

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA



**“EVLUACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LOS
CONOCIMEINTOS, ACTITUDES Y PRÉCTICAS DE LOS
ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE FILOSOFÍA Y
LETRAS, ESCUELA DE LENGUA Y LITERATURA
INGLESA EN LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, FRENTE
A LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)
Y VIH/SIDA”**

Tesis previa a la obtención

Del título de Médico

Autores:

- **María Soledad Quito Vázquez**
- **María Auxiliadora Santacruz Vélez**
- **Gabriela Verónica Sarmiento Durán**

Asesora: Dra. Eulalia Freire Solano

Directora: Dra. Eulalia Freire Solano

CUENCA – ECUADOR

2008 – 2009



RESUMEN

Se realizó un estudio cuasiexperimental de conocimientos, actitudes y prácticas sobre las ITS/VIH-SIDA a los estudiantes de la Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación en la Escuela de Lengua y Literatura Inglesa de la ciudad de Cuenca, 2009. Se aplicó un cuestionario con dos instrumentos de medición: Pre-CAPs (antes) y 3 meses después Post-CAPs de la intervención educativa basada en la teoría cognoscitivo-social de Albert Bandura. La muestra estuvo constituida por 80 estudiantes universitarios de entre 20 a 25 años (86.9%), género femenino (83.1%), solteros (78.1%), católicos (75.6%) y del área urbana (7%).

Los resultados indican, una elevación significativa de los conocimientos sobre condilomas del 3.8% al 28.8%, herpes del 80% al 91.3% , SIDA del 96.3% al 98.8%, tricomoniasis del 11.3% al 33.8%, y clamidiasis del 6.3% al 22.5% después de la intervención educativa. Sobre los conocimientos sobre las formas de transmisión de ITS se obtuvo una elevación significativa del 81.3% al 92.5%. en la forma de contagio sin penetración; y de los síntomas de las ITS, se observó una elevación significativa: dolor en el vientre bajo del 13.8% al 52.5%, secreción por los genitales del 68.8% al 87.55%, verrugas en los genitales



del 66.35% al 83.8% , manchas en la piel del 56.3% al 63.8% e inflamación en los ganglios del 50% al 62%.

Se observaron actitudes favorables de los estudiantes con respecto a las ITS, como el hecho de acudir a un hospital del 66.3% al 88.8%, acudir a un médico del 66.8% al 83.8%.

En cuanto a las prácticas sexuales de los jóvenes, existe una mejor percepción del uso del condón al momento de mantener relaciones sexuales con desconocidos, ya que de un 2,5% se elevó al 13.8% después de la intervención.

Además ante los resultados de las escalas de autoeficacia aplicadas A, B y C de prevención del sida con mayor nivel de seguridad para la percepción del uso del preservativo, confianza con los padres y fidelidad aunque no se encontró significancia estadística.

PALABRAS CLAVE: ITS, PREVENCIÓN, CAPS, AUTOEFICACIA,VIH.

ABSTRACT

A study was carried out through a quasi-experiment of consciousness, attitudes and practices regarding ITS, HIV-AIDS on the students from the Faculty of Arts, English Literature, and the school of Science in the city of Cuenca, 2009. A questionnaire was applied through two instruments of measurement: Pre-CAPS(before) and three months later



Post-CAPS from the educational intervention theory based on the social-cognitive theory of Albert Bandura. The sample was constituted of 80 undergraduate students among the ages of 20 to 25 (86.9%), female gender (83.1%), single (78.1%), Catholics (75.6%) and (7%) of urban area.

The results show, a significant elevation on the consciousness of condylomata from 3.8% to 28.8%, herpes from 80% to 91.3%, AIDS from 96.3% to 98.8%, trichomoniasis from 11.3% to 33.8%, and Chlamydia from 6.3% to 22.5% after the educational intervention. As for the consciousness regarding the different ways of transmission of ITS, it was observed a significant elevation of 81.3% to 92.5%. In the form of transmission without penetration and symptoms of ITS, it was observed a significant elevation: pain in the lower abdomen of 13.8% to 52.5%, secretion through the genitals of 68.8% to 87.55%, warts on the genitals of 66.35% to 83.8%, blemishes on the skin of 56.3% to 63.8% and inflammation in the ganglions of 50% to 62%.

Moreover, it was observed favorable attitudes on the students with respect of ITS, for instance, the importance to go to a hospital of 66.3% to 88.8%, visit a doctor of 66.8% to 83.8%.



As for sexual practices among young-adults, it exits a better perception on the use of condoms at the time to perform sexual relations with strangers, since only a 2.5% elevated notoriously to a 13.8% after intervention.

Furthermore, in view of the results from the scales of auto-effectiveness applied A, B and C of prevention against AIDS with a higher level of certainty on the perception in the use of a preservative, confidence with parents and fidelity although it wasn't found significant statistic.



RESPONSABILIDAD

**Esta obra es responsabilidad
absoluta de las autoras**

Soledad Quito

María Santacruz

Gabriela Sarmiento



AGRADECIMIENTO:

Queremos dejar constancia de la gratitud:

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

A los estudiantes de la Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación, Escuela de Lengua y Literatura Inglesa.

A las Autoridades de la Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación de la Universidad de Cuenca, por habernos permitido llevar a cabo nuestra investigación.



DEDICATORIA

Este trabajo esta dedicado a todos los jóvenes, que hoy en día son el grupo más vulnerable de nuestra sociedad, y que mayormente están expuestos a estos males que acechan nuestro medio como lo son el SIDA y las Infecciones de Transmisión Sexual.

Para ellos nuestro esfuerzo y aporte en pos de un mejor porvenir y de una vida sexual sana, consciente y responsable que les permita un mejor estilo de vida.

A nuestros Padres, quienes de una u otra forma nos han brindado su apoyo incondicional, para la realización de esta tesis.

Las Autoras



INDICE

Contenido	página
Introducción.....	1
CAPÍTULO I	
1. Planteamiento del Problema.....	4
1.1. Justificación.....	11
CAPÍTULO II	
2. Marco teórico.....	13
2.1. Epidemiología.....	13
2.2. Sífilis.....	21
2.3. Gonorrea	22
2.4. Chancroide.....	23
2.5. Clamidia.....	23
2.6. Virus del Papiloma Humano.....	24
2.7. Herpes.....	25
2.8. Tricomoniasis.....	25
2.9. VIH/SIDA.....	26
2.10 . Teorías del Aprendizaje.....	31
2.11. Teoría Social Cognitiva de Albert Bandura.....	34
2.12. Vygotsky.	39
2.13. ¿Las intervenciones modifican las conductas? ...	40
2.14. Las encuestas CAPs.....	44



CAPÍTULO III

3. Hipótesis y objetivos.....	46
3.1. Hipótesis.....	46
3.2. Objetivos	46

CAPÍTULO IV

4. Metodología.....	48
4.1 Tipo de estudio.	48
4.2 Universo y Muestra.....	48
4.3 Área de estudio.....	50
4.4 Plan de Análisis.....	51
4.5. Procedimientos, Técnicas e Instrumentos.....	51
4.6. Descripción del Cuestionario	54
4.7. Cómo se procedió a recolectar los datos.....	59
4.8. De la intervención educativa.....	60
4.9. Análisis Estadístico.....	62
4.10. Normas éticas.....	63
4.11. Recursos humanos y técnicos.....	63

CAPÍTULO V

5. Resultados.....	64
5.1 Tabla base	64
5.2. Resultados antes y después de la intervención educativa.....	66
5.3. Modificación de los conocimientos, actitudes y prácticas antes y después de la intervención Educativa.....	72



5.4. Escala de Autoeficacia para prevenir el VIH/SIDA....	82
5.5. Muestra de T relacionada para Autoeficacia sobre VIH/SIDA.....	88
CAPÍTULO VI	
6. Discusión.....	89
CAPÍTULO VII	
7. Conclusiones y Recomendaciones.....	102
7.1 Conclusiones.....	102
7.2 Recomendaciones.....	104
CAPÍTULO VIII	
8. Revisión Bibliográfica	106
CAPÍTULO IX	
9. Anexo.....	121



INTRODUCCIÓN

La Facultad de Ciencias Médicas tiene como uno de los objetivos realizar programas de prevención referente a la resistencia de las infecciones bacterianas a los antibióticos. Nuestra investigación es un aporte en prevención, a la comunidad universitaria, específicamente a los estudiantes universitarios, sobre las infecciones de transmisión sexual incluido el VIH/SIDA, está enmarcada en las líneas de investigación de nuestra Facultad, y forma parte del proyecto de Prevención de ITS y VIH/SIDA en los estudiantes universitarios de las Facultades de Filosofía, Jurisprudencia y Artes de la Universidad Estatal de Cuenca.

La población juvenil ha tenido y tiene, unas características peculiares que conlleva a diferentes problemas de todo tipo, lo que hace de esta época de la vida un período extremadamente sensible, trascendente y de consecuencias definitivas para el futuro de los individuos. (1)

Es una época de cambios muy acentuados tanto orgánica como psicológicamente, con adopción de hábitos propios del adulto y adquisición rápida de nuevos conocimientos. La liberación de los hábitos sexuales, que



aumenta la exposición al riesgo, da apertura a efectos nocivos en lo somático y en lo psicosocial, ya que la persona joven que no está preparada física ni psíquicamente para las consecuencias de la sexualidad y la reproducción, se enfrenta a circunstancias adversas que pueden marcar de forma permanente y negativa su vida.

Así podríamos citar, entre otros, factores tales como las restricciones económicas y falta de oportunidades posteriores, y el hecho de la discriminación de género, disminuyen sus posibilidades en el futuro.

Hoy día, la mayor parte de los jóvenes ha tenido experiencias sexuales y muchos de ellos tienen una actividad sexual regular y, sin embargo son pocos los que están plenamente informados de los riesgos que corren y de cómo pueden protegerse de las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el SIDA.(2)

También hay que reseñar que, actualmente, existe una mayor permisividad frente a las conductas sexuales de los jóvenes que no siempre se acompaña de una información correcta sobre sexualidad y anticoncepción. La responsabilidad de proporcionar esa información queda diluida entre profesores, padres, sanitarios, etc., lo que hace que la mayoría de los jóvenes recurran a obtener esa



información por su cuenta a través de amigos, revistas, pareja, etc., sin una certeza en cuanto a exactitud y fiabilidad.

En nuestra Universidad los conocimientos en relación a alguna de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en los estudiantes, como por ejemplo: Tricomoniasis, Condiloma y Clamidia son muy bajos y concuerdan con el porcentaje de conocimientos sobre estas ITSs en estudios internacionales. (tesis Janina Bustamante)

En relación a las prácticas en los estudiantes universitarios, en un estudio descriptivo realizado por Janina Bustamante, como tesis de grado y dirigido por la Dra. Eulalia Freire se encontró que un elevado porcentaje de estudiantes tienen malas prácticas sexuales, es por esta razón que creemos que es de suma importancia la realización de esta investigación, la misma que tiene el propósito de modificar no solo los conocimientos sobre ITSs sino las prácticas siguiendo las teorías del aprendizaje cognoscitivo social de Bandura, Ausubel, y Vigotzky



CAPÍTULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La sexualidad es inherente al ser humano, por lo tanto, integra factores psicológicos, sociales y biológicos.

La cultura definida por la UNESCO como: modos de vida, tradiciones y creencias, representaciones de la salud y la enfermedad, formas de percepción de la vida y la muerte, normas y prácticas sexuales, relaciones de poder y de género, estructuras familiares, idiomas y medios de comunicación, así como artes y creatividad; son determinantes en las actitudes y los comportamientos relacionados con la posibilidad de adquirir las infecciones de transmisión sexual y la infección VIH/SIDA. La cultura, por lo tanto influye en el hecho de correr o no el riesgo de contraer estas infecciones, en el acceso al tratamiento, a los cuidados, en el establecimiento de relaciones de género y de papeles que ponen a las mujeres y a los hombres en peligro de tales infecciones, en el apoyo o la discriminación para con los que viven con el VIH/SIDA y sus familias, etc.

(3)

En la sociedad actual, la educación sexual es recibida muy frecuentemente de manera distorsionada durante el



proceso de socialización. Muchas veces las pautas en este campo son contradictorias y confusas, y esto condiciona el crecimiento de los adolescentes y jóvenes, generando, en muchos casos, individuos que se encuentran marginados, fuera de lugar en su sociedad. La sexualidad, así entendida, no es solo un componente más de la personalidad, sino la forma general en que el individuo se manifiesta a sí mismo y ante los demás como perteneciente a una determinada clase de su especie. Resulta entonces fundamental que la educación sexual se imparta adecuadamente por los docentes, tanto a nivel primario como secundario, para brindarles así a niños y adolescentes la posibilidad de poder vivir, en su adultez, una vida sexual saludable y plena. (4)

Los adultos jóvenes pueden ser aún más reacios que los adultos a buscar tratamiento para las ETS porque saben la desaprobación que genera su actividad sexual. Es probable, además, que los jóvenes no sepan que tienen una enfermedad. Pueden sentirse avergonzados de ir a un dispensario, no tener acceso a un dispensario o no poder pagar los servicios.

Las Infecciones de transmisión sexual (ITSs, ITS, STI), anteriormente denominadas enfermedades de transmisión sexual (ETS, STD) son uno de los problemas más



importantes para la salud de los jóvenes, desde el punto de vista social y económico, estas enfermedades siguen cobrándose un tributo significativo en los jóvenes y finalmente en la sociedad.

La pobreza, el desempleo, la falta de información, la migración como consecuencia de la actitud pasiva de los gobiernos de los países pobres, unido esto a la corrupción, hacen que epidemias como el SIDA, la Tuberculosis y otras avancen sumiendo a las poblaciones del tercer mundo en la desesperanza.

El difícil acceso a la educación quebranta el porvenir de muchos jóvenes llevándolos a la prostitución para sobrevivir o forzándolos a migrar lejos de sus países de origen y de sus familias o sumiéndolos en las drogas; predisponiéndoles a adquirir las infecciones de transmisión sexual.

Las infecciones de transmisión sexual y el VIH dependen de diferentes conductas sexuales, como tener relaciones sexuales frecuentes sin protección con distintas parejas, ponen a las personas en un alto riesgo de contraer ambas infecciones, y existe una clara evidencia de que las ITS convencionales aumentan la posibilidad de transmisión de VIH. Se ha demostrado a través de diversos estudios

El control de las ITS puede contribuir considerablemente a prevenir el VIH, debido a que hasta un 90% de las nuevas



infecciones por VIH puede atribuirse a las ITS como cofactores en la fase temprana de una epidemia de VIH y debido a que los cambios sostenidos y sustanciales en la conducta sexual son difíciles de lograr.(5)

Aunque hay situaciones comunes a ambos sexos que limitan el uso del preservativo, como el alcohol o que la otra persona sea conocida, hay otras más propias de un determinado sexo. Así, «estar enamoradas» es una razón aducida por las chicas. Asimismo, cuando una relación se estabiliza, las parejas tienden a dejar de utilizar el preservativo, al interpretar su uso como un elemento de desconfianza en la relación.(6)

Cada día en el mundo, casi un millón de personas contraen una infección de transmisión sexual (ITS), estas infecciones dan lugar a síntomas agudos, infecciones crónicas y graves consecuencias al cabo de cierto tiempo, como infertilidad, embarazo ectópico, cáncer cervicouterino y defunciones prematuras de lactantes y adultos.

La presencia de ITS como sífilis, chancroide o infección genital por virus del herpes simple aumenta enormemente el riesgo de contraer o transmitir el VIH. Nuevas investigaciones indican que se da una interacción muy importante entre la infección muy temprana por VIH y otras



ITS. Esa interacción podría explicar un 40% o más de los casos de transmisión del VIH. A pesar de la evidencia acumulada, los esfuerzos para controlar la propagación de las ITS han perdido impulso en los últimos cinco años pues los esfuerzos se han reorientado hacia las terapias contra el VIH.

Tendencias de la infección mundial por el VIH

El número de personas que viven con el VIH sigue aumentando, a pesar de que existen estrategias eficaces de prevención. Todas las estimaciones del presente informe se basan en nuevas metodologías y en los últimos datos disponibles. Por consiguiente, las estimaciones actuales no pueden compararse de forma directa con las publicadas anteriormente. Desde 1998, el ONUSIDA y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han obtenido estimaciones bienales del VIH específicas para cada país. Durante este tiempo han evolucionado continuamente los métodos y postulados utilizados para elaborar tales estimaciones. El Grupo de Referencia del ONUSIDA sobre Estimaciones, Elaboración de Modelos y Proyecciones (un grupo de científicos e investigadores de diversas instituciones congregados por el ONUSIDA) se reúne anualmente para guiar este proceso y pulir los medios de investigación, aprovechando el trabajo realizado por grupos



técnicos más pequeños a lo largo de todo el año. Los postulados y métodos actualizados se aplican luego a las posteriores tandas de estimaciones. (7)

Más de 1,6 millones de personas (intervalo: 1,2-2,1 millones) están viviendo con el VIH en América Latina. En 2003, unas 84000 personas (intervalo: 65000-110000) fallecieron a causa del SIDA, mientras que otras 200000 (intervalo: 140000-340000) contrajeron la infección. Entre los jóvenes de 15-24 años de edad, el 0,5% de las mujeres (intervalo: 0,4-0,6%) y el 0,8% de los varones (intervalo: 0,6-0,9%) estaban viviendo con el VIH a finales del mismo año.

En América Latina, la infección por el VIH, más que ser generalizada, tiende a concentrarse preferentemente en grupos de población con un riesgo particular. En la mayoría de los países de América del Sur, casi todas las infecciones están causadas por equipos de inyección de drogas contaminados o por relaciones sexuales entre varones. Las bajas prevalencias nacionales ocultan algunas epidemias muy graves. Por ejemplo, en el Brasil –el país más poblado de la región, y que alberga a más de una de cada cuatro de todas las personas que viven con el VIH–SIDA la prevalencia nacional es muy inferior al 1%. Pero se han comunicado niveles de infección superiores al 60% entre



consumidores de drogas intravenosas de algunas ciudades. Además, el panorama varía considerablemente de una parte del país a otra. En Puerto Rico, más de la mitad de todas las infecciones ocurridas en 2002 se asociaron al consumo de drogas intravenosas, y más de una cuarta parte se transmitió por vía heterosexual.

Entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones, los niveles de infección por el VIH parecen ser uniformemente altos, y oscilan desde el 9% en Nicaragua hasta el 18% en El Salvador (4)



1.1. JUSTIFICACIÓN

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

- Ser un grupo vulnerable a las ITS y VIH/SIDA por la falta de conocimientos sobre estos temas.
- Diversos estudios realizados a nivel mundial concuerdan que los jóvenes tienen un alto riesgo de contraer ITS y VIH/SIDA
- Es de importancia conocer las prácticas sexuales de los estudiantes para desarrollar un esquema que sea de ayuda para reforzar sus falencias en estos temas.
- El VIH es una amenaza no solamente para los estudiantes sino también para su familia y su comunidad.
- Para tratar de disminuir las tasas de incidencias de las ITS y VIH/SIDA con el aumento de la prevención

Sin embargo también existen prácticas, creencias y actitudes que se desarrollan dentro del círculo juvenil que desmoronan todo aquello que se ha hecho en pro de la prevención de las ITS y VIH/SIDA.



El mismo hecho de la juventud crea expectativas y curiosidades de experimentar ciertos riesgos que pueden incluso frustrar sus vidas por completo.



CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son infecciones que se transmiten de una persona a otra a través de las relaciones sexuales vaginales, anales u, ocasionalmente, orales. Aunque el uso del preservativo puede reducir o evitar la transmisión de muchas de estas enfermedades, las ITS siguen siendo frecuentes y afectan cada año a 340 millones de personas en todo el mundo.

2.1. EPIDEMIOLOGIA

Según datos de la OMS a nivel mundial existen 12 millones de nuevos casos de sífilis, correspondiendo a una incidencia mundial de la sífilis del 0,4% y la prevalencia del 1%. De estos casos corresponde a Latinoamérica y el Caribe: 3 000 000 casos por año. (8)

Según Jimenez, H, dermatólogo del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, en la población migrante se observo un incremento en los casos de gonorrea los mismos que se duplican del 2001 al 2006 e indica que esta población no se somete a controles de estas enfermedades



y no guarda garantías de protección. Para el año 2007 se triplica el número. (9)

Según la OPS, edición 1998, hubo 10.050 casos de clamidiasis; estudios de prevalencia en México indicaron 1,389; el 8% de clamidiasis, en República Dominicana, se presentó una prevalencia de 9,6%, en América Central, hubo 626,000 casos nuevos de clamidiasis.(11)

En un estudio realizado por Muñoz, N. se observa que un 24.4% de las mujeres menores de 25 años de este estudio se encontraban infectadas con virus VPH oncogénicos (alto riesgo de producir cáncer). La frecuencia de infección con virus oncogénicos en las mujeres de 35 a 44 años fue de un 9,7%; en las mujeres de 45-54 años fue de 9.8% y en las mujeres de 65 años y más la frecuencia de infección fue de 12.6%.(12)

Según estadísticas de la OMS estimaron que en el año 2003 alrededor de 536 millones de personas en el mundo tienen el HSV-2 entre la población de 15 a 49 años de edad, y que hay más de 23 millones de infectados nuevos cada año. (13)



La tricomoniasis afecta con más frecuencia entre el 10% al 25% de mujeres jóvenes sexualmente activas. Se calcula que cada año se registran 7.4 millones de casos nuevos en mujeres y hombres, según datos de OPS en el año 2004.(14)

Epidemiología DEL VIH / SIDA EN EL ECUADOR

El sistema de vigilancia en VIH/SIDA que ha funcionado en nuestro país utilizó mecanismos pasivos a través de la notificación con fichas epidemiológicas de casos SIDA y de personas infectadas con VIH. El total de casos reportados por este sistema hasta octubre del 2008 es de 15.318, de los cuales 10.382 son personas infectadas por el VIH, 4.640 presentaron el Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y 1947 fallecimientos. Para el presente reporte se ha tomado como referencia los datos de la fuente oficial de datos de mortalidad que es el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, el cual establece que hasta el año 2007, 4920 personas han fallecido a causa de esta infección.(15)



Tabla 1. Numero de casos VIH y SIDA notificados por año. Ecuador 1984-2008*

AÑOS	No DE PERSONAS		ACUMULADOS		ACUMULADO VIH/SIDA	**PERSONAS FALLECIDAS	FALLECID ACUMULAD
	VIH	SIDA	VIH	SIDA			
1984	2	6	2	6	8	0	6
1985	2	1	4	7	11	0	6
1986	0	6	4	13	17	0	6
1987	9	23	13	36	49	7	13
1988	31	31	44	67	111	12	25
1989	25	29	69	96	165	11	36
1990	37	48	106	144	250	20	56
1991	35	54	141	198	339	29	85
1992	94	69	235	267	502	42	127
1993	64	89	299	356	655	89	216
1994	108	116	407	472	879	80	296
1995	114	71	521	543	1064	78	374
1996	133	66	654	609	1263	107	481
1997	125	128	779	737	1516	153	634
1998	145	184	924	921	1845	181	815
1999	282	325	1206	1246	2452	231	1046
2000	348	315	1554	1561	3115	245	1291
2001	294	318	1848	1879	3727	357	1648
2002	370	425	2218	2304	4522	395	2043
2003	515	352	2733	2656	5389	422	2465
2004	627	481	3360	3137	6497	495	2960
2005	1069	470	4429	3607	8036	618	3578
2006	1319	478	5748	4085	9833	699	4277
2007	1858	555	7606	4640	12246	649	4926
2008	2776	296	10382	4936	15318		4926
TOTAL	10382	4936				4920	

Fuente: Vigilancia de VIH/SIDA

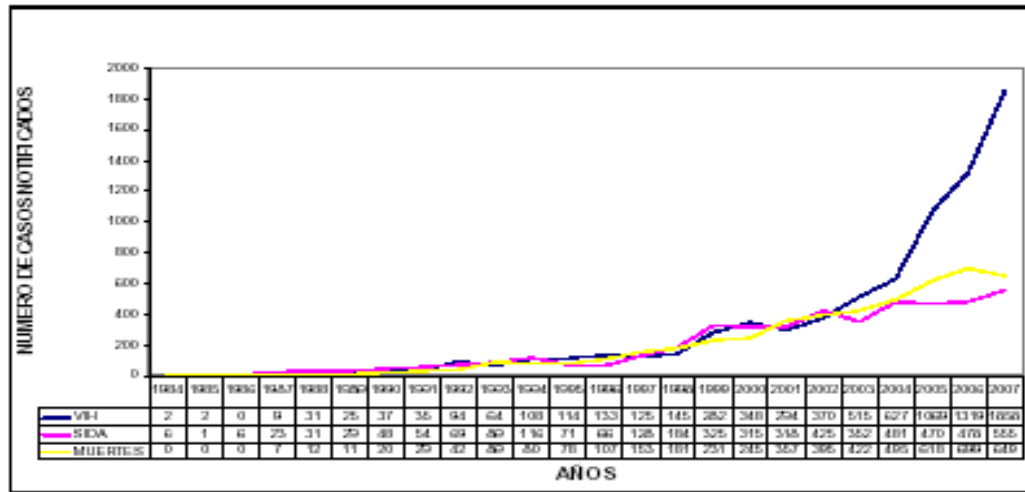
** Datos Instituto de Estadísticas y Censos

* Corte hasta octubre del 2008

Gracias al fortalecimiento en el sistema de notificación de casos VIH realizado en el año 2008 se ha permitido captar hasta el mes de octubre del 2008, 2775 personas infectadas, 918 casos más que el año 2007, equivalente a un incremento del 49.4%, considerando que el nivel de sub-notificación estimada en el año 2007 fue de 57%.

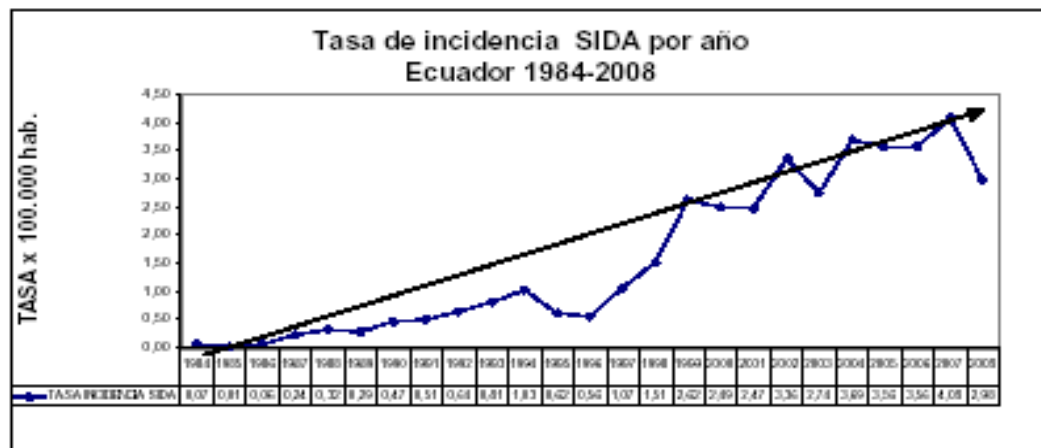


Grafico 1. Tendencia de casos VIH/SIDA Muertes relacionada por SIDA. Ecuador 1984-2007



Fuente: Programa Nacional SIDA

Al obtener las tasas de incidencia de casos SIDA, de Mortalidad se mantiene las mismas tendencias.



Fuente: Programa Nacional SIDA

Desde 1984 la tasa anual de SIDA así como la de mortalidad muestra una clara tendencia al aumento, esta situación podría atribuirse a que los casos aun son captados tardíamente debido a que muchas de las personas o no conocen su estado serológico o prefieren



ocultar su situación por no ser discriminados o estigmatizados.

Por tanto es importante mejorar el acceso de la población a la prueba voluntaria para VIH gratuita, incrementando la cobertura a otros segmentos de la población como Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH); Trabajadoras Sexuales (TS), Personas Privadas de la Libertad (PPL), jóvenes, entre otros.

DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE CASOS VIH/SIDA

Ecuador políticamente está dividido en 24 provincias agrupadas en cuatro regiones.

Para el análisis de distribución geográfica se ha tomado como variable de referencia a la residencia habitual declarada por la persona en el momento del diligenciamiento de la ficha epidemiológica.

Hasta octubre 2008, todas las 24 provincias han diagnosticado y notificado casos de VIH, llama la atención que el 81.59% de los casos estén distribuidos en cinco provincias, de las cuales 1493 casos (53.78%) correspondan a Guayas. La región costa agrupa el 82.42%(2288) de todos los caso a nivel nacional. (15)



Tabla. Frecuencia de casos VIH notificados por provincia. Ecuador 2008.

PROVINCIA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
GUAYAS	1493	53,78%	53,78%
LOS RIOS	247	8,90%	62,68%
MANABI	203	7,31%	69,99%
PICHINCHA	168	6,05%	76,04%
ESMERALDAS	154	5,55%	81,59%
EL ORO	107	3,85%	85,45%
SANTO DOMINGO	54	1,95%	87,39%
LOJA	43	1,55%	88,94%
SANTA ELENA	26	0,94%	89,88%
AZUAY	23	0,83%	90,71%
ORELLANA	23	0,83%	91,53%
CHIMBORAZO	17	0,61%	92,15%
TUNGURAHUA	15	0,54%	92,69%
COTOPAXI	12	0,43%	93,12%
CAÑAR	10	0,36%	93,48%
NAPO	10	0,36%	93,84%
IMBABURA	9	0,32%	94,16%
SUCUMBIOS	8	0,29%	94,45%
BOLIVAR	5	0,18%	94,63%
GALAPAGOS	4	0,14%	94,78%
PASTAZA	4	0,14%	94,92%
CARCHI	2	0,07%	94,99%
ZAMORA	2	0,07%	95,06%
MORONA	1	0,04%	95,10%
NO DATO	136	4,90%	100,00%
Total	2776	100,00%	

Fuente: INEC

Tabla. Frecuencia de casos VIH notificados por región. Ecuador 2008

REGIONES	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
REGION COSTA INSULAR	2288	82,42%	82,42%
REGION SIERRA	304	10,95%	93,37%
REGION ORIENTE	48	1,73%	95,10%
SIN DATO	136	4,90%	100,00%
TOTAL	2776	100,00%	

Fuente: INEC

Distribución por sexo de casos VIH/SIDA

Los casos SIDA acumulados desde el año 2002 hasta octubre del 2008 establece que la epidemia se concentra



con mayor proporción en hombres, con un 73.8% de los casos SIDA y un 26.17% son mujeres, existiendo un crecimiento relativo de casos en este grupo en los últimos cinco años. El promedio de crecimiento anual en este periodo para hombres es de 6.7% y para mujeres del 14.9%. En donde?

Distribución por edad de casos VIH

El grupo de edad de 25 y 44 años concentra el 58.7% de los casos de VIH reportados en el periodo del 2002 al 2008 mientras que el grupo de 20 a 24 concentra el 20.6%; sin embargo al calcular las tasa de incidencia acumulada de VIH por edad el grupo comprendido entre 20 a 24 años es el de mayor riesgo. Debe notarse también la tendencia de incremento en el grupo de 15 a 19 sobre todo en los últimos tres años, esto debe tomarse como una señal de alerta ya que en el grupo de menores de 25 se considera las infecciones más recientes. (16)

Tabla. Frecuencia de casos VIH por edades

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
25 a 44	4519	58,7	58,7
20 a 24	1583	20,6	79,3
45 a 99	921	12,0	91,3
15 a 19	503	6,5	97,8
1 a 4 años	125	1,6	99,5
5 a 14	38	0,5	99,9
Menor 1 Año	4	0,1	100,0
Total	7693	100	

Fuente: Programa Nacional SIDA



Distribución por edad de casos SIDA

A diferencia de los casos de VIH en SIDA el grupo que reporta el mayor porcentaje de casos es el de mayor de 25 años con un 79%, pero de igual manera al comparar la tasa de incidencia acumulada se observa una tendencia en el crecimiento del grupo de 20 a 24 años. (16)

Tabla. Frecuencia de casos SIDA por edades

Grupos de edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
25 a 44	1759	61,0	61,0
45 a 99	543	18,8	79,8
20 a 24	341	11,8	91,6
1- 4 años	121	4,2	95,8
15 a 19	54	1,9	97,7
5 a 14	36	1,2	99,0
MENOR 1 Año	30	1,0	100,0
TOTAL	2884	100,0	

Fuente: Programa Nacional SIDA

2.2. SÍFILIS: Es una enfermedad infecciosa generalizada producida por el treponema pallidum, cuyo tiempo de incubación es de 10 a 12 días, desde el comienzo transmisible y de evolución eminentemente crónica que transcurre entre periodos de actividad y latencia con manifestaciones cutáneas, mucosas, y viscerales, alternando con largos intervalos asintomáticos.

En la primera etapa los síntomas aparecen entre tres y doce semanas después del contacto sexual, aparece una o



más llagas de color rojizo-café en la boca, órganos sexuales, senos o dedos que no causa dolor; las llagas duran de 1 a 5 semanas, a pesar de que desaparecen el individuo sigue infectado con la sífilis.

En la segunda etapa los síntomas aparecen de 1 semana a 6 meses después de que las llagas desaparecieron; aparece un salpullido en cualquier parte del cuerpo, sensación como de gripe. Si no se trata a tiempo el individuo puede contagiar a su pareja, una madre que tiene sífilis puede contagiar al bebé durante el embarazo o perderlo, también puede causar daños en el corazón, cerebro y hasta la muerte. Su tratamiento se basa en betalactámicos: penicilina, macrólidos, eritomicina, y tetraciclinas como la doxiciclina. (8)

2.3. GONORREA. Es una infección microbiana producida por la inoculación del gonococo, tarda de 2 a 21 días en aparecer los síntomas. Las mujeres presentan secreción amarilla o blanca de la vagina, ardor o dolor al orinar o al defecar, sangrado vaginal entre menstruaciones, calambres y dolor en la parte baja del abdomen. Los hombres presentan líquido espeso amarillo o blanco que sale por el pene. Ardor o dolor al orinar o al mover el vientre,



necesidad de orinar más frecuentemente. Si no se trata a tiempo puede contagiar a su pareja, causar infecciones más serias o dañar los órganos reproductores con la consecuente esterilidad; una madre infectada puede contagiar al bebé durante el parto, puede causar daño al corazón, la piel, artritis o ceguera. El tratamiento es a base de fluoroquinolonas, que incluyen ciprofloxacina, ofloxacina o levofloxacina, además de cefalosporinas: Ceftriaxona y Azitromicina. (9)

2.4. CHANCROIDE. Es producida por el estreptobacilo de Ducrey. Se inicia con una vesículo-pústula, que rápidamente se rompe, formándose una ulceración de fondo sucio, recubierta por una secreción amarillenta, borde cortado, dolorosa y de muy mal olor. En el hombre se localiza en la piel del pene y del prepucio; en la mujer en la comisura posterior de la vulva. Entre las complicaciones más importantes de esta enfermedad son la fimosis, parafimosis y bubón inguinal (ganglio inflamado) (10)

2.5. CLAMIDIA: Infección clamidial o uretritis no infecciosa. Los síntomas aparecen entre los 7 y 21 días después del contacto sexual.



La mayoría de las mujeres y algunos hombres no presentan síntomas.

Mujeres: desecho vaginal, sangrado vaginal entre menstruaciones, ardor o dolor al orinar, dolor en el abdomen a veces acompañado de fiebre y náusea.

Hombres: gotas de líquido blanco o amarillento que sale por el pene, ardor o dolor al orinar. Si no se trataba a tiempo, usted puede transmitir la enfermedad a su pareja, puede causar infecciones más serias o dañar los órganos reproductores pudiendo causar esterilidad. Una madre que tiene la infección puede contagiar a su bebé durante el parto.

El tratamiento antibiótico recomendado es la doxiciclina, dos dosis diarias durante siete días o la azitromicina en una única dosis.

Esta es una de las causas de ITS más frecuente en EEUU y Europa y una infección de alta prevalencia en muchas áreas desarrolladas del mundo. Cada año se detectan en todo el mundo cerca de 300 millones de casos, encontrándose las tasas más elevadas de esta infección entre los 15 y los 24 años. (OMS)(11)

2.6. VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO: Los síntomas aparecen entre 1 y 8 meses después de haber estado en



contacto con el HPV, el virus que causa la verruga genital. Se observan pequeñas verrugas en los órganos sexuales y el ano; se siente ardor y comezón alrededor de los órganos sexuales. Después que desaparecen las verrugas el virus permanece en el cuerpo; las verrugas pueden aparecer nuevamente.(12)

2.7. HERPES. Los síntomas aparecen entre 1 y 30 días después del contacto sexual. Algunas personas no presentan síntomas, sensación como de gripe que no desaparece, pequeñas y dolorosas ampollas en los órganos sexuales y en la boca, comezón y ardor antes de que aparezcan las ampollas; las ampollas duran de 1 a 3 semanas, aunque desaparezcan el virus persiste y las ampollas pueden aparecer nuevamente. El herpes no se cura, una madre infectada puede transmitir a su niño durante el parto.

El tratamiento es a base de antivirales: Aciclovir, Famcciclovir, y valaciclovir. (13)

2.8. TRICOMONIASIS: es una enfermedad de transmisión sexual causada por una bacteria. Afecta tanto a los hombres, como a las mujeres, pero los síntomas son más comunes entre las mujeres e incluyen una secreción vaginal verdosa o amarillenta, picazón en la vagina o cerca



de ésta y molestias para orinar. La mayoría de los hombres con tricomoniasis no presenta síntomas, pero pueden tener irritación dentro del pene.

La infección por tricomonas puede curarse con antibióticos; es importante que ambos integrantes de la pareja reciban tratamiento al mismo tiempo. El uso correcto de preservativos de látex reduce enormemente, aunque no elimina, el riesgo de contraer y contagiar la tricomoniasis.
(14)

Los datos estadísticos utilizados para este estudio es únicamente información de fuente internacional; ya que en nuestro país no existen estudios a cerca de estos.

2.9. SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) es la quinta causa importante de muerte en las personas entre 25 y 44 años de edad en los Estados Unidos, pero en 1995 ocupaba el número uno. Alrededor de 25 millones de personas en todo el mundo han muerto a causa de esta infección desde el comienzo de la epidemia y 40.3 millones de personas están actualmente viviendo con VIH/SIDA.

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) causa el SIDA. Este virus ataca al sistema inmunitario y deja al organismo vulnerable a una gran variedad de infecciones y cánceres potencialmente mortales.



Existen muchos estudios que demuestran que la mayoría de la población en los países desarrollados (jóvenes, homosexuales, mujeres) tiene al menos conocimientos básicos sobre el VIH/sida, aunque hay evidencias de que ello no es suficiente para la práctica de hábitos seguros. En los países pobres falta información en muchos casos. Otros ensayos han puesto de manifiesto que se sigue echando en falta una educación sexual integral que incluya ciertos aspectos, como las emociones, la violencia, la autoestima, etc., y sería necesario que las campañas de información y formación sobre la prevención de ITS partan de una visión integral de la salud:

La promoción del uso del condón es el componente esencial de las estrategias desarrolladas para la prevención del sida. Sin embargo, su uso, aunque cada vez más frecuente, no suele ser consistente. Además, se asocia con la falta de confianza y de amor en la pareja, por lo que se usa con cierta regularidad con parejas ocasionales pero no con la habitual. (17,18)

Los jóvenes son destinatarios importantes de la educación preventiva sobre las infecciones de transmisión sexual que incluye al VIH/SIDA. En todo el mundo, alrededor de la mitad de los adolescentes de 16 años son sexualmente



activos y el ritmo de rotación de pareja alcanza su máxima intensidad entre los adolescentes y los jóvenes de poco más de 20 años.

La utilización sistemática y apropiada del preservativo es limitada entre los jóvenes, lo que les predispone a contraer infecciones de transmisión sexual, por ejemplo, en los Estados Unidos, el 25% de los adolescentes sexualmente activos contrae una enfermedad de transmisión sexual cada año. Aproximadamente un 15% de las infecciones de VIH acumulativas correspondía a personas de entre 13 y 24 años de edad en 1999 y aproximadamente un 50% de los casos nuevos de infección por el VIH en ese país se produce entre los jóvenes (19).

Las encuestas realizadas en 40 países indican que la mitad de los jóvenes tienen ideas erróneas de cómo se transmite el virus VIH, y existe un número muy alto de jóvenes que indican que con solo mirar a una persona se puede reconocer que tiene SIDA (20). El comienzo de la actividad sexual antes de cumplir los 18 años, en la mayoría de los países, existiendo países especialmente con los recursos más bajos, en los que los adolescentes comienzan su actividad sexual a edad muy temprana. La edad de la primera relación sexual en los adolescentes mexicanos es



entre los 15 años a 17 años para hombres y mujeres (19,21). En nuestro país un estudio realizado en Santo Domingo De Los Colorados, revela que el inicio de la actividad sexual es a los 13 y 14 años de edad (22), y refleja conocimientos erróneos en prevención.

Así mismo el uso del condón no es consistente en trabajadoras sexuales en el Ecuador.

Un estudio realizado en México en un grupo de hombres que tienen relaciones con hombres revela poco conocimiento sobre medidas preventivas. El uso del preservativo en la primera relación sexual es mayor en el varón que en las mujeres, los varones de las áreas rurales tienden usar menos el condón. (23, 24)

Desde las primeras estimaciones del uso del condón por los jóvenes solteros realizadas a mediados de la década de 1980, la curva del uso del condón se ha incrementado, pasando del 7% en 1985 a 51% en el año 2000 entre los hombres y de 5% a 23% entre las mujeres; el preservativo es utilizado mayoritariamente como método anticonceptivo por los adolescentes (21,22). Los estudios sobre conocimientos, actitudes y prácticas de los jóvenes indican que estos tienen una combinación de ansiedad e ignorancia, se preocupan del embarazo accidental, pero los



varones subestiman el riesgo de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA. El desconocimiento es el principal multiplicador del VIH/SIDA, el reconocer que los jóvenes tienen vida sexual y que no cuentan con el conocimiento adecuado para protegerse, lleva a establecer programas de prevención. En algunos países la mayoría de infecciones por el VIH se produce por inyección de drogas con equipos contaminados, relaciones sexuales no protegidas entre varones y comercio sexual peligroso.

La generación de jóvenes actual es la mayor de la historia, casi la mitad de la población mundial tiene menos de 25 años (más de 3.000 millones de personas) el 85% de los jóvenes están viviendo en los países en desarrollo y 238 millones de jóvenes sobreviven con menos de un dólar diario; 88 millones de jóvenes se encuentran desempleados. (23,24, 25) Los jóvenes de 15 a 24 años son los más amenazados, el futuro de la epidemia tomará forma a partir de los actos de esos jóvenes, los pocos países que han logrado disminuir la prevalencia nacional del VIH lo han hecho sobre todo inculcando comportamientos más seguros entre los jóvenes.

En educación y promoción de la salud, los avances en la investigación que le da soporte a las intervenciones



programáticas han ocurrido directa e indirectamente por la aplicación en la práctica de teorías y modelos desarrollados en las más diversas áreas del conocimiento, principalmente en las ciencias comporta mentales y sociales, una de las teorías que han respaldado algunas intervenciones es la Teoría cognoscitivo-social de Albert Bandura.

2.10. LAS TEORÍAS DEL APRENDIZAJE:

Existen dos grandes paradigmas en la sicología del aprendizaje:

2.10.1. El conductismo que tiene como representantes a: Watson, Thorndike, Skinner, Pavlov, Tolman.

Thorndike describe tres leyes en el aprendizaje: Del efecto, de ejercicio y de sin lectura que se basan en el estímulo y respuesta.

Watson ubica a la psicología con el carácter de las ciencias naturales, se observa la influencia del positivismo de Augusto Comte.

Skinner: la teoría de Skinner tiene como fundamento que la conducta es guiada por refuerzos primarios y secundarios.

Tolman: acuñó el término de variables internas, el nexo entre estímulo respuesta quedaba interrumpido por planos cognoscitivos no observables en la conducta del individuo,



introdujo el término de aprendizaje latente que se reflejaba en la acción.

Pavlov: formula el reflejo condicionado

2.10.2. El Cognitivismo tiene a: Piaget, Bruner, Ausubel, Vigotsky como sus máximos exponentes.

Para Piaget la capacidad cognitiva y la inteligencia se encuentran estrechamente ligadas al medio social y físico.

Ausubel: De acuerdo al aprendizaje significativo, los nuevos conocimientos se incorporan en forma sustantiva en la estructura cognitiva del alumno. Esto se logra cuando el estudiante relaciona los nuevos conocimientos con los anteriormente adquiridos; pero también es necesario que el alumno se interese por aprender lo que se le está mostrando.

2.10.3 La teoría de Albert Bandura se acerca más a la teoría cognitivista al incursionar en lo social, aunque posee algunas características de la teoría conductista.



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	OBJETO → SUJETO	OBJETO ← SUJETO
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. • Anticonstruivista • 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 a una computadora. • Es constructivista.

Teoría cognoscitivo-social de Albert Bandura

Componentes en prevención

(1) cognitivo

(2) conductual



2.11 Teoría Social Cognitiva de Albert Bandura: El aprendizaje es descrito como un proceso social influenciado por la interacción con otras personas. En la teoría social cognitiva el ambiente social y físico influye en la formación y reforzamiento de las creencias que son determinantes de la conducta

Los conductistas consideran que el ambiente moldea al niño, pero los teóricos del aprendizaje social afirman que el niño también actúa sobre el ambiente.

Los procesos cognitivos se ponen en funcionamiento a medida que las personas observan los modelos aprenden "segmentos" de comportamientos y luego los ponen juntos en nuevos y complejos patrones. Los factores cognitivos, afectan la manera como una persona incorpora las conductas observadas. (26)

La teoría del aprendizaje social sirve de puente entre el conductismo y la perspectiva

Esta teoría se basa en superar las barreras, en observar a nuestro alrededor, observar nuestra sociedad y cambiarla.

Un cambio en alguno de estos tres componentes- conductual, físico o social, influencia en los otros dos. La auto-eficacia, un componente esencial de la teoría, es que la persona crea sentirse capaz de poner en práctica la



nueva conducta cuando se presente la ocasión, así las personas pueden auto regular su conducta; entonces un fundamento básico de la teoría es la del autocontrol.

El enfoque de la reciprocidad triádica de Bandura: en la cual la conducta, los factores personales, cognitivos y de otro tipo, y los acontecimientos ambientales actúan como determinantes interactivos. De esta manera, en la perspectiva cognitiva social, no se considera al ser humano gobernado por fuerzas internas ni controlado por estímulos externos sino que se considera el funcionamiento humano en términos del modelo de reciprocidad triádica. (25, 26,27)

Modelo de Reducción de Riesgo al SIDA: sugiere que para poder cambiar la conducta uno debiera reconocerla como tal, luego comprometerse a reducir este tipo de conducta, y finalmente tomar acción para llevar a cabo el cambio deseado. Los factores que influyen en el movimiento entre las etapas incluyen el temor la ansiedad y las normas sociales.

2.11.1 El Constructo de la Auto eficacia

La auto eficacia se define como “los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento” (Bandura, 1986). Estas



creencias de eficacia ocupan un rol mediacional en el funcionamiento humano actuando a modo de filtro entre las habilidades y logros anteriores del ser humano y su conducta subsiguiente (Zeldin, 2000). Para Bandura (1987) estas creencias de eficacia son mejores predictores de la conducta futura que las habilidades, los logros anteriores, o el conocimiento que el sujeto posea de la actividad a realizar, ya que la auto eficacia va a determinar que hace el sujeto con el conocimiento o las habilidades que posee (Valiante, 2000). Sin embargo, un funcionamiento competente requiere tanto precisión en las auto percepciones de eficacia como la posesión de habilidades reales y el conocimiento de la actividad a realizar, así como de los juicios del sujeto acerca de los resultados más probables que una conducta determinada producirá (expectativas de resultados). Todos estos componentes mantienen entre sí relaciones complejas que deben ser consideradas toda vez que se pretenda estudiar la utilidad predictiva de las creencias de auto eficacia.

La teoría social cognoscitiva establece que las personas que tienen un alto sentido de eficacia imaginan recompensas y éxitos, se forjan guías de acción y emplean mayores esfuerzos que otras para hacer frente a los retos. Esas personas generan expectativas de resultados



favorables para sus acciones y cuanto más fuerte es su creencia de auto eficacia, más altas son esas expectativas. Al conjunto de estos atributos y a su funcionamiento activo y dinámico es a lo que esa teoría llama “agencia humana” (28), las creencias de auto eficacia afectan el comportamiento humano de cuatro formas:

Primero, la auto eficacia 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 auto eficacia 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 auto eficacia afecta al comportamiento humano es influyendo sobre los patrones de pensamiento y las reacciones emocionales. Las personas de baja auto eficacia, 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 auto eficacia, por otra parte, brinda una mayor confianza y serenidad en el afrontamiento de tareas difíciles. La auto eficacia 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 auto eficacia 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. La teoría de Alberto Bandura se puede poner en práctica a través del socio drama, radionovelas, historias narradas. Las personas aprenden de las consecuencias positivas o negativas de las acciones de los modelos de comportamientos; la auto eficacia es entonces un pensamiento auto referente que se convierte en un mediador entre el conocimiento de una habilidad y su ejecución, la persona entonces debe sentirse capaz de ejecutar una acción o de adoptar una conducta. (29, 30,31)



2.12. Vygotsky rechaza totalmente los enfoques que reducen la Psicología y el aprendizaje a una simple acumulación de reflejos o asociaciones entre estímulos y respuestas. Existen rasgos específicamente humanos no reducibles a asociaciones, tales como la conciencia y el lenguaje, que no pueden ser ajenos a la Psicología. A diferencia de otras posiciones (Gestalt, Piagetiana), Vygotsky no niega la importancia del aprendizaje asociativo, pero lo considera claramente insuficiente. Vygotsky formula la "ley genética general del desarrollo cultural": Cualquier función presente en el desarrollo cultural del niño, aparece dos veces o en dos planos diferentes. En primer lugar aparece en el plano social, para hacerlo luego en el plano psicológico. En principio aparece entre las personas y como una categoría inter-psicológica, para luego aparecer en el niño (sujeto de aprendizaje) como una categoría intra-psicológica. Al igual que otros autores como Piaget, Vygotsky concebía a la internalización como un proceso donde ciertos aspectos de la estructura de la actividad que se ha realizado en un plano externo pasan a ejecutarse en un plano interno. Vygotsky, afirma que todas las funciones psicológicas superiores son relaciones sociales internalizadas. El concepto Vygotskyano de mediador está más próximo al concepto piagetiano de adaptación como un equilibrio de



asimilación y acomodación que al conductismo mediacional.

Las teorías de Bruner tienen como punto de referencia a Vygotsky y Piaget; el punto de unión más fuerte entre la teoría de Vygotski y la de Bruner, es que, para ambos, la interacción y el diálogo son puntos claves en su teoría. (32)

2.13. ¿Las intervenciones modifican las conductas?

Los estudios considerados de mayor calidad (en evaluación e intervención), se consideran si son de cuatro o más sesiones, muestras grandes y largos períodos de seguimiento para conseguir cambios en la conducta.

Las actitudes también se modifican con las intervenciones, aunque de forma menos intensa que los conocimientos y a veces de forma selectiva en subpoblaciones. Las intervenciones basadas en modelos teóricos comportamentales modifican mejor las actitudes que las que no los mencionan siquiera; cambio de actitudes también parece relacionarse positivamente con el número de sesiones.

La intención de conducta y la auto eficacia se revelan buenas herramientas para la evaluación de resultados Un tamaño muestral superior a 500 individuos la disponibilidad



de datos pre y post intervención, la existencia de grupo control, la equivalencia de grupos, la asignación aleatoria o control en el análisis, el tiempo entre la medida pre y la pos intervención de tres meses o más, la utilización de un modelo teórico de conducta y el número de sesiones superior a cuatro; aseguran la máxima calidad del estudio, cuando éste se refiere a prácticas.

2.13.1. Calidad de la intervención para prevención del VIH/SIDA:

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 auto eficacia.(33,34,35)

Además las intervenciones son de mayor calidad si son dictadas por una persona con experiencia en el campo educativo de prevención, si se cuenta con material de apoyo, si la intervención es interactiva y si la permanencia en el aula es superior a 30 minutos.



Un estudio realizado en Brasil detectó y analizó los obstáculos y dificultades para llevar a cabo consistentemente prácticas de sexo seguro entre jóvenes, como parte de la evaluación de un taller sobre sexualidad y SIDA en una escuela nocturna de Sao Paulo. A través de la construcción y actuación colectiva de “escenas sexuales”, que eran historias reales sobre relaciones sexuales aportadas por los participantes, se hizo evidente que la desigualdad de género es un elemento clave en la imposibilidad de negociar prácticas de sexo seguro. Asimismo, en las condiciones materiales que estructuran las oportunidades de tener relaciones sexuales, como son los encuentros apresurados y clandestinos en lugares públicos y el costo de cada condón (aproximadamente un dólar), el SIDA fue mencionado como uno más de los riesgos que los jóvenes corren cotidianamente. Por otro lado, la descripción que los jóvenes hicieron de los servicios de salud fue sumamente negativa, de modo que no acudían a ellos por temor al estigma, el maltrato y la burla. La evaluación de la “escena sexual” arroja datos positivos como un método que fomenta la conciencia entre algunos grupos sociales, y como medio para que enfrenten y cuestionen las barreras personales y estructurales con las que chocan cuando deciden tener prácticas de sexo seguro.



La importancia de otros costos sociales por encima del temor a la infección por VIH fue documentada también por un estudio cualitativo realizado con jóvenes de Sri Lanka, quienes mostraron mayor preocupación por la pérdida de la virginidad, de posibilidades de matrimonio, por el embarazo y la pérdida de la reputación frente a la familia, que frente al riesgo de infección por VIH, a pesar de tener suficientes conocimientos al respecto. Estas normas culturales parecen haber protegido relativamente a los jóvenes de Sri Lanka pues parecen favorecer actividades no penetrativas vaginales, pero hay evidencias de comportamientos de riesgo que no desafían estos cánones morales como el sexo anal, la utilización de sexo comercial, sexo entre hombres y penetración parcial del pene en la vagina. En todo caso, los tres estudios insisten en la necesidad de que las intervenciones preventivas sean más efectivas que el solo trabajo sobre VIH/SIDA, pues las conductas de riesgo de las poblaciones vulnerables se inscriben en contextos más amplios que las determinan.

Los modelos de información, educación y comunicación difunden y hacen del conocimiento de la población la existencia y los mecanismos de transmisión del VIH, pero en general no han resultado en un cambio de comportamientos de riesgo, pues no existe una relación



unilateral entre conocimiento, creencias y conductas. En una revisión de las estrategias de prevención y control del SIDA en México, Sepúlveda et al afirman que “las campañas masivas no cambian de manera importante los comportamientos, pero son útiles para mantener un estado de alerta y para crear el clima que haga aceptable otro tipo de intervenciones más puntuales y específicas”. Asimismo, los autores aseguran que “es indispensable desarrollar intervenciones que toquen aspectos más profundos de los individuos a los que se quiere llegar”. Estos aspectos profundos implican la comprensión de los contextos de la sexualidad, a nivel emocional, social, cultural y económico.

2.14. Las encuestas CAPs (Conocimientos, actitudes y prácticas) por si solas permiten:

- Establecer un sistema de alerta temprana que advierte los peligros emergentes o cambios en los comportamientos de riesgo.
- Revelar las lagunas en la información y los conocimientos acerca de las ITS y VIH/SIDA que pueden ser cubiertas con intervenciones.
- Identificar segmentos de la población que por su conducta se encuentran especialmente expuestos a contraer las ITS y la infección por el VIH.



- Datos sobre públicos específicos para complementar la información de las encuestas de la población en general.
- Comparaciones y ofrecen un grado de homogenización que suele estar ausente cuando los datos los recopilan una variedad de organismos diferentes.



CAPÍTULO III

3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

3.1. HIPÓTESIS

Los conocimientos sobre ITS y VIH/SIDA, las actitudes inadecuadas y prácticas de riesgo pueden modificarse con una intervención educativa diseñada para el efecto.

3.2. OBJETIVOS

3.2.1. Objetivo General:

- Evaluar y modificar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los estudiantes de la Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación, Escuela de Lengua Inglesa, de la Universidad de Cuenca, sobre ITSs y VIH/SIDA.

3.2.2. Objetivos específicos

- Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los estudiantes de la Universidad de Cuenca, Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación en la Escuela de Lengua y Literatura Inglesa sobre ITS, y auto eficacia 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, Ausubel y Vigotsky para modificar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los estudiantes de la Universidad de Cuenca, Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación en la Escuela de Lengua y Literatura Inglesa sobre ITSs y VIH/SIDA.
- Determinar y comparar los conocimientos, actitudes y prácticas y auto eficacia en prevención del SIDA que tienen los estudiantes de la Universidad de Cuenca, Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación en la Escuela de Lengua y Literatura Inglesa, antes y después de la intervención educativa.



CAPÍTULO IV

4. METODOLOGÍA

Esta investigación tuvo como propósito determinar la modificación de los conocimientos, actitudes y prácticas de las Infecciones de Transmisión sexual y SIDA de los estudiantes de la Universidad de Cuenca, Facultad de Filosofía, letras y ciencias de la educación en la escuela de Filosofía y Lengua Inglesa luego de realizar la intervención educativa y del post Caps.

4.1 Tipo de Estudio

Se realizó un estudio cuasiexperimental sin grupo control, sobre los Conocimientos, actitudes y prácticas de los estudiantes de la escuela de Lengua Inglesa, Facultad de Filosofía, letras y ciencias de la educación de la Universidad de Cuenca ante las ITSs y VIH/SIDA.

4.2 Universo y Muestra

El universo estuvo comprendido por los estudiantes de la Escuela de Lengua y Literatura Inglesa, que al momento suman 190.



La muestra fue escogida al azar, se realizaron los cálculos pertinentes en el programa EpiInfo Version 6; utilizando la siguiente fórmula:

$$S = Z * Z [P(P-1) D * D]$$

Z= Puntuación Stándar (2.57)

P= Porcentaje de desconocimiento.

D= Error Aceptable (5%)

Los datos utilizados fueron:

Universo: Estudiantes de la Escuela de Lengua y Literatura Inglesa, que al momento suman 190.

Prevalencia: 10%

Intervalo de confianza: 99.99 %

```

EpiInfo Version 6          Statcalc          November 1993
Population Survey or Descriptive Study Using Random <Not Cluster> Sampling

Population Size      :          191
Expected Frequency  :          10.00 %
Worst Acceptable    :          0.05 %
Confidence Level    :
-----
      80 %              14
      90 %              22
      95 %              30
      99 %              46
      99.9 %           65
      99.99 %          80

Change value of Population, Frequency, or Worst Acceptable to recalculate.

```

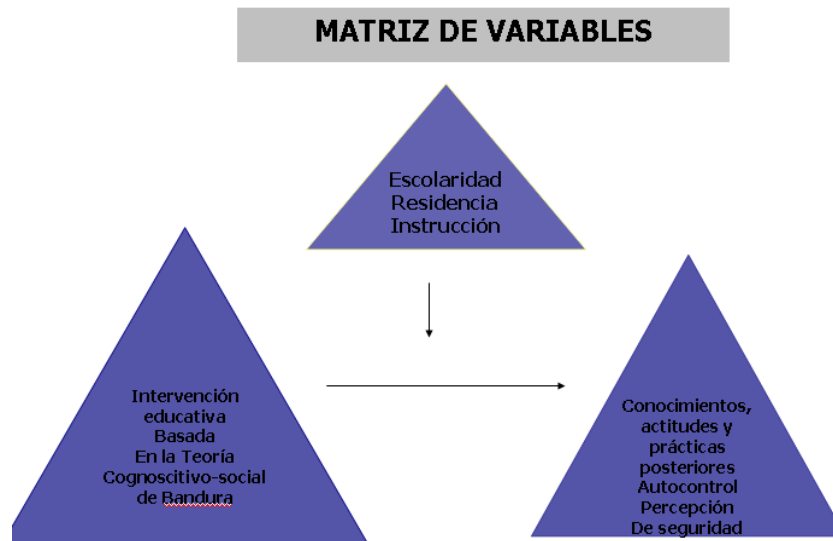


Según los resultados obtenidos para nuestro estudio se trabajó con 80 estudiantes de la Escuela de Filosofía y Lengua Inglesa, de la Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la educación de la Universidad de Cuenca.

4.3 Descripción del Área de Estudio

Este estudio se realizó en los estudiantes de la Escuela Lengua y Literatura Inglesa de la Universidad de Cuenca, Facultad de Filosofía, letras y ciencias de la educación (la Facultad Filosofía, letras y Ciencias de la Educación se encuentra en el edificio principal de la Universidad de Cuenca, ubicado en la Av. 12 de Abril s/n Ciudadela Universitaria, telf.2831688, cuyos principales fines son apoyar, producir, capacitar, fortalecer, impulsar y colaborar en la creación y producción de recursos educativos vinculados con la tecnología educativa y audiovisual para que sirvan como ayuda a las tareas que tienen los organismos académicos de la facultad.).

4. 4 Plan de Análisis



4.4.1 Operacionalización de las variables (Ver Anexo 5)

4.5 Procedimientos, Técnicas e Instrumentos.

4.5.1 Procedimientos

- **Solicitud de permiso a las autoridades:**

En el mes de Enero se solicitó el permiso correspondiente a las autoridades tanto de la Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de La Educación de la Ciudad de Cuenca así como también a las autoridades de la Escuela de Lengua y Literatura Inglesa de Cuenca, pertenecientes a la Universidad Estatal de Cuenca.



Las autoridades concedieron el permiso para la realización de la intervención educativa con la condición de que todos los estudiantes reciban dicha intervención, pues consideraban urgente la instrucción a los jóvenes. Los estudiantes citados no tienen comunicación entre ellos lo que eliminó la posibilidad de contaminación en la evaluación luego de la intervención.

4.5.2 Descripción de los Instrumentos de medición

Se utilizaron dos instrumentos de medición:

4.5.2.1.El primer instrumento: es 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.(Ver Anexo 1)

4.5.2.2. 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.

4.5.2.3. El segundo instrumento: Corresponde a la escala de auto eficacia 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.

4.5.2.4. Validación del segundo instrumento:

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

Los autores mexicanos validaron por una confiabilidad de ST, por la α 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.



4.6. Descripción del Cuestionario (Ver Anexo I)

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

4.6.1. Secciones del cuestionario. Las secciones del cuestionario aplicado a los estudiantes de la Escuela de Lengua y Literatura Inglesa fueron los siguientes:

Sección I

Identificación del cuestionario

Sección II

Variables sociodemográficas del encuestado

Sección III

Preguntas de conocimientos sobre ITSs

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 ITSs; cada pregunta como puede constatarse en el anexo I 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 auto eficacia para prevenir el SIDA, recoge preguntas de intención.

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

Variables de conocimientos:

- Infecciones de transmisión sexual que conoce
- Transmisión de estas infecciones
- Manifestaciones clínicas de las ITS
- Curación de las ITS/VIH/SIDA

Variables de 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

Variables de prácticas

- Parejas en los 12 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.

Estas variables sobre conocimientos, actitudes y prácticas fueron evaluadas según una escala de puntuación:

- Con las variables que van 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 (ver clave de calificación).
- Con las variables que van 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 (Anexos).

4.6.3. Puntuación final de las variables del primer instrumento

Variables de conocimiento

- Buena cuando los puntos alcanzados entre 8 y 11 puntos
- Regular entre 7.8 y 5 puntos
- Mala por debajo de 5 puntos.

Variables de 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 dos meses de la intervención educativa.

Variables de prácticas

- Buena de 0 a 4 puntos
- Regular de 5 a 6.9 puntos
- Mala de 7 a 10 puntos.

Las variables de prácticas deben ser evaluadas luego de mínimo tres meses luego de la intervención, en el presente estudio se evaluaron las prácticas a los dos meses debido a las dificultades presentadas: por el cambio de ciclo de los estudiantes

4.6.4. La sección VI del formulario:

Correspondió a la escala de auto eficacia, 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 novia 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.

4. 7. Como se procedió a recolectar los datos:

El cuestionario fue llenado por los estudiantes antes de la intervención educativa y 3 meses después de la misma, la aplicación fue directa con la presencia de la investigadora, lo que facilitó responder dudas y aclarar las preguntas del cuestionario. El tiempo en responder fue de aproximadamente 60 minutos; Intervención se inició la segunda semana del mes de marzo. La recolección de la información se realizó a través de un cuestionario que se diseñó para esta investigación y que aclara brevemente al encuestado los objetivos de la investigación previamente se le pidió, al encuestado, su consentimiento informado para participar en el mismo, que implicó su autorización formal a través de su firma.



4.8. De la intervención educativa:

La intervención educativa se realizó en cada una de las respectivas aulas de la Escuela de Lengua y Literatura Inglesa de la Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación, se programaron seis sesiones con duración de una hora cada una. Las charlas fueron interactivas con la participación de los estudiantes, quienes podían exponer sus dudas.

Para las sesiones el total de estudiantes fue de (n=80) de la Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación, Escuela de Lengua y Literatura Inglesa de la ciudad de Cuenca.

4.8.1 Las cuatro primeras sesiones consistieron en:

- Analizar la definición de sexualidad sana, abarcando los conceptos de la OMS, una descripción de la anatomía genital masculina y femenina: presentación en power point.
- Descripción de las ITS con signos, síntomas: presentación en power point
- Prevención de las ITS: el uso correcto del preservativo, fidelidad y abstinencia: presentación en power point.
- Exposición de un video



4.8.2 Las dos sesiones últimas 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.

A los quince minutos el expositor de cada grupo leyó el análisis que hizo el grupo y las conclusiones a las que cada grupo llegó.

El análisis de las historias narradas permitió, a los participantes expresar como manejarían las situaciones presentadas en las historias; a manera de ensayos cognitivos con el fin de fortalecer la auto eficacia.

Al finalizar la sexta sesión se entregó a cada uno de los estudiantes un manual de las ITSs elaborado por la autora (leer folleto impreso adjunto y ver CD adjunto).

4.8.3 Materiales utilizados:

✚ Esferográficos

✚ Las charlas se expusieron con la ayuda del computador y un proyector InFocus para las presentaciones en power point. Ver información en CD adjunto.

✚ Videos



- ✚ Fotocopias de dos historias narradas
- ✚ Manual de prevención de las ITSs

En cada sesión estuvieron presentes los respectivos Profesores quienes mantuvieron la disciplina de los estudiantes, durante todo el proceso de la intervención.

Los equipos, el InFocus y computador fueron facilitados por la Facultad de Ciencias Medicas, Escuela de Medicina.

Se aplicó el mismo cuestionario a los 2 meses de realizada la intervención educativa.

4.9. Análisis Estadístico:

La información fue recolectada en el cuestionario (Anexos), con la misma se elaboró la base de datos en el programa SPSS 11.5 para windows.

Se realizó contraste de hipótesis Pre intervención y Pos intervención por medio de la prueba T para muestras independientes de conocimientos, actitudes y prácticas.

Se aplicó además la prueba Chi cuadrado para el instrumento de conocimientos, actitudes y prácticas.

Los cuadros y gráficos se realizaron en el programa Excel.



4.10. Normas éticas

Se guardó cuidado en el procedimiento ético solicitando a los estudiantes que llenaran y firmaran el documento de consentimiento informado. (Anexos)

4.11. Recursos humanos y técnicos

Se contó con el permiso y la colaboración correspondiente de la Universidad de Cuenca, previa una solicitud realizada en el mes de Enero.

Los profesores a cargo de los grupos estuvieron presentes en las sesiones y durante la encuesta directa.



CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

El estudio se realizó en 160 estudiantes de la Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación de la ciudad de la Universidad de Cuenca que constituyó el grupo de intervención.

5.1 TABLA BASE

Se elaboró una tabla base tomando en cuenta las variables sociodemográficas en las que se puede apreciar que la edad de la mayoría de los estudiantes que participaron en este estudio está entre los 20 a 25 años con el 86.3%, de estos el género femenino es el mayoritario con 82.5 %, siendo solteros el 80.0%, de religión católica el 76.3%, y proceden del área urbana el 80.0%.(Ver Cuadro N°1)



Cuadro N°1
Distribución de 80 estudiantes de la Facultad de
Filosofía en la Escuela de Lengua y Literatura Inglesa
según variables demográficas de la ciudad de Cuenca-
2009.

CODIGO	FRECUENCIA	PORCENTAJES
GRUPOS DE EDAD		
20 a 25 años	69	86.3%
mayor de 25	11	13.8%
Total	80	100.0%
GENERO		
Femenino	66	82.5%
Masculino	14	17.5%
Total	80	100.0%
ESTADO CIVIL		
Soltero	64	80.0%
Casado	12	15.0%
Divorciado	1	1.3%
Unión libre	3	3.8%
Total	80	100.0%
RELIGIÓN		
Católica	61	76.3%
Evangélica	7	8.8%
T. de Jehova	3	3.8%
Otros	9	11.3%
Total	80	100%
PROCEDENCIA		
Urbano	64	80.0%
Rural	16	20.0%
Total	80	100.0%

Fuente: Formulario de investigación

Elaboración: Autores.



5.2. Resultados antes y después de la intervención educativa:

En cuanto a nuestros resultados, se pudo apreciar una elevación significativa de los conocimientos sobre condilomas con un valor en la pre intervención del 3.8% al 28.8% en la pos intervención, herpes del 80% al 91.3%, sida del 96.3 al 98.8%, tricomoniasis del 11.3% al 33.8%, y clamidiasis del 6.3% al 22.5% después de la intervención educativa.

En cuanto a la forma de contagio sin penetración se observó una elevación significativa de sus conocimientos del 81.3% al 92.5%.

Con respecto al conocimiento de los síntomas de las ITS, se observó una elevación significativa de los siguientes síntomas: dolor en el vientre bajo del 13.8% al 52.5%, secreción por los genitales del 68.8% al 87.55, verrugas en los genitales del 66.35 al 83.8% , manchas en la piel del 56.3% al 63.8% e inflamación en los ganglios del 50% al 62.5% luego de la intervención educativa.(ver Cuadro N°2)



Cuadro N° 2

Conocimientos de 80 estudiantes de la Facultad de Filosofía en la Escuela de Lengua y Literatura Inglesa de la ciudad de Cuenca sobre ITS y VIH-SIDA antes y después de la intervención educativa- 2009.

CONOCIMIENTOS	PREINTERVENCION	POSTINTERVENCION	VALOR P
	N=80	ON N=80	
	Nº %	Nº %	
CONDILOMAS	3 (3.8)	23 (28.8)	0.000
HERPES	64 (80.0)	73 (91.3)	0.043
SÍFILIS	56 (70.0)	72 (90.0)	0.002
SIDA	77 (96.3)	79 (98.8)	0.311
GONORREA	61(76.3)	68 (85.0)	0.161
TRICOMONIASIS	9(11.3)	27 (33.8)	0.001
CLAMIDIASIS	5(6.3)	18 (22.5)	0.003
OTRAS	5(6.3)	3 (3.8)	0.468
SIN PENETRACIÓN	65(81.3)	74 (92.5)	0.035
CON PENETRACIÓN	72(90.0)	77 (96.3)	0.118
TRASFUSIÓN	72(90.0)	76 (95.0)	0.230
MADRE INFECTADA	72(90.0)	67 (83.8)	0.242
BESO O SUDOR	5(6.3)	4 (5.0)	0.732
OTRAS	18(22.5)	5 (6.3)	0.003
DOLOR EN VIENTRE BAJO	11(13.8)	42 (52.5)	0.000
SECRECIÓN POR LOS GWENITALES	55(68.8)	70 (87.5)	0.004
VERRUGAS EN LOS GENITALES	53(66.3)	67 (83.8)	0.011
MANCHAS EN LA PIEL	45(56.3)	51 (63.8)	0.333
INFLAMACIÓN EN LOS GANGLIOS	40(50.0)	50 (62.5)	0.111
OTRAS	18 (22.5)	11 (13.8)	0.151
SÍFILIS	53 (66.3)	63 (78.8)	0.077
CONDILOMA	25 (31.3)	33 (41.3)	0.188
BLNORRAGIA	50 (62.5)	65 (81.3)	0.008
CLAMIDIASIS	24 (30.0)	47 (58.8)	0.000
SIDA	1 (1.3)	0 (0)	0.316
TRICOMONIASIS	27 (33.8)	31 (38.8)	0.511

Fuente: Formulario de investigación

Elaboración: Autores



Con respecto a las actitudes se observó una mejoría de la actitud de los estudiantes al acudir a un hospital, médico, decir que es propio de la edad. ($p < 0.05$) (Ver Cuadro N°3)



Cuadro N° 3

Actitudes de 80 estudiantes de la Facultad de Filosofía en la Escuela de Lengua y Literatura Inglesa sobre ITS y VIH-SIDA antes y después de la intervención educativa de la ciudad de Cuenca-2009.

ACTITUDES	PREINTERVENCION	POSTINTERVENCION	VALOR P
	N=80	N=80	
	Nº %	Nº %	
HOSPITAL	53 (66.3)	71 (88.8)	0.001
MÉDICO	51 (66.8)	67 (83.8)	0.004
FARMACIA	6 (7.5)	6 (7.5)	1.000
AMIGO	12 (15.0)	18 (22.5)	0.224
PADRES	56 (70.0)	65 (81.3)	0.097
OTRAS	15 (18.8)	2 (2.5)	0.001
ALEJARSE	2 (2.5)	2 (2.5)	1.000
LO AYUDARÍA	58 (72.5)	60 (75.0)	0.719
APRENDIO	2 (2.5)	1 (1.3)	0.560
EDAD	4 (5.0)	0 (0)	0.043
MÉDICO	71 (88.8)	76 (95.0)	0.148
CONOCIMIENTOS	76 (95)	72 (90.0)	0.230
NO RELACIONES	29 (36.3)	24 (30.0)	0.401
FIDELIDAD	69 (86.3)	70 (87.5)	0.815
ESCOGER	56 (70.0)	56 (70.0)	1.000
CONDON	64 (80.0)	69 (86.3)	0.291
SIN	13 (16.3)	7 (8.8)	0.151
PENETRACIÓN			
CONDÓN	66 (82.5)	72 (90.0)	0.168
LAVARSE LOS	39 (48.8)	51 (63.8)	0.056
GENTALES			
MÉDICO	64 (80.0)	62 (77.5)	0.669
NO RELACIONES	61 (76.3)	52 (65.0)	0.118
CON			
DESCONOCIDOS			

Fuente: Formulario de investigación

Elaboración: Autores



En cuanto las prácticas del grupo intervenido, se observó una mejor percepción de mantener relaciones con personas del sexo contrario, con coito genital, el uso habitual del preservativo, de mantener relaciones con desconocidos, y el uso del condón en relaciones fortuitas. (Ver Cuadro N° 4)



Cuadro N° 4

Prácticas de 80 estudiantes de la Facultad de Filosofía en la Escuela de Lengua y Literatura Inglesa sobre ITS y VIH-SIDA antes y después de la intervención educativa de la ciudad de Cuenca - 2009.

PRÁCTICAS	RECUENTO	PREINTERVENCIÓN N° 80		POSTINTERVENCIÓN N° 80		VALOR P
		N°	%	N°	%	
CUANTAS PERSONAS						
	1	38	95.0	43	89.6	0.533
	2	2	5.0	4	8.3	
	3	0	0	1	2.1	
MISMO SEXO		2	2.5	4	5.0	0.405
SEXO CONTRARIO		40	50.0	52	65.0	0.055
AMBOS SEXOS	0	80	100.0	80	100.0	
SEXO ORAL		12	15.0	14	17.5	0.668
SEXO ANAL		8	10.0	9	11.3	0.798
COITO GENITAL		38	47.5	54	67.5	0.011
PADECIO ITS		2	2.5	5	6.3	0.246
CONVERSA CON SU PAREJA		42	52.5	44	55.7	0.686
RELACIONES SEXUALES EN EMBRIAGUEZ		7	8.8	13	16.3	0.151
USO HABITUAL DEL CONDÓN	SIEMPRE	9	20.0	19	32.2	0.016
	OCASIONAL	15	33.3	28	47.5	
	NUNCA	21	46.7	12	20.3	
RELACIONES SEXUALES CON DESCONOCIDOS		2	2.5	11	13.8	0.009
UTILIZA CONDÓN EN RELACIONES FORTUITAS	SIEMPRE	8	17.0	26	54.2	0.000
	OCASIONAL	7	14.9	8	16.7	
	NUNCA	32	68.1	14	29.2	

Fuente: Formulario de investigación

Elaboración: Autores



5.3. Modificación de los conocimientos, actitudes y prácticas antes y después de la intervención educativa. Prueba T para muestras relacionadas

Variables de conocimientos

Pregunta 7: Variable de reconocimiento de ITS.

En el grupo de estudiantes intervenidos, se encontró un valor de p de 0,000, siendo un valor estadísticamente significativo, motivo por el cual se puede apreciar una variación después de la intervención educativa en conocimientos sobre ITS: condiloma, herpes, sífilis, SIDA, gonorrea, tricomoniasis, y clamidiasis,

El valor de la media obtenida en la pre intervención fue de 5.93 ± 2.27 y en la pos intervención la p obtenida fue de 7.35 ± 1.86 en la pos intervención. Por lo tanto se puede mencionar un mayor conocimiento del reconocimiento de ITS: condiloma, herpes, sífilis, SIDA, gonorrea, tricomoniasis, y clamidiasis, por parte del grupo de estudiantes intervenidos. (Ver Cuadro N° 5)

Pregunta 8: Variable Conocimiento sobre la formas transmisión de las ITS



En el grupo de estudiantes intervenidos, se encontró un valor de p de 0,700, siendo un valor no estadísticamente significativo,

El valor de la media obtenida en la pre intervención fue de 9.86 ± 2.44 y 10 ± 1.77 en la pos intervención, demostrándose así un incremento en los conocimientos. (Ver Cuadro N° 5)

Pregunta 9: Variable de conocimiento sobre las manifestaciones de ITS.

En el grupo intervenido, se encontró un valor de p de 0.001, siendo estadísticamente significativo para los conocimientos sobre las manifestaciones clínicas de ITS, los cuales variaron después de la intervención.

Antes de la intervención, se obtuvo una media de 4.81 ± 2.40 y después de la misma, la media fue de 6.09 ± 1.87 , ITS, lo cual indica una ganancia de conocimientos en el reconocimiento de los síntomas de las ITS. (Ver Cuadro N° 5)

Pregunta 10: Variable son curables o no las ITS

En la variable de conocimientos evaluada, se obtuvo un valor de p de 0.004, cifra estadísticamente significativa para el estudio; además se obtuvo una media en la pre intervención de 5.90 ± 2.66 y de 7.16 ± 1.97 en la pos



intervención, pudiéndose observar un ascenso significativo en la variable de conocimiento sobre curación de las ITS en el grupo intervenido. (Ver Cuadro N° 5)

Cuadro N° 5

Conocimientos de 80 estudiantes de la Facultad de Filosofía en la Escuela de Lengua y Literatura Inglesa de la ciudad de Cuenca sobre ITS y VIH-SIDA antes y después de la intervención educativa- 2009.

CONOCIMIENTOS	PREINTERVENCIÓN	POSTINTERVENCIÓN	VALOR
	X± DS	X± DS	P
Calificación 7	5.93 (2.27)	7.35 (1.86)	0.000
Calificación 8	9.86 (2.44)	10.00 (1.77)	0.700
Calificación 9	4.81 (2.40)	6.09 (1.87)	0.001
Calificación 10	5.90 (2.66)	7.16 (1.97)	0.004

Fuente: Formulario de investigación

Elaboración: Autores



Variables actitudes

Pregunta 11: Variable de actitud ante un amigo que padeciera una ITS a donde le recomendaría acudir.

En el grupo intervenido, se encontró un valor de p de 0,000, es decir que existe significancia estadística en la actitud de las personas ante un problema de ITS, los cuales variaron después de la intervención; obteniéndose así; antes de la intervención, una media de 5.92 ± 2.34 y de 7.45 ± 2.20 después de la misma. (Ver Cuadro N° 6)

Pregunta 12: Variable de actitud ante un amigo con una ITS

El valor de p en el estudio fue de 0.100 es decir que no existe significancia estadística en la actitud que tomarían los alumnos ante un amigo que se encontrara con una ITS. El promedio fue de 8.02 ± 2.39 antes de la intervención y de 8.55 ± 2.15 después de la intervención. (Ver Cuadro N° 6)

Pregunta 13: Variable de actitud de consejo a un amigo para no infectarse con una ITS.

El valor de p fue de 0.848, valor estadísticamente significativo, es decir que no existe una buena actitud de



los estudiantes para aconsejar a un amigo que este con ITS.

En el grupo intervenido se encontró un promedio de 6.63 ± 2.32 antes de la intervención y de 6.70 ± 1.86 después de la intervención. (Ver Cuadro N°6)

Pregunta 14: Variable de actitud; consejo a un amigo que tiene relaciones sexuales con desconocidos

El valor de p fue de 0.781; es decir que no existe significancia estadística antes y después de la intervención.

El promedio antes de la intervención fue de 7.35 ± 2.72 y de 7.47 ± 2.46 después de la intervención. (Ver Cuadro N°6)

Cuadro N° 6

Actitudes de 80 estudiantes de la Facultad de Filosofía en la Escuela de Lengua y Literatura Inglesa de la ciudad de Cuenca sobre ITS y VIH-SIDA antes y después de la intervención educativa- 2009.

ACTITUDES	PREINTERVENCIÓN	POSTINTERVENCIÓN	VALOR P
	X± DS	X± DS	
Calificación 11	5.92 (2.34)	7.45 (2.20)	0.000
Calificación 12	8.02 (2.39)	8.55 (2.15)	0.100
Calificación 13	6.63 (2.32)	6.70 (1.86)	0.848
Calificación 14	7.35 (2.72)	7.47 (2.46)	0.781

Fuente: Formulario de investigación

Elaboración: Autores



Variables de prácticas

Pregunta 17: Variable de práctica. Número de personas con las que ha tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses.

El valor obtenido para p fue de 0.374, por lo tanto no existe significancia estadística antes y después de la intervención, es decir en lugar de disminuir a aumentado el número de personas con las que tienen relaciones sexuales.

El promedio antes de la intervención fue de 4.12 ± 0.48 y después de la intervención de $4,30 \pm 1,13$ en el grupo intervenido. (Ver Cuadro N°7)

Pregunta 18: Variable de práctica: Relaciones heterosexuales, bisexuales, homosexuales

Se puede apreciar que no existe significancia estadística en esta pregunta ya que el valor de p es de 0.633 antes y después de la intervención.

La calificación promedio fue de 4.43 ± 1.58 , antes de la intervención y de 4.24 ± 1.85 después de la intervención. (Ver Cuadro N°7)

Pregunta 19: Variable de práctica. Hábito sexual

No existe significancia estadística antes y después de la intervención pues el valor obtenido de p fue de 0.228, es



decir que el hábito sexual (coito genital, sexo oral, sexo genital) de los intervenidos no ha variado en 3 últimos meses.

La calificación promedio antes de la intervención fue de 6.43 ± 5.04 y de 5.58 ± 4.31 después de la intervención. (Ver Cuadro N°7)

Pregunta 23: Variable de práctica. Utilización del condón en las relaciones habituales con la pareja. Comportamiento sexual y uso de preservativo en adolescentes.

El valor de p fue de 0.057 es decir no existe significancia estadística Antes de la intervención el promedio fue de 6.48 ± 1.53 y después de la intervención fue de 5.90 ± 1.41 . (Ver Cuadro N°7)

Pregunta 26: Variable de práctica. Utilización de preservativo en relaciones fortuitas.

En este punto de la evaluación, se puede apreciar que el valor de p es de 0.001 antes y después de la intervención, valor que es estadísticamente significativo en nuestro estudio.

El promedio de calificación fue de 8.00 ± 2.57 antes de la intervención y de 6.33 ± 2.73 después de la misma. Es decir que en lugar de aumentar las relaciones sexuales con desconocidos, dicha actitud disminuyó. (Ver Cuadro N°7)



En las preguntas 20,21, 22, y 25 fueron evaluadas pero no calificadas.

Cuadro N° 7

Prácticas de 80 estudiantes de la Facultad de Filosofía en la Escuela de Lengua y Literatura Inglesa de la ciudad de Cuenca sobre ITS y VIH-SIDA antes y después de la intervención educativa- 2009.

PRACTICAS	PREINTERVENCIÓN	POSTINTERVENCIÓN	VALOR P
	X± DS	X± DS	
Calificación 17	4.12 (0.48)	4.30 (1.13)	0.374
Calificación 18	4.43 (1.58)	4.24 (1.85)	0.633
Calificación 19	6.43 (5.049)	5.58 (4.31)	0.228
Calificación 23	6.48 (1.53)	5.90 (1.41)	0.057
Calificación 26	8.00 (2.57)	6.33 (2.73)	0.001

Fuente: Formulario de investigación

Elaboración: Autores



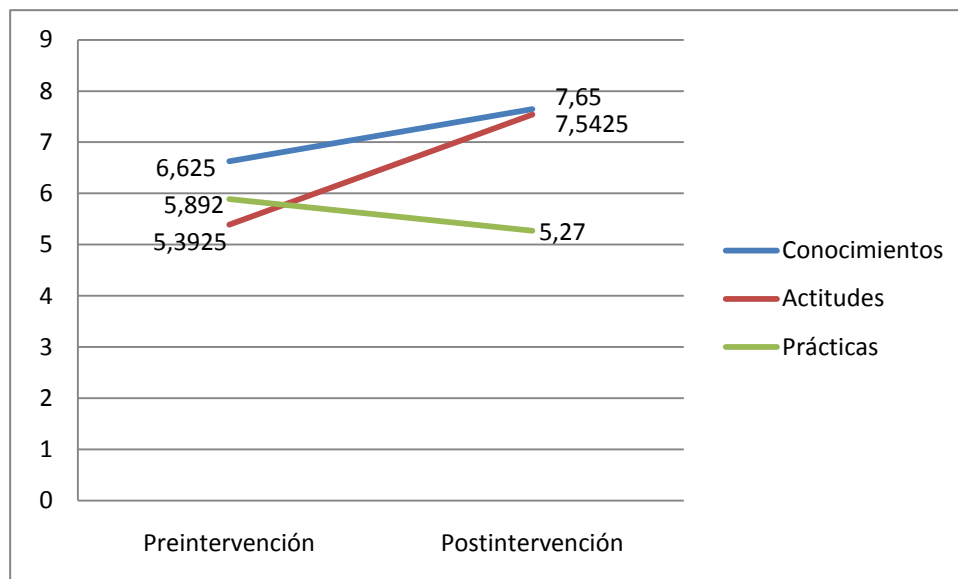
GRÁFICO N° 1

En el presente gráfico podemos observar que las actitudes y los conocimientos de los estudiantes han aumentado de manera considerable, y a pesar que la disminución de las prácticas no tiene significancia estadística si es representativo de manera porcentual, es decir que la intervención realizada influyó positivamente en los estudiantes.(Ver Gráfico N° 1)



GRAFICO N° 1

Modificación de los Conocimientos, Actitudes y Prácticas, Sobre Infección de Transmisión Sexual, antes y después de La Intervención de Los Estudiantes del Primero, Tercer y Quinto ciclo de la Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación, Escuela de Lengua y Literatura Inglesa



Fuente: Formulario de investigación

Elaboración: Autores



5.4. Escala de Auto eficacia para prevenir el VIH/SIDA

Subescala A

La subescala A contiene preguntas que van de A1 a la pregunta A11; se refieren al nivel de seguridad de decir NO a las relaciones sexuales en diferentes circunstancias. Se tomó en cuenta la mayor seguridad; es decir muy seguro o totalmente seguro. En nuestro estudio los valores no demuestran significancia estadística, pero se puede apreciar cambios entre la pre intervención y pos intervención de la seguridad de los estudiantes encuestados; con respecto a decir no a tener relaciones sexuales con alguien con quien ya se ha tenido un contacto sexual previo con un valor en la pre intervención de 41(51,3%), y 45(56.3% en la pos intervención.

A pesar de las sesiones educativas no se logró el nivel de seguridad, es decir un alto porcentaje de estudiantes baja capacidad de autocontrol en el momento de decidir tener una relación sexual.



Cuadro N° 8

Auto eficacia de 80 estudiantes de la Facultad de Filosofía en la Escuela de Lengua y Literatura Inglesa medida por el nivel de mayor seguridad, Subescala A antes y después de la intervención, Cuenca- 2009

CAPACIDAD DE DECIR NO ANTE:	PREINTERVENCIÓN N° 80	POSTINTERVENCIÓN N° 80	VALOR P
Conocido hace 30 días	70 (87.5 %)	65 (81.3%)	0.276
Alguien cuya historia sexual desconocida para ti	74 (92.5%)	64 (80.0%)	0.022
Alguien cuya historia de drogas desconocida para ti	76 (95.0%)	67 (83.8%)	0.021
Alguien a quien has tratado con anterioridad	57 (71.3%)	51 (63.8%)	0.311
Alguien a quien deseas tratar de nuevo	62 (77.5%)	55 (68.8%)	0.212
Alguien con quien ya has tenido relaciones sexuales	41 (51.3%)	45 (56.3%)	0.526
Alguien a quien necesitas que se enamore de ti	64 (80.0%)	62 (77.5%)	0.699
Alguien que te presiona a tener relaciones sexuales	72(90.0%)	66 (82.5%)	0.168
Alguien con quien has estado bebiendo alcohol	68 (85.0%)	61 (76.3%)	0.161
Alguien con quien has estado utilizando drogas	69 (86.3%)	68 (85%)	0.822
Alguien y tu nivel de excitación sexual es muy alto	54 (67.5%)	51 (63.8%)	0.618

Fuente: Formulario de investigación

Elaboración: Autores



Subescala B

La subescala B contiene preguntas que hacen referencia a la seguridad percibida de preguntar al novio/novia sobre relaciones sexuales anteriores, uso de drogas, experiencia homosexual y discutir sobre el SIDA. Consta de 4 preguntas y se tomó en cuenta la seguridad (muy seguro y totalmente seguro); con respecto a las preguntas que reflejan capacidad individual de auto cuidado de la salud en el plano de la salud sexual encontramos que un alto porcentaje de los estudiantes no tiene confianza con su pareja a excepción de la capacidad de discutir sobre la prevención del VIH/SIDA que en la pre intervención fue de 78.8% y en la pos intervención de 92.5% con significativa estadística 0.013.



Cuadro N° 9

Auto eficacia de 80 estudiantes de la Facultad de Filosofía en la Escuela de Lengua y Literatura Inglesa medida por el nivel de mayor seguridad, subescala B antes y después de la intervención, Cuenca- 2009

CAPACIDAD DE:	PREINTERVENCIÓN N° 80	POSTINTERVENCIÓN N° 80	VALOR P
PREGUNTAR A TU NOVIO/A SI SE HA INYECTADO ALGUNA DROGA?	74 (92.5 %)	66 (82.5%)	0.056
DISCUTIR SOBRE LA PREVENCIÓN DEL SIDA CON TU NOVIO/A	63 (78.8%)	74 (92.5%)	0.013
PREGUNTAR A TU NOVIO/A SOBRE SUS RELACIONES SEXUALES TENIDAS EN EL PASADO?	65 (81.3%)	60 (75.0%)	0.339
PREGUNTAR A TU NOVIO/A SI HA TENIDO ALGUNA EXPERIENCIA HOMOSEXUAL?	54 (67.5%)	56(70.0%)	0.733

Fuente: Formulario de investigación

Elaboración: Autores



Subescala C

Las preguntas de la subescala C recoge el nivel de seguridad del uso del preservativo al momento de mantener relaciones, mantener fidelidad con la pareja, abstinencia sexual, y confianza con los padres. Encontramos que la intención individual del uso correcto del preservativo se elevó del 63.8% en la pre intervención al 82.5% en la pos intervención, siendo estos resultados significativos para nuestro estudio con un valor de p de 0.007.

La auto eficacia medida a través de las preguntas sobre usar el condón durante el acto sexual después de que has estado bebiendo alcohol, después de que has estado consumiendo o utilizando alguna droga, negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón, y contar siempre con dinero suficiente para comprar condones, presentan cambios luego de la intervención educativa a pesar de que estos no son significativos.



Cuadro N° 10

Auto eficacia de 80 estudiantes de la Facultad de Filosofía en la Escuela de Lengua y Literatura Inglesa medida por el nivel de mayor seguridad, subescala C antes y después de la intervención, Cuenca- 2009

CAPACIDAD DE:	PREINTERVENCIÓN N° 80	POSTINTERVENCIÓN N° 80	VALOR P
USAR EL CONDÓN CADA VEZ QUE TENGAS RELACIONES SEXUALES?	60 (75.0 %)	57 (71.3%)	0.593
USAR CORRECTAMENTE EL CONDÓN	51 (63.8%)	66 (82.5%)	0.007
USAR EL CONDÓN DURANTE EL ACTO SEXUAL DESPUÉS DE QUE HAS ESTADO BEBIENDO ALCOHOL?	51 (63.8%)	54 (67.5%)	0.618
USAR EL CONDÓN DURANTE EL ACTO SEXUAL DESPUÉS DE QUE HAS ESTADO CONSUMIENDO O UTILIZANDO ALGUNA DROGA?	47 (58.8%)	49 (61.3%)	0.747
INSISTIR EN EL USO DEL CONDÓN DURANTE EL ACTO SEXUAL INCLUSO SI TU NOVIO/A PREFIERE NO USARLO?	62 (77.5%)	63 (78.8%)	0.848
NEGARTE A TENER RELACIONES SEXUALES SI TU PAREJA NO ACEPTA USAR EL CONDÓN?	55 (68.8%)	61 (76.3%)	0.288
CONTAR SIEMPRE CON DINERO SUFICIENTE PARA COMPRAR CONDOMES?	51 (63.8%)	59 (73.8%)	0.172
MANTENER RELACIONES SEXUALES CON UNA SOLA PERSONA PARA TODA LA VIDA?	56(70.0%)	54 (67.5%)	0.733
PLATICAR CON TU PAPÁ SOBRE TEMAS SEXUALES	34(6.3%)	39 (48.8%)	0.752
PLATICAR CON TU MAMÁ SOBRE TEMAS SEXUALES	40 (50.0%)	43 (53.8%)	0.635

Fuente: Formulario de investigación

Elaboración: Autores



5.5. Muestra de T relacionada para Auto eficacia sobre VIH/SIDA

En la medición de seguridad sobre actitudes, conocimientos y prácticas, los resultados obtenidos en nuestro estudio no fueron significativos, después de la intervención.(Ver Cuadro N°11)

Cuadro N° 11

Auto eficacia de 80 estudiantes de la Facultad de Filosofía en la Escuela de Lengua y Literatura Inglesa medida por el nivel de mayor seguridad antes de la intervención y después de la intervención educativa. Cuenca 2009.

	PREINTERVENCIÓN		POSTINTERVENCIÓN		VALOR P
	X± DS		X± DS		
ESCALA A	8.88	2.80	8.07	3.65	0.088
ESCALA B	3.33	0.92	3.15	1.36	0.281
ESCALA C	7.72	3.24	8.27	3.54	0.211

Fuente: Formulario de investigación

Elaboración: Autores



CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

Las ITS son una de las principales causas de enfermedad aguda, infertilidad, discapacidad y muerte, con consecuencias psicológicas y médicas graves para millones de hombres, mujeres y niños más si consideramos que potencialmente favorecen a la transmisión del VIH; a nivel mundial se realiza actualmente un gran esfuerzo para prevenir las ITS. La OMS y ONUSIDA consideran que la vigilancia de las ITS es un componente clave de los sistemas de vigilancia de VIH y el SIDA de segunda generación. (36)

El uso del preservativo, la abstinencia sexual y la fidelidad son los métodos para prevenir las ITS y VIH/SIDA. La administración de preservativos durante las campañas de prevención es una forma de incentivar a la población su uso y así prevenir las ITS. (16) Nuestro estudio a través de la intervención educativa con el respaldo teórico de Vigotsky, Bandura y Ausubel trata de transmitir los conocimientos para una adecuada prevención de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA y modificar conductas e incrementar la auto eficacia de los estudiantes de la Escuela de Lengua y Literatura Inglesa.



En nuestro estudio el 86.3% de los estudiantes están entre los 20 a 25 años, con una media de 23,16, correspondiendo al género femenino el 82.5%, siendo solteros el 80.0 %, de religión católica el 76.3%, y de procedencia del área urbana (80.0%)., En un estudio realizado por Vera L., Bucaramanga-Colombia 1999, el promedio de edad de los estudiantes que participaron en el estudio fue de 18.2 años presentándose similar para hombres y mujeres, la religión predominante fue la católica con el 82%.(37)

Se modificaron los conocimientos con un aumento significativo sobre condiloma en la pre intervención de 3.8% al 28.8% en la pos intervención, con un valor de $p= 0,000$; herpes del 80% al 91.3%, con $p= 0,043$; sífilis del 70% al 90%, valor de $p= 0,002$; tricomoniasis del 11.3% al 33.8%, con un valor de $p= 0,001$; y clamidiasis del 6.3% al 22.5%, con valor de $p= 0,003$.

El SIDA del 96.3 al 98.8% y la gonorrea del 76.3% al 85%; con un aumento no significativo estadísticamente.

En un estudio realizado por Vera L. en Bucaramanga-Colombia 1999, se demuestra que el 96 % de los estudiantes conocen lo que son las enfermedades de transmisión sexual (ETS), SIDA (98%), gonorrea (93%) y sífilis (80%)(37), en otro estudio realizado por Gonzáles F., Colombia, manifiesta que las E.T.S más conocidas son el



SIDA (51.8%), Herpes (12.2%), Sífilis (12.1%), y Gonorrea (9.6%), las cuales pueden adquirirse por tener relaciones sexuales sin protección. (38)

En relación a la forma de contagio de las infecciones de transmisión sexual la opción sin penetración aumentó significativamente de un 81.3% en la pre intervención a un 92,5% luego de la intervención, con un valor de $p= 0,035$; la opción con penetración aumentó de un 90% al 96.3%, con un valor de p mayor a 0,05, por lo tanto no significativo estadísticamente, de igual manera a través de transfusiones sanguíneas del 90% al 95%, y transmisión a través del beso del 6.3% descendió al 5%.

En un estudio realizado por Vera L. en Bucaramanga-Colombia 1999, se encontró que el 99% identificó la sangre como medio de transmisión de la enfermedad, 91% sabe que se transmite por relaciones sexuales genitales, un 8% dijo que se transmite por la saliva.(37)

Con respecto al conocimiento de los síntomas de las ITS, se observó una elevación significativa de conocimientos: dolor en el vientre bajo del 13.8% en la pre intervención al 52.5% en la pos intervención, con valor de $p= 0,000$; secreción por los genitales del 68.8% al 87.55%, con $p= 0,004$, verrugas en los genitales del 66.3% al 83.8%, con un valor de $p= 0,011$; con relación a manchas en la piel se observó un aumento no significativo estadísticamente del



56.3% al 63.8%, con valor de $p > 0,05$, al igual que la inflamación en los ganglios del 50% al 62.5%.

En un estudio realizado por Vázquez A. en Lima-Perú 2005, se encontró que los conocimientos sobre los síntomas de las Infecciones de transmisión sexual mejoraron luego de la intervención educativa: presencia de pus por el pene del 18.5% al 36.1%. (39)

En relación al conocimiento sobre que enfermedades son curables encontramos un aumento significativo de gonorrea del 62.5 al 81.3, con valor de $p = 0,008$; al igual que clamidiasis del 30% al 58.8%, con valor de $p = 0,000$; un aumento no significativo, es decir valores de $p > 0,05$ en sífilis del 66.3% en la pre intervención al 78.8% en la pos intervención, condiloma del 31.3 al 41.3%, y SIDA disminuyó del 1.3 % al 0%; tricomoniasis de 33,8% al 38,8%, y podemos compararlo con un estudio realizado en Cuba por Fatjo, A., en el que se encontró que los adolescentes incrementan los conocimientos sobre curación a expensas de Condiloma y tricomoniasis.(40)

Al preguntar a los estudiantes sobre cuál sería su recomendación para un amigo que tiene una ITS; podemos observar un incremento estadísticamente significativo luego de la intervención educativa, pues acudir al hospital se incrementó del 66.3% en la pre intervención al 88.8% en la pos intervención con un valor de $p = 0.001$;



ir al médico de la familia también ascendió del 66.8% al 83.8% con un valor de $p=0.004$; se encontraron valores estadísticamente no significativos con una $p>0.05$, acudir a una farmacia que mantiene un valor de 7.5% en la pre y pos intervención, consultar a otro amigo un 15% en la pre intervención y al 22.5% en la pos intervención, a acudir a sus padres incrementó del 70% al 81.3%; al comparar nuestros datos con los de López N, en su estudio sobre Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infección por VIH en jóvenes de Bucaramanga en el 2005, se encontró que los jóvenes acuden principalmente a los amigos en un 64%, a la madre un 30%, un 49% acude al personal de salud y un 12% a otras fuente. (41).

Cuando se interrogó acerca de la actitud de un estudiante frente a una amigo(a) con una ITS, luego de la intervención, no hubo significancia estadística, es decir, valores de $p>0.05$; con respecto al hecho de alejarse de un amigo con una ITS/SIDA con el 2.5% en la pre y pos intervención; el 72.5% le prestaría ayuda para curarse en la pre intervención y el 75.5% en la pos intervención, el 88% le sugeriría que visite al médico familiar en la pre intervención y el 95% en la pos intervención, decirle a su amigo que aprendió a hacer el amor el bajó del 2.5% al



1.3%, y queda descartada la idea de pensar que tener una ITS es propio de la edad ya que del 5% descendió al 0%, presentando un valor de $p=0.043$ que es estadísticamente significativo; al respecto el estudio de Vera L, en Bucaramanga-Colombia 1999, el 63% de los encuestados, piensan que las personas con SIDA son culpables de la situación que padecen y 34% están en desacuerdo, un 73% de los jóvenes no están de acuerdo con aislar las personas que padecen SIDA y 26% si están de acuerdo con aislar a estas personas.(37)

Al aconsejar a un amigo(a) para que no se infecte de una ITS, podemos observar que luego de la intervención educativa no encontramos significancia estadística, es decir, valores de $p>0.05$, ya que aconsejar a un amigo para que tenga conocimientos sobre ITS presentó valores preocupantes con un descenso del 95% en la pre intervención al 90% en la pos intervención, aconsejarle para no tener relaciones sexuales varió del 36.6% al 30% en la pos intervención; en relación a fidelidad, hubo un ascenso del 86.3% en la pre intervención al 87.5%; escoger bien a su pareja se mantiene en un 70%; el uso del preservativo se incrementó del 80% al 86% en la pos intervención y tener relaciones sin penetración disminuye a la mitad del 16% al 8%. Al comparar nuestros datos con



el estudio de *Leoni A*, sobre Conductas sexuales y riesgo de ITS, 2005, se menciona que solo un 30% de los jóvenes optaría por no tener relaciones sexuales, o tener relaciones sin penetración el 8.8%, por ser fieles a su pareja el 87.5%, por escoger bien a la misma un 70%, y usar condón en todas sus relaciones el 86.3% (42).

En el estudio realizado por Vera L, en Bucaramanga-Colombia 1999, un 91% de las mujeres y el 72% de los hombres están de acuerdo con que es fácil tener una sola pareja sexual, y solo el 9% de las mujeres y 28% de los hombres están en desacuerdo con más de una pareja sexual.(37)

Al revisar el estudio dirigido por Cortés A, sobre comportamientos sexuales riesgosos e ITS en estudiantes adolescentes de Ciudad de La Habana, 1996, el 40,0 % de los adolescentes consideraron que era difícil mantener una pareja estable y entre 35,4% y 57 % mantenían más de una pareja simultáneamente o múltiples parejas sexuales en un año.(43)



En cuanto a la sugerencia que le daría a un amigo que le comunica que tiene relaciones sexuales con desconocidos o poco conocidos; en nuestro estudio no hubo significancia estadística, es decir, $p > 0.05$, indicándose los siguientes valores en cuanto al protegerse con el uso del condón al tener relaciones con desconocidos o poco conocidos que mostró un incremento del 82% en la pre intervención al 90%, el lavado genital luego de las relaciones sexuales se incrementó del 48.8% al 63.8 %, visitar al médico buscando orientación presenta un descenso del 80% al 77.5% en la pos intervención, y no tener relaciones sexuales con desconocidos desciende del 73.3% al 65% luego de la intervención; según el estudio realizado por Vera L, en Bucaramanga-Colombia 1999, un 21% de las mujeres y un 76% de los hombres están de acuerdo con que es fácil tener relaciones sexuales con amistades casuales. Igualmente, sólo 13% de las mujeres y el 45% de los hombres están de acuerdo con que no se debe desperdiciar la oportunidad de tener relaciones sexuales. (37)

En nuestro estudio en relación a las prácticas sexuales se obtuvo una disminución del 95% en la pre intervención al 89,6% en la pos intervención, en los encuestados que referían haber tenido relaciones sexuales con una sola



pareja en el período de un año, en cuanto al haber tenido relaciones con dos personas se observó un aumento del 5% al 8,3%, y con respecto al haber tenido relaciones sexuales con tres personas se obtuvo una variación del 0% al 2,1%, mostrando todos estos resultados, valores de $p > 0.05$ siendo no significativas estadísticamente luego de la intervención.

En un estudio realizado por José H. en La Habana – Cuba, 2000, se encontró que 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.
(44)

Es muy importante destacar el hecho de que en nuestra investigación el porcentaje en relación con el número de parejas sexuales al año en los estudiantes aumento, en un 3,3% con dos personas al año y en un 2,1% con tres personas al año. Tomando en cuenta el estudio realizado en Cuba, hay que notar la diferencia de los resultados obtenidos, allá se encuentra un porcentaje mucho más alto de más de tres parejas sexuales por año, en cambio en nuestro medio supera el tener relaciones con una sola persona en el año.

En cuanto al tipo de relaciones sexuales, en nuestro estudio, del total de encuestados el 52,5% respondió que si habían tenido relaciones sexuales, de ellos se obtuvo que



el 50% practicaba relaciones heterosexuales, y el 2,5% relaciones homosexuales. Se observa el mayor porcentaje de personas que mantienen relaciones heterosexuales en nuestro medio.

En un estudio realizado por Angela R. en Bogotá Colombia en el año 2005, el 97% de los estudiantes encuestados manifestó haber tenido relaciones heterosexuales, siendo notable el alto porcentaje de esta práctica sexual al igual que en nuestra investigación. (45)

En cuanto a los resultados de nuestro estudio sobre el tipo de coito, se obtuvo un significativo aumento de personas que practicaban coito genital, de un 47,5% en la pre intervención a un 67,5% en la pos intervención con un valor de $p=0,011$, se observó también un aumento de las prácticas de sexo oral de un 15% a un 17,5% y de sexo anal de un 10% a un 11,3%, siendo sus valores de $p>0.05$, y por lo tanto no significativos estadísticamente. Se debe tomar en cuenta que el coito genital aumentó en un porcentaje mucho mayor que el sexo oral y el sexo anal.

En el estudio realizado por Anibal V. en Lima, Perú, 2005. Se obtuvo que el 22 % de los encuestados tuvieron coito genital. (39)

Se puede observar una clara diferencia en cuanto a las personas que realizan el coito genital, en nuestro estudio se presenta un alto porcentaje de personas que lo



practican, no así en el estudio realizado en Perú en el cual es un porcentaje muy bajo de las personas que practican el coito genital.

En relación al uso del preservativo, lo que se obtuvo en nuestra investigación fue un aumento significativo de las personas que usaban siempre el preservativo en sus relaciones sexuales del 20% en la pre intervención al 32,2% en la pos intervención, con un valor de $p=0,016$; se observó también un aumento en las personas que usaban el preservativo ocasionalmente de un 33,3% a un 47,5%, existió un muy notable descenso del porcentaje de personas que nunca usaban el preservativo que fue del 46,7% al 20,3%, y un ascenso importante del uso del preservativo solo con desconocidos del 2,5% al 13,8%, con un valor de $p>0.05$, estadísticamente no significativo.

En un estudio realizado por René G. en La Habana – Cuba, 2006. En cuanto al uso del preservativo, solo el 21,31% lo usaba siempre, el 49,18 ocasionalmente, y el 29,51 %, no lo usaba nunca. (46)

En relación con el estudio realizado en Cuba, existe una similitud con los datos obtenidos en nuestro estudio, hay un alto porcentaje que no lo usa nunca y también un alto porcentaje en personas que lo usan de manera ocasional.



En relación al uso del preservativo en relaciones fortuitas, en nuestro estudio se obtuvo un aumento estadísticamente significativo del 17% en la pre intervención al 54,2% en la pos intervención, con un valor de $p=0,000$ de las personas que lo usan siempre, un aumento no significativo del 14,9% al 16,7%, que lo usan de manera ocasional y un gran descenso del 68,1% antes de la intervención al 29,2% después de la intervención que no lo usaban nunca.

En un estudio realizado por Lina V. en Bucaramanga – Colombia, 2001, cuando se les preguntó por el uso del condón en las relaciones con personas diferentes a la pareja sexual estable, se obtuvo que el 13% no lo usa nunca, 43% lo usaba ocasionalmente y 44% lo usaba siempre. (37)

Ante los resultados de las escalas de auto eficacia aplicadas A, B y C; Se observaron cambios significativos de 92,5% en la pre intervención a 80% en la pos intervención con un valor de $p=0,022$ en cuanto a la capacidad de decir no a tener relaciones sexuales con alguien cuya historia sexual es desconocida, y de 95% a 83,8% con un valor de $p=0,021$ en cuanto a la capacidad de decir no a tener relaciones sexuales a alguien cuya historia de drogas es desconocida. Sobre la capacidad de discutir sobre la prevención del SIDA con la pareja se observó un aumento significativo del 78,8% en la pre intervención al 92,5% en la



pos intervención, con un valor de $p= 0,013$, al igual que la capacidad del uso correcto del condón, presentó un aumento significativo del 63,8% al 82,5%, con un valor de $p=0,007$ entre la pre intervención y la pos intervención. Los resultados obtenidos tienen semejanza con los resultados demostrados en un estudio realizado por Freire E. Cuenca, 2007 en el que encontramos un 10.5% con valor de $p>0.05$ que estuvieron seguros de negarse a las relaciones sexuales con una persona de quien no conozcan su historia sexual en la preintervención y el 27.9% ($P<0.002$) postintervención, el 14.8% ($p>0.05$) demuestran seguridad de negarse a las relaciones sexuales con una persona cuya historia de drogas es desconocida en la preintervención y de 38.2% ($p<0.05$) en la postintervención, el 47.0% ($p>0.05$) respondieron que estaban seguros de discutir sobre la prevención del SIDA con la novia/o en la preintervención y el 60.1 % ($p<0.05$) en la postintervención, el 62.4% respondieron que estaban seguros de usar correctamente el preservativo en la preintervención, y el 69.9% en la postintervención. (47)



CAPITULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. CONCLUSIONES

- La intervención educativa elevó significativamente los conocimientos sobre condilomas, herpes, SIDA, tricomoniasis, y clamidiasis, además sobre las diferentes formas de contagio y síntomas de las ITS/ VIH-SIDA.
- En cuanto a las actitudes, mejoró la predisposición de los estudiantes de acudir a un hospital, al médico, para la prevención de las ITS/VIH-SIDA.
- En las prácticas del grupo intervenido, se incrementó el uso del preservativo como una de las formas de prevenir el contagio de las ITS/ VIH-SIDA, lográndose así una modificación de los comportamientos y prácticas sexuales en los estudiantes universitarios. Esto indica el alto grado de asimilación por parte de los estudiantes, demuestra también que las intervenciones ayudan de manera trascendental para mejorar estas prácticas, evitando y disminuyendo el porcentaje de enfermedades de transmisión sexual.



- Se observaron cambios significativos en las escalas de Auto eficacia; en cuanto a la capacidad de decir no a tener relaciones sexuales con alguien cuya historia sexual es desconocida, y de alguien cuya historia de drogas es desconocida. Sobre la capacidad de discutir sobre prevención del SIDA con su pareja y la capacidad del uso correcto del condón, entre la pre intervención y la pos intervención.



7.2. RECOMENDACIONES

- Fomentar charlas de educación sexual, enfatizando temas como: uso del preservativo, prevención de las ITS/VIH-SIDA, y además formación en valores morales ya que son temas de gran importancia pero poco discutidos entre los jóvenes.
- Recomendar que los profesionales de la salud efectúen la anamnesis sexual, realicen prevención de ITS y VIH/SIDA, discutan y brinden una atención confidencial a los pacientes en general y adolescentes en particular. Por lo tanto los profesionales deberían capacitarse en esta materia.
- Debemos combatir la imprudencia, la ignorancia y la falta de valores, factores que obstaculizan la prevención y control de las ITS, para de esta manera lograr cambios de conductas que sean perdurables.
- Integrar en el currículo de los estudiantes de la Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación en la Escuela de Lengua y Literatura Inglesa de la ciudad de Cuenca un módulo de salud sexual y reproductiva.
- Se ha logrado un grado de concientización en los estudiantes, el hecho de que se cuiden de una mejor manera en cada relación sexual es un punto muy



favorable para la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA. Se ha conseguido una gran aceptación y mejora en cuanto al uso del preservativo.



CAPITULO VIII

8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Francisco Rodríguez, Silvia E. Primo, Evangelina Martínez Calvo, Martín Sánchez, SIDA/ITS y Sexualidad en Ingresantes Universitarios, Concepción del Uruguay, Octubre 2006. Disponible en: www.scielo.org.ar/scielo.hph
2. Ruth Pérez Villegas, Alejandra Ceballos Morales, Mayli Sanhueza, María José Rebolledo, María Graciela González, Victor Hugo Durán, Comportamiento Sexual y Factores Biodemográficos asociados a Infecciones de Transmisión Sexual, Hospital San José de Coronel, Chile, 2007. Disponible en: www.bvs.sld.cu/./gin07108.htm
3. Itzel Rosas Gutiérrez. Martín Serrano Sánchez. Conocimiento acerca de las Enfermedades de Transmisión Sexual entre estudiantes y trabajadores de las Universidad de las Américas Puebla, México. Disponible en: http://www.infarmate.org/pdfs/julio_agosto07/ets.pdf



4. Panorama mundial de the la epidemia de SIDA, 2. redline Actualización de los progresos realizados en la respuesta mundial a la epidemia de SIDA, 2004

...

Disponible en:

www.unaids.org/bangkok2004/GAR2004_html_sp/GAR2004_03_sp.htm

5. Wilkinson D, Rutherford G . Intervenciones poblacionales para la reducción de infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por VIH (Cochrane Review). In: La Biblioteca Cochrane Plus, Issue 3, 2008. Oxford: Update Software

Disponible en:

<http://www.who.int/entity/rhl/reviews/CD001220sp.pdf>

6. García-Sánchez Inés. Diferencias de género en el VIH/sida. Gac Sanit [serial on the Internet]. [cited 2008 Dec 11].

Disponible en:

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000800007&lng=en. doi:
[10.1590/S0213-91112004000800007](https://doi.org/10.1590/S0213-91112004000800007).

7. Programa de las naciones unidas; Informe anual, VIH/SIDA 2007,



Disponible en:

<http://www.undp.org/spanish/publicaciones/annualreport2007/hiv.shtml>

8. Sifilis. Manual para el control de las enfermedades transmisibles ED. 16. Washington. C. Abram Beneson Organización panamericana de la salud. Publicación científica N° 564. 1 997; 416-423. Disponible en:
www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=s079

9. Gerbase, Antonio Carlos et al. Enfermedades de transmisión sexual en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica* [online]. Nov 1999, vol. 6, no. 5, pp. 362-370. ISSN 1020-4989. .

Disponible en:

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891999001000013&lng=es.doi:10.1590/S1020-49891999001000013..

10. Annan N. et al, Enfermedades de transmisión sexual.

Disponible en:

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000635.htm>



- 11.** U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Chlamydial Infection. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; Update to published recommendation: Ann Intern Med. 2007;147:128-134.
Disponible en:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001345.htm#Referencias>. Actualizado: 5/21/2008
- 12.** Muñoz, N. Et al.. Epidemiología del Virus del Papiloma Humano, The New England Journal of Medicine, 348:6, February 6, 2003
Disponible en :
<http://www.geosalud.com/VPH/epivph.htm>
- 13.** Kimberlin DW, Herpes Zoster. Disponible en :
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000858.htm>
- 14.** Enfermedades de transmisión sexual. Disponible en:
<http://www.drscope.com/privados/pac/generales/parasitologia/tricomoniasis.html>



15. ONUSIDA Punto de vista: El SIDA. Colección practicas óptimas del ONUSIDA. Mayo de 1998
Disponibile en:
http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub05/militarypv_es.pdf
16. Misterio de salud pública, programa nacional de control y prevención del VIH/SIDA e ITS, situación de la epidemia de vih/sida en el ecuador. periodo 2002-2008, número de casos *VIH* y *sida* notificados por año. *ecuador 1984-2008**. **personas. fallecid. *vih* Razón de masculinidad en *VIH* y *SIDA*. *Ecuador 2002-2008** ...
Disponibile en:
www.aebe.com.ec/data/files/noticias/Noticias2008/informe_dia_mundial_sida.pdf
17. García-Sánchez Inés. Diferencias de género en el VIH/sida. *Gac Sanit* [serial on the Internet]. [cited 2008 Dec 11]. Available
Disponibile en:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000800007&lng=en. doi:
[10.1590/S0213-91112004000800007](https://doi.org/10.1590/S0213-91112004000800007).



- 18.** Goldman L, Ausiello, SIDA, , eds. *Cecil Medicine*. 23rd ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2007: sect XXIV., Actualizado 5/19/2008
Disponibile en:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000594.htm>
- 19.** BERDASQUERA CORCHO, Denis, FARINAS REINOSO, Ana Teresa y RAMOS VALLE, Isora. Las enfermedades de transmisión sexual en embarazadas. *Rev Cubana Med Gen Integr.* [online]. nov.-dic. 2001, vol.17, no.6 [citado 01 Octubre 2007], p.532-539.
Disponibile en la World Wide Web:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252001000600004&lng=es&nrm=iso. ISSN 0864-2125.
- 20.** BERDASQUERA CORCHO, Denis, FARINAS REINOSO, Ana Teresa y RAMOS VALLE, Isora. Las enfermedades de transmisión sexual en embarazadas. *Rev Cubana Med Gen Integr.* [online]. nov.-dic. 2001, vol.17, no.6 [citado 01 Octubre 2007], p.532-539.



Disponible en: la World Wide Web:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252001000600004&lng=es&nrm=iso. ISSN 0864-2125

- 21.** OPS/OMS. Comunicado de prensa. Los condones protegen contra el cáncer del cuello uterino.

Disponible en:

[http://salud.ops.org.bo/servicios/?DB=B&S11=10131&](http://salud.ops.org.bo/servicios/?DB=B&S11=10131&SE=SN)

SE=SN

- 22.** Allen Betania, Cruz-Valdez Aurelio, Rivera-Rivera Leonor, Castro Roberto, Arana-García María Ernestina, Hernández-Avila Mauricio. Afecto, besos y condones: el ABC de las prácticas sexuales de las trabajadoras sexuales de la Ciudad de México. Salud pública Méx [periódico en la Internet]. [citado 2007 Oct 25]. Disponible en:

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003001100004&lng=es&nrm=iso.doi:10.1590/S0036-36342003001100004

- 23.** Negroni-Belén Mirka, Vargas-Guadarrama Galileo, Rueda-Neria Celina Magally, Bassett-Hileman



Sarah, Weir Sharon, Bronfman Mario. Identificación de sitios de encuentro de parejas sexuales en dos ciudades de la frontera sur de México, mediante el método PLACE. Salud pública Méx [periódico en la Internet]. [citado 2007 Oct 25]. Disponible en:

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003001100010&lng=es&nrm=iso.doi:10.1590/S0036-36342003001100010

- 24.** Francisco Diez Canseco Montero, Aydeé Carrasco Contreras, Rosa María Cueto Saldívar. Línea de base para el proyecto de salud sexual y reproductiva con adolescentes afectados por la violencia. Ayacucho, Perú Septiembre, 2000.

Disponible en:

<http://www.saludsinlimitesperu.org.pe/pdf/InformeLineaBaseProyectoS.pdf>

- 25.** Las creencias de autoeficacia docente del profesorado universitario. Leonor Prieto Navarro (2005). Disponible en: <http://www.emory.edu>

- 26.** Albert Bandura: Voluntad científica.



Disponible en: <http://www.des.emory.edu/>

27. Teorías conductistas

Disponible en:

<http://www.monografias.com/trabajos4/teorias/teorias.shtml>

28. Barrera F. relaciones familiares y cogniciones románticas en la adolescencia: el papel mediador de la autoeficacia romántica.

Disponible en:

http://res.uniandes.edu.co/res_21/doss2.htm

29. Estrategia de comunicación “mejor hablemos” para la promoción de la convivencia pacífica instituto Cisalva. Disponible en:

http://www.prevencionviolencia.org.co/intervencion/experiencias/valle_del_cauca/cali/archivos/mejor_hablemos.pdf

30. Soto Chávez Carlos A. González Neri Ysauro Ávila Muñoz Patricia La importancia de explorar variables psicológicas de estudiantes en la educación a distancia.



Disponible en:

http://investigacion.ilce.edu.mx/panel_control/doc/la_importancia_de%20explorar_variables_psicologicas.pdf

- 31.** Albert Bandura guía para la construcción de escalas de autoeficacia (Traducido por Olaz, F. Silva, M. Pérez, E.) 2001

Disponible en:

<http://www.des.emory.edu/mfp/effguideSpanish.html>

- 32.** WERTSCH J. (1988), "Cap. 2: El método de Vigotsky", en: Vigotsky y la formación social de la mente, Paidós, Barcelona, pp. 35-74.

Disponible en:

<http://www.psicopedagogia.com/definicion/teoria%20del%20aprendizaje%20de%20vigotsky>

- 33.** Contreras Zaravia, Norma Roxana, Delgado Camacho, Arturo Uldarico, Iñarbe Castro, Víctor Oswaldo, Vábar Peña, Juan Carlos Sida: conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo de estudiantes preuniversitarios en la ciudad del Cusco. Abril - Agosto 97, Año V N° 10. Disponible en:



http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/situa/1997_n10/sida.htm

- 34.** Fernández Costa Susana, Juárez Martínez Olga, Díez David Elia. Prevención del sida en la escuela secundaria: recopilación y valoración de programas. Rev. Esp. Salud Publica. [periódico en la Internet]. 1999 Nov [citado 2007 Nov 06] ; 73(6): Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271999000600004&lng=es&nrm=iso.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271999000600004&lng=es&nrm=iso)

- 35.** José L. Rodríguez, Begona Gros, Cristina Martínez, María José Rubio. Un software multimedia para la prevención del SIDA en adolescentes. 1999. Disponible en:

<http://greav.net/portal/files/1999/SIDA.pdf>

- 36.** OPS, departamento de enfermedades transmisibles. Pauta para la vigilancia de las infecciones de transmisión Sexual. 1999. Disponible en:

<http://www.ops.org.bo/textocompleto/isi12604.pdf>



- 37.** Lina María Vera, Nahyr López, Luis Carlos Orozco, Patricia Caicedo; Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infección por VIH en jóvenes; Bucaramanga- Colombia; Trabajos Originales, Acta Médica Colombiana Vol. 26 N°1 ~ Enero/Febrero ~ 2001 Disponible en: <http://www.universia.net.co/vih-sida/view-document/documento-241.html>
- 38.** Fernando González, Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud Sexual y Reproductiva en jóvenes entre 14 y 25 años, Cundinamarca – Colombia; Acta Colombiana de psicología 12, 59-68, 04 Disponible en: <http://regweb.ucatolica.edu.co/publicaciones/psicologia/ACTA/n12/articulosrevista/art%205%20acta%2012.pdf>
- 39.** Vazquez Anibal, Efectos de un CD Multimedia en los Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA en Colegios de Lima Metropolitana, Perú, 2005. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=>



[google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=475309&indexSearch=ID](http://www.google.com/search?base=ADOLEC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=475309&indexSearch=ID)

- 40.** Fatjo A, Conocimientos, actitudes y prácticas sobre infecciones de transmisión sexual en una cohorte de adolescentes. Cuba, 2002 Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext
- 41.** López N. Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infección por VIH en jóvenes de Bucaramanga en el 2005; Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=358403&indexSearch=ID>
- 42.** Leoni A, et al, Conductas sexuales y riesgo de infecciones de Transmisión sexual en estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba, 2005, 1Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba. República Argentina, Disponible en :



<http://www.uff.br/dst/revista17-2-2005/1-cindutas%20sexuales.pdf>

- 43.** Cortés Alba, et.al, Encuesta sobre comportamientos sexuales riesgosos y enfermedades de transmisión sexual en estudiantes adolescentes de Ciudad de La Habana, 1996. Disponible en:

http://bvs.sld.cu/revistas/mtr/vol51_2_99/mtr10299.pdf

- 44.** José Manuel Hernández Gutiérrez,¹ Jean Carlos Toll Calviño,² Guillermo Díaz Alonso,³ y Jacqueline Castro Suárez⁴, Intervención Educativa Sobre Sexualidad y Enfermedades de Transmisión Sexual, Cuba – Habana, 2000. Disponible en:

http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_1_00/mgi07100.htm

- 45.** Angela María Ruiz Sternberg¹, MD, Catalina Latorre Santos², MD, MSc, Johnny Beltrán Rodríguez³, MD, Jaime Ruiz Sternberg⁴, MD, Alberto Vélez van Meerbeke⁵, MD, Conocimientos, Actitudes y Prácticas en salud sexual y reproductiva en una población universitaria, Sogía, 2005. Disponible en:

http://www.cemera.cl/sogia/pdf/2005/XII3_sumario.pdf



- 46.** René G. García Roche, Alba Cortés Alfaro, Luis Enrique Vila Aguilera, Mariela Hernández Sánchez⁴ y Alina Mesquia Valera , Comportamiento sexual y uso del preservativo en adolescentes y jóvenes de un área de salud, Habana – Cuba, 2006. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_1_06/mgi03106.pdf
- 47.** Freire Eulalia, Evaluación y modificación sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas de los conscriptos de los fuertes Dávalos y Portete de la ciudad de Cuenca frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS), 2007



CAPITULO IX

9. ANEXOS

Formulario

**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 LENGUA y LITERATURA INGLESA DE LA FACULTAD DE
FILOSOFIA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN, 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



	Pre intervención <input type="checkbox"/>	Pos intervención <input type="checkbox"/>
RESULTADO		
Número	Preguntas	Categorías de codificación
SECCIÓN II		
P01	¿En que día, mes y en que 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		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"/> Sifilis 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"/>



		<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 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"/> <input type="checkbox"/> Condiloma 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> <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 donde 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	Me alejaría de él o ella 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>



	actitud?	<p>Le ayudaría a curarse 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Le diría que aprendió a hacer el amor 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Que es propio de la edad 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Le sugeriría visitar a su médico de familia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p>
P13	¿Qué le aconsejaría a sus amigos para no infectarse con una ITS?	<p>Tener conocimientos sobre las infecciones 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>No tener relaciones sexuales 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Fidelidad a su pareja 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Escoger bien la pareja 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Usar condón en todas las relaciones sexuales 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Tener relaciones sin penetración 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p>
P14	¿Qué sugerencia le daría a un amigo o (a) que le comunica tiene relaciones sexuales con desconocidos o poco conocidos?	<p>Protegerse con el uso del condón 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Lavarse los genitales después de concluida la relación sexual 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Visitar al médico buscando orientación 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>No tener relaciones</p>



		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 que 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 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Siento vergüenza al adquirirlo en la farmacia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Considero que mi pareja es estable 1 Si <input type="checkbox"/> 2 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 V I: 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?	10	10	10	10	10
10. Platicar con tu papá sobre temas sexuales	11	11	11	11	11
11. Platicar con tu mamá sobre temas sexuales	12	12	12	12	12



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

Tricomona: 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 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 Nº 2

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN “EVALUACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE LENGUA Y LITERATURA INGLESA, FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, FRENTE A LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH/SIDA”

Cuenca, a _____, de _____, del 2009.

COMPAÑERO/A:

Nos proponemos realizar una investigación sobre las infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, en la cual se realizarán encuestas para evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de las Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA de los estudiantes, además se les dará intervenciones (charlas) sobre los conocimientos de la Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA, para posteriormente realizar un nuevo cuestionario.

Dicha investigación es importante, debido a que siendo los jóvenes el grupo más vulnerable para contraer Infecciones



de Transmisión Sexual y VIH/SIDA, se debe conocer lo que saben sobre estas infecciones, para así poder prevenirlas y proteger a la comunidad en general. Esta investigación no conlleva ningún riesgo para la salud física y mental, no tiene costo alguno ni gratificación económica para los investigadores y nos servirá para continuar con posteriores investigaciones.

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

La información es estrictamente confidencial y será conocida únicamente por los investigadores.

Una vez concluida la investigación, los resultados serán socializados para conocimiento institucional y para los implicados en el estudio.

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
Estudiante

Nombre y firma de los investigadores



ANEXO Nº 3

DE LA INTERVENCIÓN

Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Objetivos.

- Aportar **conocimientos básicos** en materia de Infecciones de Transmisión Sexual (**ITS**)
- Aprender a **reconocer los primeros síntomas** de estas infecciones.
- Concienciar de la necesidad de **buscar siempre ayuda médica** cuando aparezcan los primeros síntomas.
- Fomentar el uso correcto del preservativo.
- Impartir valores

1. Conferencia en Power point sobre las ITS: duración 2 horas

1.1 Sexualidad Sana. Valores humanos.

1.2 Anatomía

1.3 Infecciones de Transmisión sexual

1.4 Uso correcto del preservativo



2. Actividades.

Actividad 1: *Errores que se cometen.*

Objetivo

Detectar las conductas inadecuadas que se dan durante las relaciones sexuales en una historia supuesta.

Método

Análisis de una historia en grupo de 10 personas, durante seis minutos, se describen las conductas inadecuadas que realizan los protagonistas de la historia para, posteriormente, hacer una puesta en común.

Procedimiento

Un portavoz de cada grupo narra la historia:

Juan, Pedro y María, acuden a la cruz roja, a donar sangre . Al cabo de unos días, María recibe una llamada, para comunicarle que tiene en la sangre una infección de transmisión sexual y le recomiendan que acuda a su centro de salud para estudio. Una vez en la consulta, el médico le pregunta si ha notado alguna molestia en sus genitales, y si ha tenido alguna relación sexual en la que no ha usado el preservativo. Es entonces, cuando María recuerda que hace unos meses mantuvo una relación sexual



con un antiguo novio sin preservativo, que coincidió con ella en una fiesta de la universidad, y un mes más tarde notó que tenía una pequeña herida en los labios mayores, a la que no le dio importancia porque no le dolía y desapareció sola. Posteriormente, ha iniciado una relación estable y como protección usa píldoras anticonceptivas.

El médico, le confirma que tiene una infección de transmisión sexual y le pone el tratamiento. Le recomienda que le diga a su novio y a su amigo, que acudan a su médico, para examinarlos a ellos también.

María, no le comenta nada ni a su novio, ni a su amigo, y ella tampoco acude al control de curación.

Las conductas inadecuadas serían: tener relaciones sexuales con penetración sin preservativo, no dar importancia a una herida en genitales, iniciar una relación después de una práctica de riesgo y no utilizar preservativo, utilizar las píldoras anticonceptivas como un método de protección, no comunicar a su novio y a su amigo que acudan a su médico y no ir ella al control de curación.

Materiales

Fotocopias de la historia



Duración 1 hora

Actividad 2: Mi responsabilidad, tu responsabilidad, nuestra responsabilidad.

Objetivo

Atribuir responsabilidades a cada uno de los protagonistas de la historia.

Método

Análisis de la historia.

Procedimiento:

Un portavoz del grupo narra la historia para posteriormente, en una escala del 1 al 3, valorar el grado de responsabilidad que ha tenido cada uno de sus protagonistas.

Carolina y Javi estaban enamorados. Nunca habían tenido relaciones sexuales completas entre ellos ni con ninguna otra persona. Se divertían mucho juntos y se lo estaban tomando con calma. En verano, Carolina decidió irse a trabajar a otra ciudad. Planearon escribirse, hablar por teléfono y continuar con su relación. Carolina conoció a Dani, un chico atractivo y con mucha experiencia que consideraba que el sexo, en una relación, es prioritario. Carolina no lo tenía muy



claro pero al final tuvieron relaciones con penetración. A pesar de su insistencia en que utilizaran preservativos, la mayoría de las veces Dani no los tenía a mano. . Su historia duró todo el verano. Pero cuando estaban terminando las vacaciones Dani le dijo que era el final. Tenía otros planes de vuelta al colegio.

Carolina volvió a casa confusa, se sentía culpable e incapaz de contar a Javi su veraniega historia. Pasados unos días Dani la llamó para decirle que tenía verrugas en el pene y que era importante que visitara a su médico. Se asustó mucho y espero unas semanas, durante las cuales se exploraba obsesivamente. No ocurrió nada y pensó que afortunadamente no se había contagiado. Mientras, había reiniciado su relación con Javi. Decidieron que era el momento de tener relaciones coitales. Carolina insistió mucho en que debían utilizar preservativo, a lo que Javi se negó, argumentando que los preservativos eran para gente con múltiples relaciones y que ese no era su caso. Además Carolina utilizaba anticonceptivos orales por trastornos de la regla, así que estaba garantizado que no se quedaría embarazada.

Intentó hablar con su madre. Le dijo que una



compañera suya podría tener una infección de transmisión sexual. Su madre, antes de que terminara, ya estaba descalificando a su compañera sugiriendo que eso le ocurría por tener relaciones con uno y con otro. Carolina no insistió. Lo comentó con dos de sus mejores amigas pero a pesar de querer ayudarla desconocían cómo. Esperó a que su profesor abordara el tema en unas clases programadas para tratar sobre infecciones de transmisión sexual, pero no parecía muy cómodo hablando de sexo y era de la opinión de que esos temas debían tratarse en casa, ya que si los exponía él podría tener problemas y se le podría achacar que inducía a sus alumnos a tener relaciones sexuales.

Grado de responsabilidad:

1 ninguna responsabilidad

2 algo de responsabilidad

3 mucha responsabilidad

Carolina-----	1	2	3
Dani-----	1	2	3
Javi-----	1	2	3
Madre-----	1	2	3
Amigas-----	1	2	3



Profesor----- 1 2 3

Materiales

Fotocopias de la historia.

Pasos para el uso correcto del preservativo

“Te pueden decir que es incómodo, que quita placer, que corta la relación y otras cosas por el estilo pero hoy en día, los preservativos están hechos de un material muy fino y suave... que apenas se notan”

1. adquiere preservativos de calidad que estén **homologados**.
2. comprueba siempre la **fecha de caducidad**.
3. **protégelos** del sol, el calor y la humedad porque se pueden deteriorar.
4. **abre el envoltorio con cuidado**, asegúrate de no romper el preservativo. ¡Cuidado con uñas, dientes y anillos!
5. coloca el preservativo **antes de cualquier contacto genital** con o sin penetración y recuerda que también con el sexo oral debes protegerte ¡ah! Si utilizas lubricantes



procura que sea de base de agua, nunca grasos ya que pueden romper el preservativo.

6. sin soltar la punta del preservativo desenróllalo a lo largo hasta que cubra la totalidad del pene.

7. después de la eyaculación y **antes de que el pene pierda su erección**, retíralo sujetando el preservativo por la base.

8. después de quitarte el preservativo, hazle un nudo y **tíralo a la basura**

9. usa un preservativo nuevo en cada relación sexual

10. no esperes a última hora. Ten siempre un preservativo a mano. Los puedes comprar en farmacias o supermercados.

1 hora

Sociodrama: 1 hora

TOTAL INTERVENCIÓN: 6 horas



ANEXO Nº 4

MANUAL

“LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL”

Objetivos

- Aportar **conocimientos básicos** en materia de Infecciones de Transmisión Sexual (**ITS**)
- Aprender a **reconocer los primeros síntomas** de estas infecciones.
- Concienciar de la necesidad de **buscar siempre ayuda médica** cuando aparezcan los primeros síntomas.
- Fomentar el uso correcto del preservativo.

Introducción

La OMS, definió la SEXUALIDAD SANA como “La aptitud para disfrutar de la actividad sexual y reproductiva, amoldándose a criterios de ética social y personal. La ausencia de temores, de sentimientos de vergüenza, de culpabilidad, de creencias infundadas y de otros factores psicológicos que inhiban la reactividad sexual o perturben las relaciones sexuales”.

Supone la integración de elementos corporales, emocionales, intelectuales y sociales del individuo, por

medios que le sean enriquecedores y que potencien su personalidad, su comunicación con los otros y el amor.

Se trata de un conjunto de manifestaciones psíquicas y físicas del ser humano, entendido como un ser indivisible BIO-PSICO-SOCIAL, en constante transformación, y en estrecha relación con la madurez orgánica y las condiciones socioculturales en las que se desenvuelve.

Una sexualidad sana, implica:

La valoración positiva y aceptación del propio cuerpo, lo que contribuye a mejorar nuestra autoestima y nuestras relaciones interpersonales.



Una concepción desinhibida, afectuosa y lúdica de la sexualidad, sabiendo que todos somos diferentes, y siendo capaces de expresar nuestros deseos y respetar los de los demás.

Un conocimiento completo de uso de la sexualidad, en su parte tanto reproductiva como de dar y recibir placer.

Anatomía genital

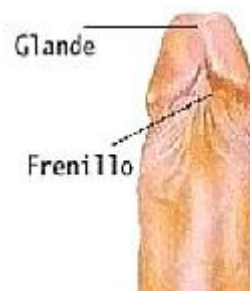
Anatomía genital masculina

La anatomía genital masculina, a diferencia de la femenina, es básicamente externa.

Pene:

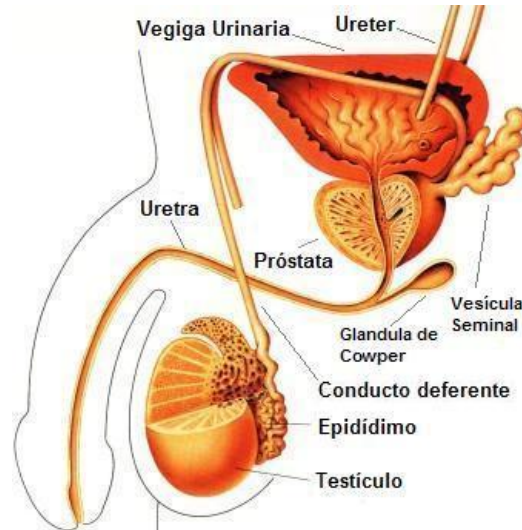
Es el órgano usado para la cópula y para la micción. Está formado por dos cuerpos cavernosos laterales y el cuerpo esponjoso, que es central y a través de él pasa la uretra. Estas tres estructuras son las que al llenarse de sangre durante la excitación producen la erección.

La parte anterior del pene se llama glande y la piel que lo recubre se llama prepucio. Esta piel es la que se corta cuando se hace la circuncisión.



Escroto:

Es el saco de piel, donde anidan los testículos



En el interior de la pelvis del hombre están las vesículas seminales. Estas, durante la salida de los espermatozoides, aportan un líquido que, junto a los espermatozoides y el líquido de la próstata, forman el semen. Las vías espermáticas, son las vías de excreción de los espermatozoides que conectan los testículos con el pene. Estos conductos son, conductos eferentes, epidídimo y conductos deferentes que desembocan dentro de la pelvis en el conducto eyaculador que desemboca en la uretra antes de que pase por la próstata.

También son importantes, en todo el proceso, las glándulas de Cowper o de Mery-Cowper. Excretan un líquido que

sirve para limpiar la uretra antes de la eyaculación ya que el ph de la orina es perjudicial para los espermatozoides.

La principal hormona masculina es la testosterona.

Anatomía genital Femenina

En la anatomía genital femenina se diferencian los genitales externos y los internos.



Genitales externos

La vulva, formada por:

En la parte anterior, el Monte de Venus, es un acumulo adiposo situado sobre el hueso del pubis y esta cubierto de vello.

Los labios mayores, son 2 grandes pliegues de piel que delimitan la hendidura vulvar. Tienen mayor pigmentación de la piel y están recubiertos de vello.

Los labios menores, están situados dentro de los labios mayores, formados por piel que se asemejan a una mucosa. No tienen vello y sí glándulas sebáceas para mantener la humedad dentro de la vulva. Su extremidad anterior se desdobra en dos pliegues que



rodean al clítoris y forman por encima de este órgano un capuchón que lo protege.

El clítoris es un órgano muy vascularizado con capacidad para la erección y su estimulación produce sensaciones de intenso placer.

El Vestíbulo, es la zona delimitada por los labios menores, donde desembocan la uretra y la vagina. A ambos lados de la vagina están los conductos por donde desembocan las glándulas de Bartholino. Alrededor del meato urinario se encuentra la desembocadura de diversas glándulas uretrales, las más importantes son las de Skenen. La desembocadura de la vagina hacia el exterior está delimitada por un pliegue que la estrecha y que se llama himen.

Genitales Internos

La vagina

Es un conducto cilíndrico que va desde la vulva hasta el cuello del útero, está cubierta por mucosa y formada por músculos. La zona más sensible de la vagina esta localizada en el tercio anterior de esta. La mayor parte del tiempo es una cavidad virtual con una gran elasticidad, es capaz de albergar desde un dedo,



un pene, un espejo o la cabeza y el cuerpo de un recién nacido durante el parto. También permite la salida de la sangre durante la menstruación.

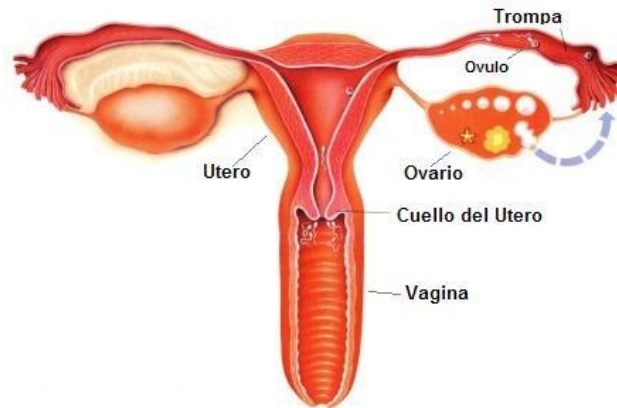
El útero

Es un órgano muscular hueco, situado sobre la vejiga urinaria y el recto. La cavidad uterina está recubierta del endometrio que es un tejido especial que permite el anidamiento del embrión, cuando se ha producido la fecundación del óvulo. En el útero se recibe al óvulo fecundado. El porvenir del embrión en desarrollo va a depender de la adecuada maduración del endometrio y de la capacidad de crecimiento del útero.

La parte inferior del útero se llama cérvix o cuello del útero. Este se comunica con la vagina y el cuerpo del útero a través del canal cervical que está revestido de glándulas a las que se llaman criptas endocervicales. Estas glándulas producen moco cervical bajo la influencia de los estrógenos. Los espermatozoides dependen del moco cervical para su supervivencia y su transporte dentro del útero.

En los ovarios se contiene la dotación de ovocitos que van a madurar a lo largo del ciclo fértil de la vida de las mujeres. El óvulo es la célula reproductora de la mujer.

Las trompas de Falopio son formaciones tubáricas que comunican los ovarios con el útero.



Las principales hormonas femeninas son los estrógenos y la progesterona.

Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Introducción.

Cuando preguntamos a los jóvenes por las infecciones de transmisión sexual sus conocimientos, normalmente, abarcan el SIDA y en algunos casos la sífilis y la gonorrea pero desconocen muchas otras producidas por múltiples gérmenes.

Hay ITS cuya transmisión se produce por contacto sexual con una persona infectada, como la gonorrea, herpes genital, chlamydias, etc.... Otras tienen diferentes vías de transmisión, como el VIH/ SIDA y las hepatitis víricas, que se transmiten a través de la sangre, semen y flujo vaginal.

Además existen infecciones como la sarna y la pediculosis del pubis (ladillas), que pueden ser adquiridas también, además del contacto directo, por contacto con ropas u objetos contaminados.



¿Qué son las ITS?

Son infecciones cuya transmisión se realiza, fundamentalmente, a través de las relaciones sexuales (orales, vaginales o anales) mantenidas con una persona infectada o enferma.

Los gérmenes causantes de las ITS tienen muy poca resistencia al medio ambiente exterior, muriendo rápidamente en contacto con el mismo (con excepción de los ácaros de la sarna y las ladillas).

La creencia de que este tipo de enfermedades se transmiten por baños públicos, piscinas, etc. es errónea.

¿Son muy frecuentes?

Las ITS han aumentado considerablemente. Las razones son entre otras: un comienzo más precoz



de las relaciones sexuales, el turismo y mayor movilidad geográfica, la escasa información y formación sexual, la carencia de centros especializados etc. Sin embargo, no se conocen las cifras exactas ya que, por un lado no todos los casos se declaran, debido a que muchas personas se auto medican sin acudir al médico, se tratan por los consejos de un amigo, un farmacéutico o sanitarios no médicos y, por otro, muchas de estas infecciones no son de declaración obligatoria, como las infecciones de origen vírico (verrugas genitales o herpes genital) que precisamente son las que más han aumentado en los últimos años.

Algunos autores sugieren que las cifras oficiales de que disponemos sean multiplicadas, en algunos casos por 10 y en otros por 30, dependiendo del rigor de la declaración, para estimar el alcance de las ITS.

Complicaciones

Al principio estas infecciones, tratándolas de forma adecuada, curan fácil y rápidamente. Sin embargo, si se les



deja evolucionar sin control, pueden producir consecuencias muy graves tales como esterilidad, cáncer, lesiones cardiacas, enfermedades del sistema nervioso, abortos, malformaciones fetales, etc.

Inmunidad

A diferencia de otras enfermedades infecciosas (como el sarampión, la rubeola, la varicela, etc. que se padecen una vez en la vida), la mayoría de las ITS se pueden adquirir tantas veces como se tenga contacto sexual con personas infectadas. El motivo es que estas enfermedades, en su gran mayoría, no crean defensas.

¿Cómo se manifiestan las ITS?

Las manifestaciones clínicas de estas enfermedades son muy variables. En general los signos de presentación más frecuentes son:

- Supuración uretral
- Flujo vaginal
- Ulceras genitales
- Condilomas o verrugas genitales
- Inflamación del glande (balanitis)



Otros síntomas

En ocasiones pueden presentarse al principio otros síntomas, como manchas en la piel, molestias al orinar, dolores en las articulaciones o supuración por el recto.

Complicaciones

También es posible que se manifiesten directamente por sus complicaciones, como dolor abdominal bajo, dolores en los testículos etc.

Sin sintomatología

Por último pueden cursar sin sintomatología al principio de la infección o bien pasar desapercibida, como en las hepatitis víricas o el VIH.

Supuración uretral

Es la queja más común de los varones con una infección de transmisión sexual, y puede estar producida por varios gérmenes, siendo los más comunes los *gonococos*, las *chlamydias* o el *ureaplasma* y, según cual sea el causante de la infección, variará la sintomatología.

La uretritis por *gonococos* tendrá un período de incubación más corto. Aparecerá una secreción abundante purulenta dos ó tres días después de haber tenido el contacto.



La uretritis producida por *chlamydias* o por el *ureaplasma* producirá una secreción blanca o mucosa de una a tres semanas después del contacto.

En general el paciente con una uretritis se queja de que le sale pus por el pene y tiene molestias al orinar.

Diagnóstico:

Se hace una toma de la supuración y se analiza con el fin de instaurar el tratamiento **específico**, según sea el germen que la está produciendo.

Tratamiento:

Si se ha hecho un diagnóstico precoz y correcto y se ha llevado bien el tratamiento, la mayoría de los casos curan sin secuelas.

Complicaciones:

Si la enfermedad no se trata, o se trata mal, pueden surgir graves complicaciones tales como:



- Esterilidad, por estrechamiento de la uretra.
- Inflamación de la próstata, de las vesículas seminales, testículos, de la vejiga... etc.

La aparición de supuración por la uretra puede ser indicativo de Infección de Transmisión Sexual.

Flujo vaginal

El flujo vaginal que aparece cuando hay una ITS es de **color, olor y cantidad anormal.**

Puede estar producido, como la secreción uretral, por varios gérmenes: como el *gonococo*, las *chlamydias*, las *trichomonas*, las *cándidas* (hongos) o la *gardnerella vaginalis*, entre otros. Todos estos gérmenes producen flujo, pero variarán sus características según sea uno u otro el causante de la infección.

Los *gonococos* y las *chlamydias* dan lugar a un flujo similar, amarillo o verdoso con molestias al orinar. Aunque en ocasiones estas últimas pueden ser asintomáticas.

Las *trichomonas* causan un flujo espumoso, amarillento y de mal olor que se acompaña de intenso picor.

En las *candidiasis* (hongos) el flujo es blanco y espeso (leche cortada), también acompañado de intenso picor.



En general la mujer con flujo causado por una ITS se quejará de manchas en su ropa interior, flujo, picazón, molestias al orinar, enrojecimiento o hinchazón de la vulva y dolor abdominal bajo.

Diagnóstico:

Debe hacerse una toma del flujo y analizarlo para detectar qué germen lo está produciendo.

Tratamiento:

Tras un diagnóstico precoz y correcto el tratamiento es sencillo y la curación es sin secuelas.

Siempre deberá hacerse un control de curación analítico post tratamiento.

Complicaciones:

Cuando las infecciones por *gonococos* y *chlamydias* se dejan evolucionar sin tratamiento, pueden producir una enfermedad inflamatoria pélvica, esterilidad, embarazos



ectópicos (extrauterinos), infecciones en las trompas de Falopio, ovarios...etc.

Los hijos recién nacidos de las mujeres infectadas, al pasar por el canal del parto pueden infectarse y padecer una ceguera. En la actualidad se previene esta enfermedad administrando tratamiento a todos los recién nacidos.

Un flujo de color, olor, y cantidad anormal puede ser indicativo de Infección de Transmisión Sexual

A veces el primer síntoma de una ITS es la enfermedad inflamatoria pélvica, que debuta con dolor abdominal bajo y que puede terminar en una peritonitis. El motivo de esto es que la infección, localizada en un principio en la vagina, puede extenderse por vía ascendente y afectar al cuello del útero, las trompas de Falopio y al peritoneo.

La enfermedad inflamatoria pélvica deja como secuelas dolor pélvico crónico, esterilidad y un mayor riesgo de embarazos ectópicos (extrauterinos).

Úlceras

Casi siempre, pasada una semana del contacto sexual infectante y no más de cuatro, aparece en genitales una o varias úlceras (llagas) que puede ser dolorosa o no y que

en algunos casos se acompaña de ganglios en la ingle. Las causas de estas úlceras son gérmenes de distintos tipos.

Cuando las heridas son duras e indoloras a menudo es una **Sífilis**.

Si son dolorosas y sangrantes frecuentemente será un **Chancro blando**.

La presencia de lesiones vesiculares, como bolsistas de agua que posteriormente se rompen dejando erosiones en la piel, indicará que se trata de un

Herpes genital. En este caso, las lesiones desaparecerán tras el tratamiento y podrán volver a aparecer sin necesidad de un nuevo contacto sexual. Es pues una infección recidivante (que repite).



Los varones se quejarán de la aparición de una o varias úlceras en el pene o en los testículos. En las mujeres las lesiones pasan desapercibidas en ocasiones, debido a que pueden aparecer en el interior de la vagina, no dando molestias en muchos de los casos. Estas lesiones aparecen también en la boca, después de las relaciones sexuales oro-genitales.



Diagnóstico y Tratamiento

El examen médico, junto con el análisis de sangre y una toma de la secreción de la úlcera, permitirán un diagnóstico correcto.

Como en la mayoría de las ITS, el diagnóstico y el tratamiento precoz, con el consiguiente control de curación, terminarán con la infección sin secuelas.

En el caso del herpes genital no habrá un tratamiento curativo, pero sí se podrá disminuir la aparición de nuevos brotes y aliviar la sintomatología. Asimismo, la mujer deberá hacerse una citología anual para controlar una posible degeneración de las células del cuello de útero.

En la sífilis durante los primeros meses de embarazo, si se detecta la infección y se instaura el tratamiento es posible la curación de la madre y el feto.

Complicaciones

Las úlceras de sífilis , si el paciente no acude al médico, desaparecen sin tratamiento, **pero no han curado**. El germen pasa a la sangre y la infección continúa dando graves complicaciones, infectando seriamente al corazón, cerebro y médula espinal. Además, la mujer gestante con sífilis puede transmitirla al feto a través de la placenta,

produciendo abortos, muerte intraútero, afecciones óseas, oculares, nerviosas, etc.

En ocasiones la úlcera puede desaparecer sin tratamiento, pero la enfermedad no se ha curado y continúa su evolución.

El herpes genital puede dar complicaciones. Hay un aumento de la aparición del cáncer de cuello de útero en las pacientes que lo han padecido.

Balanitis

Es la inflamación del glande. El paciente con una balanitis se queja de hinchazón, punteado rojizo, secreción superficial (que no viene de la uretra) y picazón en el glande y prepucio.

Raras veces es una infección grave y, en la mayoría de los casos, es consecuencia de un contacto sexual



con una persona que no muestra señales de infección pero que puede tener una candidiasis (Hongo) o flujo vaginal patológico.

Diagnóstico y Tratamiento

El diagnóstico se hará tras un examen médico y estudio microbiológico

El tratamiento se hará en función del germen que lo produzca.

Condilomas o verrugas

Los condilomas o verrugas genitales se manifiestan como protuberancias del color de la piel, con una superficie parecida a la de una coliflor, en los genitales o alrededor del ano. En ocasiones se localizan dentro de la boca, como resultado de un contacto oro genital

Están producidas por el virus HPV (Virus del papiloma humano).

Una parte importante de estas infecciones aparecen sin síntomas y tanto la mujer como el hombre pueden ser portadores y vehículos de las mismas.



Esa infección cuando aparece en el cuello del útero puede malignizarse y producir cáncer del cuello del útero.



Es una de las infecciones de transmisión sexual más comunes en la mayoría de los países en la actualidad.

Aunque el diagnóstico de estas lesiones es relativamente fácil cuando aparecen las lesiones, la posible presencia de infección por HPV hace necesario un exhaustivo estudio del cuello del útero, vagina, vulva, uretra, perineo y ano. Siendo recomendable el estudio de la pareja o parejas sexuales por el especialista.

Otras I.T.S que no siempre son por contacto sexual

Pediculosis pubis

La infestación por el piojo púbico (ladillas) es a menudo por contacto sexual, pasando los piojos del vello púbico de una persona al vello púbico o cercano de su pareja, aunque también puede ser adquirida a través de objetos contaminados: ropa de cama, ropa interior, toallas, etc.

El piojo pone sus huevos en el vello púbico, pudiendo extenderse hacia el vello del pecho y las axilas.

El síntoma más común es la picazón.

El diagnóstico generalmente es fácil y cura con un tratamiento adecuado. No suele haber complicaciones.



Sarna

La sarna es una enfermedad contagiosa común causada por el ácaro parasitario *Sarcoptes Scabiei*. El contacto sexual es la forma más común de transmisión, aunque también puede adquirirse a través de objetos contaminados (ropa de cama, ropa interior, etc.).

El síntoma más común es la picazón, que empeora por la noche con el calor de la cama. Las lesiones suelen aparecer en pene, escroto, mamas, parte interna de los muslos, vulva, codos, muñecas y entre los dedos.

Una vez diagnosticado, el tratamiento es sencillo y cura sin complicaciones.

Hepatitis víricas

Es la inflamación del hígado causada por una infección vírica.

Casi todos los virus capaces de producir hepatitis pueden ser transmitidos por contacto sexual, sobre todo en las relaciones oro-anales. Sin embargo existen otras vías de transmisión: la vía sanguínea (intercambio de jeringuillas, inoculación accidental de material contaminado en medio sanitario) y la vía vertical (paso del virus de la madre al feto).



La mayoría de las veces la infección aguda (hepatitis vírica) cursa sin sintomatología, aumentando el riesgo de la transmisión a otra persona.

La sintomatología que aparece es malestar general, anorexia, vómitos, náuseas y mialgias. Pero en la mayoría de las ocasiones la infección aguda cursa sin sintomatología, siendo entonces mayor el riesgo de transmitir el virus de la hepatitis. La evolución de la enfermedad puede ser hacia la curación o hacia la cronificación, produciendo entonces hepatitis crónica, cirrosis hepática o carcinoma de hígado. Los portadores crónicos de hepatitis son la fuente de infección más importante de esta enfermedad.

También, la hepatitis puede evolucionar hacia una Hepatitis Fulminante que conduce al fallecimiento del paciente de forma rápida.

Diagnóstico

Se realiza a través de un análisis específico de sangre.

Tratamiento

No se dispone de tratamiento específico curativo por el momento.



SIDA

El SIDA es una manifestación tardía de la infección por el virus VIH. Puede ser adquirido por contacto sexual, por la sangre, (intercambio de jeringuillas en usuarios a drogas por vía parenteral), o bien de la madre seropositiva al feto.

Se denomina infección VIH cuando el virus está en el organismo, una persona infectada puede permanecer durante varios años sin que presente síntomas de la enfermedad, es decir sin que tenga SIDA, por lo tanto una persona infectada con el VIH puede estar aparentemente sana. Los síntomas del SIDA son la consecuencia de la baja de defensas y estos dependen del órgano afectado o de la infección que presente por ejemplo si tiene tos persistente por largo tiempo puede ser señal de tuberculosis, o si se inflaman los ganglios puede ser por infecciones o enfermedades malignas como el linfoma. Algunos pacientes con SIDA presentan manchas de color violáceo en la piel, otros pacientes presentarán infecciones graves por hongos; la mayoría de las personas presentan disminución de peso, siendo esta baja de peso y diarrea síntomas importantes de la enfermedad.

Una persona que tiene cualquiera de las infecciones de transmisión sexual puede infectarse con mayor posibilidad del virus del SIDA que una persona que no las tiene.

¿Qué hacer para evitar las infecciones de transmisión sexual?

Para evitar contraer infecciones que se transmiten por vía sexual existen tres caminos:

1. Abstinencia
 2. Tener relaciones con una sola pareja que le sea fiel
 3. Uso del preservativo
- **Preservativo masculino:** es una funda de goma sintética (látex) fina y elástica, que se debe de colocar sobre el pene erecto antes del inicio de la penetración. Después de la eyaculación se debe retirar el pene de la vagina cuando todavía está erecto, para evitar que el preservativo no quede en el interior de la vagina o ano. Su efectividad aumenta si se usa con productos espermicidas. Este método protege de ITS y SIDA.





- **Inconvenientes:** se deben colocar antes de la relación sexual. Algunos hombres refieren pérdida de sensibilidad. Los condones que tienen sustancias espermicidas pueden provocar irritación.
 - Debe fijarse en la fecha de caducidad, mantener en lugares frescos.
 - Cuidar que no se rompa.
 - Debe utilizarse un preservativo por cada penetración.
- **Preservativo femenino:** es una funda de goma sintética (poliuretano), que la mujer debe introducir en la vagina, colocando el anillo flexible sobre el cuello del útero y dejando el anillo rígido en el exterior. Se debe de colocar antes de la penetración y retirar al acabar la misma. Este método protege de ITS y VIH/SIDA.
 - **Inconvenientes:** su elevado precio. Exige un entrenamiento previo para colocarlo bien.



¿Qué hacer ante la sospecha de tener una ITS?

- Acudir a un centro de Salud.
- Nunca auto medicarse, ni seguir los consejos terapéuticos de un amigo, empleado de la farmacia, etc.
- Nunca creer que estamos curados porque desaparecen los síntomas sin habernos tratado.
- Ayudar a la localización de los contactos sexuales



ANEXO Nº 5

Variables Cualitativas Nominales.

VARIABLES	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 y rurales)	Región geográfica Centro poblado Urbano - 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	Conjunto de información adquirida en relación a ITS	Conjunto de información adquirida	Encuesta CAP	SI NO
ACTITUDES SOBRE LAS ITS	Intenciones frente a una situación probable	Intenciones	Encuesta CAP y escala de autoeficacia SEA 27 Indicador: Actitudes correctas frente a ITS Escala de Autoeficacia A, B, C	SI NO Numérica
PRÁCTICAS SOBRE LAS ITS	Comportamiento tomado frente a una situación específica	Comportamiento	Encuesta CAP y escala de autoeficacia SEA 27 A, B, C	SI NO



ANEXO Nº 6



DURANTE LAS CHARLAS





DURANTE LOS TALLERES: HISTORIAS NARRADAS

