil secundaria y universitaria tiene sexo seguro, es decir que casi todos los jóvenes se han expuesto en algún momento a prácticas sexuales riesgosas.

CAPÍTULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. Conclusiones

- La población estudiada estuvo representada por estudiantes universitarios con una edad promedio de $22,1 \pm 2,1$ años entre un mínimo de 18 y un máximo de 29, con un 65% de varones y el 78% de solteros.
- El 91% fueron católicos, el 89% viven en la zona urbana y la edad de inicio de la vida sexual activa del 65% del grupo fue entre los 14 y 18 años de edad.
- En la postintervención hubo un significativo aumento en los conocimientos sobre las entidades de transmisión sexual: condiloma, herpes, sífilis, SIDA, gonorrea, tricomoniasis y clamidiasis, sobre las vías de transmisión, los signos y síntomas de las ITS y su curación ($P < 0,05$).
- En la valoración de las actitudes en la postintervención se encontró incremento significativo en la recomendación a donde acudir en caso de portar una ITS ($P = 0,033$) y en las actitudes a tomar en las relaciones sexuales con desconocidos ($P = 0,004$).
- En la valoración de las prácticas, después de la intervención, hubo disminución en las preferencias homosexuales, en el sexo anal y en relaciones con desconocidos, pero la disminución no fue significativa. El aumento fue significativo en la práctica de conversar con la pareja sobre las ITS ($P = 0,004$), en evitar las relaciones en estado de embriaguez ($P = 0,014$) y en el uso del preservativo en las relaciones fortuitas ($P = 0,031$).

- En el análisis de la autoeficacia para prevenir el SIDA los resultados en la postintervención mostraron un aumento significativo en la seguridad para decir no a la propuesta de tener relaciones sexuales en diferentes situaciones de riesgo, para averiguar antecedentes de ITS y otras experiencias sexuales de la pareja, para utilizar el condón, mantener fidelidad y conversar con los padres sobre sexualidad.
- A juzgar por los resultados globales, que demuestran un incremento significativo en todos los conocimientos pero poco significativo en las actitudes y en las prácticas, tal parece que en una población estudiantil especialmente universitaria ciertas conductas ya están establecidas y tendrían mucho que ver con el aspecto cultural por tanto son poco modificables, sin embargo la modificación de las prácticas requieren mayor tiempo y esfuerzo constante.

7.2. Recomendaciones

- Las intervenciones con la metodología de los estudios CAPs son una excelente alternativa para educación sanitaria cuando los objetivos son modificar los conocimientos, las actitudes y las prácticas. Una vez conseguidos estos objetivos los resultados finales se traducen en una estrategia de prevención y reducción de riesgos para el individuo y para la comunidad, de manera que debe recomendarse su utilización en todos los ámbitos posibles.
- Siendo que están demostrados los beneficios de los CAPs en todos los ámbitos donde se han realizado, debe ser una práctica periódica la realización de este tipo de investigación que cumple a la vez con la finalidad de educación para la salud de forma permanente y permite evaluar las actitudes y las prácticas de los involucrados en los estudios.
- Integrar al currículo universitario la educación sexual y reproductiva para fomentar la información requerida a los jóvenes, para concientizarlos y lograr una sexualidad responsable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vasallo, C. II Taller Nacional de Educación en Bioética Simposio: Extensión Universitaria con temas de Ética y Bioética: Conferencia: Sexualidad. Salud Sexual. Prevención del VIH-SIDA. Facultad de Ciencias Médicas General Calixto García Iñiguez. La Habana. 2006. Disponible en: http://www.ucmh.sld.cu/rhab/rhcm_vol_6num_5/rhcm14507.htm
2. Arango, M. La prostitución universitaria “las prepago”. Universidad Pontificia Bolivariana. Escuela de ciencias sociales. Facultad de psicología, Medellín, Colombia, 2006. Disponible: <http://eav.upb.edu.co/banco/files/TesisLasPrepagos.pdf>
3. Raza, M. Curioso, W. et. Al. Enfermedades de Transmisión Sexual. Epidemiología. Portal de Salud Global. Perú. Disponible en: http://portal.saludglobalperu.org/index.php?option=com_content&task=view&id=92&Itemid=81&lang=es
4. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Informe sobre la epidemia mundial del SIDA. Disponible en: http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp
5. Gómez, W. Damaso, B. et. Al. Comportamientos sociales y sexuales asociados a las infecciones de transmisión sexual en jóvenes del Alto Huallaga, Perú. An Fac med. 2008; 69(1):17-21. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/379/37911588004.pdf>
6. Escobar, E. Infecciones de Transmisión Sexual en la adolescencia. Disponible en: [http://www.gineadol.com.ar/Documentos/ITS%20en%20la%20Adolescencia%20Dra%20Escobar%20\(2\).pps](http://www.gineadol.com.ar/Documentos/ITS%20en%20la%20Adolescencia%20Dra%20Escobar%20(2).pps).
7. World Health Organization (WHO). Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual 2001. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/es/mngt_stis/guidelines_es.pdf
8. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Un Enfoque Cultural de la Prevención y la Atención del VIH /SIDA Proyecto de Investigación UNESCO/ONUSIDA Colección Especial de Manuales Metodológicos, N° 1. División de Políticas Culturales y Diálogo Intercultural UNESCO, 2003. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001255/125589s.pdf>
9. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Junta Ejecutiva del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y del Fondo de Población de las Naciones Unidas Segundo período ordinario de sesiones de 2001 Nueva York, 10 a 14 de septiembre de 2001 Tema 7 del programa provisional FNUAP. Disponible en: www.unfpa.org/exbrd/2001/secondsession/dpfpamng3_spa.Doc
10. ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA: Resumen de orientación. Edición especial con motivo del décimo aniversario del ONUSIDA. Disponible en: http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2006/2006_GR-xecutive_Summary_es.p

11. WHO. Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections overview and estimates. Disponible en: http://www.who.int/hiv/pub/sti/who_hiv_aids_2001.02.pdf
12. Schaalma, P. Gerjo, K. et Al. Educación sobre el VIH para los jóvenes. *Perspectivas*, 32(2): 1-28. 2002. Disponible en: <http://www.ibe.unesco.org/publications/Prospects/ProspectsPdf/122s/122ssch.pdf>
13. Vera LM, López N, et. Al. Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infección por VIH en jóvenes. *Ac. Med Colomb*; 26(1):16-23. 2001. Disponible en: <http://ceupromed.ucol.mx/morfo/articulos/articulos/a60740165AD5.pdf>
14. Gonzales, F. Universidad Católica de Colombia. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en jóvenes entre 14 y 25 años de edad de estratos 1 y 2 del SISBEN de un municipio del departamento de Cundinamarca. Una aproximación al paradigma dominante. *Acta Colombiana de Psicología* 12(1): 59-68. 2004 Disponible en: http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/acta/pdfs/n12/art_5_acta_12.pdf
15. García, T. Rodríguez, R. et. Al. Efectividad de las técnicas participativas en los conocimientos sobre el sida en. *Rev. Cubana Med. Gen Integr.* 16(5):474-479. 2000 Disponible en: www.inlatina.org/bv/archivos/autores-g/g%20-%20001%20-%201.pdf
16. Vera, L. Lopéz, N. et. Al. Diferencias en los conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales relacionados con el SIDA, entre hombres y mujeres jóvenes de Bucaramanga. *Rev. Médica Colombiana.* 32(1): 32-40. 2001. Disponible en: <http://www.bioline.org.br/request?rc01007>
17. Rivas, E. y cols. Conocimientos y actitudes sobre VIH/SIDA de estudiantes de Enfermería de las universidades de la frontera y austral de Chile. Temuco - Valdivia. Chile.. *Rev. Ciencia y enfermería* 15(1): 109-119. 2004. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n1/art12.pdf>
18. Velásquez, A. Efecto de un CD Multimedia (Planeta Riesgo Xero) en los Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH/SIDA de adolescentes de Colegios de Lima Metropolitana. *Ana. de la Fac. de Med.* 66(3): 232-240. 2005. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/379/37966307.pdf>
19. Melendez, A. Boletines Epidemiológicos. Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) sobre Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)/SIDA en mujeres en edad fértil (MEF) del área rural del municipio de León, Nicaragua. 2005. Ministerio de Salud de Nicaragua. Disponible en: <http://www.minsa.gob.ni/vigepi/html/boletin/2005/semana33/editorial33.pdf>
20. Vera, LM. López, N. et. Al. Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infección por VIH en jóvenes. *Acta Med Colomb.*; 26:16-23. 2001. Disponible en: <http://ceupromed.ucol.mx/morfo/articulos/articulos/a60740165AD5.pdf>
21. Gayet, C. Juárez, F. et. Al. Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual. *Salud pública Méx.* 45(5): 632-640.2003. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/106/10609908.pdf>.
22. Barros Teodoro, Barreto Dimitri, Pérez Freddy, Santander Rocío, Yépez Eduardo, Abad-Franch Fernando et al. Un modelo de prevención primaria de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/sida en adolescentes. *Rev Panam Salud Pública* [serial on the Internet]. 2001 Aug [cited

- 2010 Jan 09]; 10(2): 86-94. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892001000800003&lng=en. doi: 10.1590/S1020-49892001000800003
23. Ruiz, AM. y cols. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en una población universitaria. *Rev. Sogia*; 12(3):86-93. 2005. Disponible en: <http://www.cemera.cl/sogia/pdf/2005/XII3conocimientos.pdf>
 24. Eisenberg, M. Differences in sexual risk behavior between college students with same-sex and opposite sex experience: results from a national survey. *Archives of Sexual Behavior*. 30(6): 575-90.
 25. Hernández JM, Toll JC, Díaz G, Castro J. Intervención Educativa sobre sexualidad y Enfermedades de Transmisión Sexual. *Rev. Cubana Med. Gen. Integr.*; 16(1):39-44. 2000. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_1_00/mgi07100.pdf
 26. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Departamentos de salud y servicios Humanos. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Enfermedades de transmisión sexual. Disponible en: <http://www.cdc.gov/std/Spanish/default.htm>.
 27. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually Transmitted Disease Surveillance 2008. Disponible en: <http://www.cdc.gov/std/stats08/surv2008-Complete.pdf>
 28. Harrison Tinsley, Kasper Dennis, et. *Al Principios de Medicina Interna*. 16ed. MacGraw-Hill Interamericana editores. México D.F. 2005. Pág. 1194.
 29. Centro Nacional de Información y Prevención (NPIN). División para la Prevención del VIH/SIDA. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades-Centro Nacional para la prevención del VIH/SIDA, Hepatitis Viral y TB. Disponible en: <http://www.cdcnpin.org/scripts/espanol/vih/vih.asp>
 30. Garrido JL. Teorías del aprendizaje, actividades de evaluación. Disponible en: <http://www.uco.es/grupos/ecoagra/juanluis/aprend.htm>
 31. Ramos, G. Viera, A. La Formación de Conceptos desde las Perspectivas Cognoscitiva e Histórico-Cultural. Educación Universitaria. Disponible en: <http://www.umcc.cu/eu/Educacion%20Universitaria%201999/La%20formaci%C3%B3n%20de%20conceptos%20desde%20las%20perspectivas%20cognitivas.pdf>
 32. García, M. Vidales, I. La Actitud de los Adolescentes Nuevoleoneses ante la Sexualidad. Investigación Educativa. Primera edición. N. L. México 2009. Pág. 29. Disponible en: http://www.caeip.org/docs/investigacion-pedagogica/Adolescentes_sexualidad.pdf
 33. Swenson Leland. Teorías del Aprendizaje. Disponible en: www.franjamorada-psico.com.ar
 34. Ruiz, F. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC). Influencia de la Autoeficacia en el Ámbito Académico. Disponible en: http://beta.upc.edu.pe/calidadeducativa/ridu/2005/primer0/Art2_FR.pdf
 35. Lozano. Conceptualización y Diferenciación de la Autoeficacia con otros términos afines. 2004. Disponible en: <http://www.uned.es/edu-4-teoria-y-procesos-de-la-orientacion/DIFERENCIACION%20AUTOEFICACIA.doc>

36. Arnut F. Autoconfianza. Disponible en:
http://www.ucasal.net/rugby/varios/amigos_rugby/2007/08_autoconfianza.doc
37. Manrique Edwin, Chia Nancy, et Al. Género, Ansiedad Social, Autoeficacia General y Autoeficacia en Situaciones Sociales. Revista de Piquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan 6(1): 43-54. 2005. Disponible en:
<http://www.minsa.gob.pe/hhv/revista/2005/5%20GENERO,%20ANSIEDAD%20SOCIAL,%20AUTOEFICACIA%20GENERAL.pdf>
38. Carrera, B. Mazarella, C. Vigotsky: Enfoque Cultural. Universidad de los Andes. Mérida, Venezuela. EDUCERE 5(13): 41-44. Disponible en:
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/356/35601309.pdf>
39. Gallegos, E. Villarruel, M. et, Al. Intervención para reducir riesgo en conductas sexuales en adolescentes: un ensayo aleatorizado y controlado, México. Salud Pública Méx. 50(1): 59-66.2008. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v50n1/a12v50n1.pdf>
40. Canal R. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO). Universidad de Salamanca. III Congreso “La Atención a la diversidad en el Sistema Educativo”. Disponible en:
<http://campus.usal.es/~inico/actividades/actasuruguay2001/4.pdf>
41. Leitenberg, H. Modificación y terapia de conducta. Tomado del Portal de Psicopedagogía (Psicología de la Educación para Padres y Profesionales). España. Disponible en:
<http://www.psicopedagogia.com/modificacion-de-conducta>
42. Fernández Costa Susana, Juárez Martínez Olga, Díez David Elia. Prevención del SIDA en la escuela secundaria: recopilación y valoración de programas. Rev. Esp. Salud Pública. 73(6): 687-696. Disponible en:
http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL73/73_6_687.pdf
43. Juárez, O. Díez, E. Prevención del SIDA en adolescentes escolarizados: Una revisión sistemática de la efectividad de las intervenciones. Gaceta Sanitaria. 13(2): 150 – 162. 1999. Disponible en:
db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.indice_seccion?pidet_seccion=10011109&ano=1999-26k-
44. Dick Bruce. Organización Mundial de la Salud (OMS). Resumen de la consulta Talleres en revisión de la evidencia para ayudar a políticas y programas en el logro de las metas internacionales en el tema de jóvenes y VIH. 2005. Disponible en:
<http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-preparandose.pdf>
45. INFOMED. Red de Salud de Cuba. Intervenciones educativas y preventivas en los jóvenes. Disponible en:
http://www.sld.cu/galerias/doc/servicios/sida/intervenciones_educativas_y_preventivas_en_los_jovenes.doc

ANEXOS

Anexo 1

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha	Tiempo	Años cumplidos	Años
Procedencia	Región geográfica (área de división política a la que pertenece una persona y su relación con centros poblados urbanos o rurales)	Región geográfica Centro poblado urbano o rural.	Provincia Urbano Rural	Nominal Si No
Sexo	Diferencia física y de conducta que distingue a los organismos individuales, según las funciones que realizan en los procesos de reproducción. Y desenvolvimiento social.	Masculino Femenino	Masculino Femenino	Masculino Femenino
Conocimientos sobre las ITS	Información adquirida en relación a ITS	Cognoscitiva	Encuesta CAP	Si No
Actitud sobre ITS	Intenciones frente a una situación probable	Intenciones	Encuesta CAP y escala de autoeficacia SEA27 Indicador: Actitudes correctas frente a ITS Escala de Autoeficacia A. B. C.	Si NO Promedio
Prácticas sobre ITS	Comportamiento tomado frente a una situación específica	Comportamental	Encuesta CAP Escala de autoeficacia A B C	Si NO

Anexo 2

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA
“EVALUACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y
PRÁCTICAS DE LOS ESTUDIANTES DEL CICLO DE COMUNES DE FILOSOFIA,
FRENTE A LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH/SIDA”

Cuenca, 2008

Estoy entrevistando en la ciudad de Cuenca para averiguar sobre las infecciones de transmisión sexual. Le pido que conteste a las preguntas con toda sinceridad.

Confidencialidad: Las preguntas son completamente confidenciales, su honestidad en contestar estas preguntas nos ayudará a comprender sobre lo que las personas conocen, piensan y los diferentes tipos de comportamientos.

SECCIÓN I

01 NUMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CUESTIONARIO

Fecha día mes año

FUENTE-ESCUELA:

Ciclo Común Filosofía

Ciencias de la Educación

Lengua, literatura y Lenguajes Audio Visuales Cultura Física

Historia y Geografía

Lengua y Literatura Inglesa

Lic. Ciencias Humanas Mención Gestión. Desarrollo Cultural

Lic. Educación General Básica

Matemáticas y Física

Psicología Educativa

Derecho

	Preintervención <input type="checkbox"/>	Posintervención <input type="checkbox"/>
RESULTADO		
Número	Preguntas	Categorías de codificación
SECCIÓN II		
P01	¿En qué día, mes y en qué año nació?	Día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
P02	¿Cuántos años tiene?	
P03	Genero	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
P04	Estado Civil	Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/>
P05	Religión	Católica <input type="checkbox"/> Evangélica <input type="checkbox"/> T. de Jehová <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
P06	Residencia	Urbano <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>

SECCIÓN III		
P07	¿Qué infecciones de transmisión sexual conoce?	Condiloma 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Herpes 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Sífilis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> SIDA 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Gonorrea 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Tricomoniasis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Clamidiasis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Otras 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Señale cuales-----
P08	¿Usted sabe cómo se transmiten estas infecciones?	Contacto sexual 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> sin penetración 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Contacto sexual con penetración 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Por una transfusión de sangre 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> De una madre infectada a su hijo por el embarazo, parto o lactancia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> A través del beso o el sudor 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Otras 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P09	¿Usted sabe cómo se manifiestan las infecciones de transmisión sexual?	Dolor el vientre bajo 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Secreción por los genitales externos 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Verrugas en genitales externos 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Manchas en la piel 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Inflamación de Los ganglios 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Otras 1. Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P10	Son curables estas infecciones?	Sífilis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Condiloma 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Blenorragia o Gonorrea 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Clamidiasis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> SIDA 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Trichomoniasis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P11	Si conociera a un amigo o (a) con una ITS. ¿A dónde le recomendaría acudir para recibir atención?	A un hospital cercano 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> A su médico de familia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> A una farmacia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> A otro amigo o (a) para que le sugiera tratamiento 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Conversar con sus padres 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Otras 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Cuales_____
P12	Si un amigo o (a) tuviera una ITS; ¿Cuál sería su actitud?	Me alejaría de él o ella 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Le ayudaría a curarse 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Le diría que aprendió a hacer el amor 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Que es propio de la edad 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Le sugeriría visitar a su médico de familia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P13	¿Qué le aconsejaría a sus amigos para no infectarse con una ITS?	Tener conocimientos sobre las infecciones 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> No tener relaciones sexuales 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Fidelidad a su pareja 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Escoger bien la pareja 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Usar condón en todas las relaciones sexuales 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Tener relaciones sin penetración 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>

P14	¿Qué sugerencia le daría a un amigo o (a) que le comunica tiene relaciones sexuales con desconocidos o poco conocidos?	Protegerse con el uso del condón 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Lavarse los genitales después de concluida la relación sexual 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Visitar al médico buscando orientación 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> No tener relaciones sexuales con desconocidos 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P15	¿Ha tenido relaciones sexuales?	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P16	¿A qué edad inició su vida sexual?	<input type="text"/> <input type="text"/> Años
P17	¿Con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses?	<input type="text"/> <input type="text"/> Personas
P18	Ha tenido durante su vida relaciones sexuales con:	Personas del mismo sexo 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Personas del sexo contrario 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Personas de ambos sexos 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P19	¿Qué tipo de hábito sexual utiliza durante sus relaciones sexuales?	Sexo oral 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Sexo anal 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Coito genital 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P20	¿Ha padecido de alguna ITS?	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Mencione cual o cuales _____
P21	¿Conversa con su pareja sobre estas infecciones?	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P22	¿Ha tenido relaciones sexuales en estado de embriaguez o bajo los efectos de sustancias afrodisíacas?	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P23	¿Utiliza condón en tus relaciones habituales con tu pareja?	1. Siempre <input type="checkbox"/> 2. Ocasionalmente <input type="checkbox"/> 3. Nunca <input type="checkbox"/>
P24	Si no lo ha utilizado. ¿Por qué?	Disminuye la sensibilidad 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> No se utilizarlo 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Me da pena negociarlo con mi pareja Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Siento vergüenza adquirirlo en la farmacia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Considero que mi pareja es estable Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
P25	¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales con personas desconocidas o poco conocidas?	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P26	¿Ha utilizado el condón en relaciones fortuitas?	1. Siempre <input type="checkbox"/> 2. Ocasionalmente <input type="checkbox"/> 3. Nunca <input type="checkbox"/>

SECCIÓN VI: ESCALA DE AUTOEFICACIA PARA PREVENIR EL SIDA, DE 27 ELEMENTOS, SEA-27
A continuación se presentan una serie de preguntas en las cuales vas a encerrar en un círculo según el grado de seguridad que creas tener

	Nada seguro	Algo seguro	Medio seguro	Muy seguro	Totalmente seguro
A) ¿Qué tan seguro está de ser capaz de decir No, cuando te propone tener relaciones sexuales?					
1. Alguien conocido hace 30 días o menos	1	1	1	1	1
2. Alguien cuya historia sexual es desconocida para ti	2	2	2	2	2
3. Alguien cuya historia de drogas es desconocida para ti	3	3	3	3	3
4. Alguien a quien has tratado con anterioridad?	4	4	4	4	4
5. Alguien a quien deseas tratar de nuevo?	5	5	5	5	5
6. Alguien con quien ya has tenido relaciones sexuales	6	6	6	6	6
7. Alguien a quien necesitas que se enamore de ti	7	7	7	7	7
8. Alguien que te presiona a tener relaciones sexuales	8	8	8	8	8
9. Alguien con quien has estado bebiendo alcohol	9	9	9	9	9
10. Alguien con quien has estado utilizando drogas	10	10	10	10	10
11. Alguien y tu nivel de excitación sexual es muy alto	11	11	11	11	11

	Nada seguro	Algo seguro	Medio seguro	Muy seguro	Totalmente seguro
B) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de					
1. Preguntar a tu novio/a si se ha inyectado alguna droga?	1	1	1	1	1
2. Discutir sobre la prevención del SIDA con tu novio/a	2	2	2	2	2
3. Preguntar a tu novio/a sobre sus relaciones sexuales tenidas en el pasado?	3	3	3	3	3
4. Preguntar a tu novio/a si ha tenido alguna experiencia homosexual?	4	4	4	4	4

	Nada seguro	Algo seguro	Medio seguro	Muy seguro	Totalmente seguro
C) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de....					
1. Usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales?	1	1	1	1	1
2. Usar correctamente el condón	2	2	2	2	2
3. Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado bebiendo alcohol?	3	3	3	3	3
4. Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado consumiendo o utilizado alguna droga?	4	4	4	4	4
5. Insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu novio/a prefiere no usarlo?	5	5	5	5	5
6. Negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón?	6	6	6	6	6
7. Contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones?	7	7	7	7	7
8. Acudir a la tienda a comprar condones?	8	8	8	8	8
9. Mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida?	9	9	9	9	9
10. Platicar con tu papá sobre temas sexuales	10	10	10	10	10
11. Platicar con tu mamá sobre temas sexuales	11	11	11	11	11

Anexo 3

Clave de calificación:

Conocimientos

Pregunta 07 (puntuación final para la pregunta entre 11 y 10)

Conocimiento de las ITSs

Si reconoce:

Sífilis: 2 puntos

Gonorrea: 2 puntos

SIDA: 2 puntos

Condiloma: 1 punto

Trichomona: 1 punto

Clamidia: 1 punto

Herpes: 1

Otras relacionadas: 1 punto

Pregunta 08. Puntuación final 12 y -2

Conocimiento de las vías de transmisión de las ITSs

Si reconoce:

Contacto con penetración: 3 puntos

Materna: 3 puntos

Transfusión: 3 puntos

Otra con relación: 1 punto

Si reconoce:

Beso, sudor: -2 puntos

Contacto sexual sin penetración: 2 puntos

Pregunta 09. Puntuación final 10 y -2

Conocimiento de los síntomas y signos de las ITS

Si reconoce:

Secreción: 2 puntos

Dolor: 2 puntos

Verrugas: 2 puntos

Inflamación: 1 punto

Manchas: 1 punto

Otras relacionadas: 2 puntos

Otras no relacionadas: -2 puntos

Pregunta 10. Puntuación final entre 10 y -3

Conocimiento sobre curación de las ITS

Si reconoce:

Sífilis: 3 puntos

Trichomona: 2 puntos

Blenorragia: 3 puntos

Clamidia: 2 puntos

SIDA: -2 puntos

Condiloma: -1 punto

Actitudes

Pregunta 11. Puntuación final entre 10 y menos 3

Recomendación a donde debe acudir un amigo(a) que padece una ITS

Si reconoce:

Médico Familia: 3 puntos

Hospital: 3 puntos

Conversar padres: 3 puntos

Otros relacionados: 1 punto

Si reconoce:

Farmacia: -1 punto

Otro amigo: -1 punto

Otros no relacionados: -1 punto

Pregunta 12. Puntuación final por pregunta de 10 y menos 6

Actitud ante un amigo con una ITS

Si reconoce:

Acudir a médico de familia: 6 puntos

Ayudar a curarse: 4 puntos

Aleja: -2 puntos

Aprender a hacer el amor: -2 puntos

Propio de la edad: -2 puntos

Pregunta 13. Puntuación final entre 10 y menos 1 punto

Recomendación a un amigos para no infectarse con una ITS

Si reconoce:

Uso del condón: 3 puntos

Fidelidad a la pareja: 3 puntos

Contacto sin penetración: 2 puntos

Conocimiento: 1 punto

Escoger bien: 1 punto

No relación: -1 punto

Pregunta 14. Puntuación final entre 10 y cero

Recomendaciones a un amigo(a) que mantiene relaciones con desconocidos

Si reconoce:

Protegerse condón: 3 puntos

No relación con desconocidos: 3 puntos

Lavarse genitales: 2 puntos

Visitar al médico: 2 puntos

Prácticas

Pregunta 15

No se evalúa.

Pregunta 16

No se evalúa

Pregunta 17. Puntuación final entre 10 y 4

Relaciones sexuales en los últimos 12 meses: número de parejas

1 persona: 4 puntos

2 personas: 6 puntos

Más de 2 personas: 10 puntos

Pregunta 18. Puntuación final entre 10 puntos y 4

Relaciones heterosexuales, bisexuales, homosexuales

Personas del sexo contrario: 4 puntos

Personas de ambos sexos: 6 puntos

Personas del mismo sexo: 10 puntos

Pregunta 19. Puntuación final entre 10 y uno

Tipo de práctica sexual

Anal: 5 puntos

Genital: 4 puntos

Sexo oral: 1 puntos

Pregunta 20. Puntuación final entre 10 y cero puntos

Padecimiento de ITS

No: 0 puntos

Si: 10 puntos

Pregunta 21. Puntuación final entre 10 y cero

Conversar con la pareja sobre ITS

Si: 0 puntos

No: 10 puntos

Pregunta 22. Puntuación final entre 10 y cero

Relaciones sexuales bajo el efecto de alcohol u otras sustancias

No: 0 puntos

Si: 10 puntos

Pregunta 23: puntuación final entre 8 y 4 puntos

Uso del preservativo

Si siempre: 4 puntos

Si ocasionalmente: 6 puntos

Si nunca: 8 puntos

Pregunta 24.

No se evalúa

Pregunta 25.

Relaciones sexuales con desconocidos

No: 0 puntos puntuación final entre 10 puntos y cero puntos

Si: 10 puntos

Pregunta 26. Puntuación final entre 10 y 4 puntos

Uso del preservativo en relaciones sexuales con desconocidos

Siempre: 4 puntos

Ocasionalmente: 6 puntos

Nunca: 10 puntos

Anexo 4

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO DE EVALUACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS QUE TIENEN LOS ESTUDIANTES SOBRE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Cuenca-----

Sr.

Nos proponemos realizar una investigación sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS), la misma que es importante para poder conocer lo que saben los jóvenes sobre estas infecciones y así poder prevenirlas para proteger a la comunidad. Esta investigación no conlleva ningún riesgo para la salud física y mental ni tiene costo alguno.

Su participación es voluntaria y podrá retirarse del estudio si así lo creyera conveniente.

El estudio consiste en asistir a reuniones y conferencias en número de cinco con una duración de una hora cada una y contestar un cuestionario por dos ocasiones. La información es estrictamente confidencial y será conocida únicamente por los investigadores.

Por medio de la presente acepto participar en el estudio.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

Asistir a las conferencias y reuniones que en total serán seis con una duración de una hora cada una. Además contestaré dos cuestionarios de preguntas.

Declaro que se me ha informado sobre beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

- Conocer qué saben los jóvenes sobre las infecciones de transmisión sexual
- Mejorar las estrategias educativas en prevención de las infecciones de transmisión sexual
- Facilitarme los conocimientos.

Nombre y firma del entrevistado

Nombre y firma de los investigadores