



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE INFECCIONES DE
TRASMISIÓN SEXUAL EN LA POBLACIÓN LGBTI. CUENCA, 2017**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTORES

MARÍA DOLORES PALACIOS SERRANO CI: 0106040876

JUAN FERNANDO SÁNCHEZ CRIOLLO CI: 0105488191

DIRECTORA

DRA. JEANNETH PATRICIA TAPIA CÁRDENAS CI: 0104457767

ASESORA

DRA. DIANA PATRICIA VANEGAS COVEÑA CI: 0102545340

CUENCA - ECUADOR

2018



RESUMEN

Antecedentes: las infecciones de transmisión sexual (ITS) son patologías relevantes en salud pública con un millón de contagios diarios. El estigma sobre éstas retrasa la búsqueda temprana de atención y puede retrasarse aún más en las minorías vulnerables como las de lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, intersexuales (LGBTI). Reconocemos que un adecuado nivel de conocimiento sobre estas enfermedades puede prevenirlas e identificar sus manifestaciones tempranamente lo que resulta en búsqueda de atención médica oportuna.

Objetivo General: identificar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre infecciones de transmisión sexual en la población LGBTI en Cuenca, 2017

Materiales y métodos: estudio observacional cuantitativo-descriptivo. Entrevistamos 60 personas LGBTI que cumplían los criterios de inclusión. Se aplicó una encuesta sociodemográfica y una de valoración de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP's) sobre ITS, con un formulario validado en otro estudio. Los datos se tabularon en Microsoft Excel y se analizó en SPSS. El análisis estadístico se realizó mediante medidas de frecuencia para las variables cualitativas y para cuantitativas media y desviación estándar

Resultados: el grupo etario más frecuente fue entre 18 y 22 años, el 61,7% fueron hombres, el 60% tuvo instrucción superior y el 86,7% era soltero. El 66.7% se autodefinió como homosexual. El 55% se identificó con el género masculino. En cuanto a niveles de conocimiento, actitudes y prácticas, se determinó que 50%, 70% y 51,7% respectivamente fue regular.

Conclusiones: el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas fue regular.

Palabras Clave. ITS, LGBTI, CONOCIMIENTOS, ACTITUDES, PRACTICAS.



ABSTRACT

Background: sexually transmitted diseases (STD) are relevant pathologies in public health matter with a million contagions daily. The stigma over this, delay early reach of attention and can be delayed even more in vulnerable minorities such as gay, lesbian, bisexual, transsexual and intersex (GLBTI) people. We recognize that a suitable knowledge about these infections can prevent and identify their manifestations ahead of time what results in opportune reach of medical assessment.

General Objective: to identify knowledge, attitudes and practices about sexually transmitted diseases on the GLBTI population in Cuenca, 2017

Materials and methods: observational quantitative-descriptive study. 60 auto identified GLBTI people who meet the inclusion criteria were interviewed. It was applied a socio-demographic survey which also contained a knowledge, attitudes and practice previously validated survey about STD; it was used a form validated in other study. Data was tabulated using Microsoft Excel application and were analyzed with SPSS. The statistic analysis was made using frequency measures for the qualitative variables, and mean and standard deviation for the quantitative variables.

Results: The most frequent age group was 18 to 22 years, 61,7% were men, 60% had high level of instruction and 86,7% were single people. 66.7% defined themselves as homosexual. 55% auto defined as male. About levels of knowledge attitudes and practices about STD, it was determined that 50%, 70% and 51,7% respectively were regular.

Conclusions: levels of knowledge, attitudes and practices about STD were regular.

KEY WORDS: STD, GLBTI, KNOWLEDGE, ATTITUDES, PRACTICES.



ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
CAPÍTULO I	13
1.1 INTRODUCCIÓN	13
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.3 JUSTIFICACIÓN	15
CAPÍTULO II	17
2.1 FUNDAMENTO TEÓRICO	17
2.1.1 Antecedentes Históricos de la Comunidad LGBTI	17
2.1.2 Definiciones	20
2.1.3 Infecciones De Trasmisión Sexual	22
2.1.4 Conductas Sexuales de Riesgo	28
2.1.5 Teorías del Aprendizaje	29
CAPÍTULO III	32
3. OBJETIVOS	32
3.1 Objetivo General	32
3.2 Objetivos Específicos	32
CAPÍTULO IV	33
4. Diseño Metodológico	33
4.1 Tipo de Estudio	33
4.2 Área De Estudio:	33
4.3 Universo:	33
4.4 Criterios de Inclusión y Exclusión	33
4.5 Variables:	33
4.6 Métodos, Técnicas e Instrumentos	33
4.7 Procedimientos	35
4.8 Plan de Tabulación y Análisis:	35



4.9 Aspectos Éticos:.....	36
CAPÍTULO V	37
5. RESULTADOS	37
CAPÍTULO VI	40
6. DISCUSIÓN.....	40
CAPÍTULO VII	45
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	45
7.1 Conclusiones.....	45
7.2 Recomendaciones.....	45
CAPÍTULO VIII	47
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47
CAPÍTULO IX	52
9. ANEXOS.....	52



**LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO
INSTITUCIONAL**

Yo, María Dolores Palacios Serrano, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación “CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN LA POBLACIÓN LGBTI. CUENCA, 2017”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Así mismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 26 de febrero de 2018.

.....
María Dolores Palacios Serrano

CI: 0106040876



CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, María Dolores Palacios Serrano, autora del proyecto de investigación “CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN LA POBLACIÓN LGBTI. CUENCA, 2017”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 26 de febrero de 2018

.....
María Dolores Palacios Serrano

CI: 0106040876



**LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO
INSTITUCIONAL**

Yo, Juan Fernando Sánchez Criollo, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación “CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN LA POBLACIÓN LGBTI. CUENCA, 2017”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Así mismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 26 de febrero de 2018.

.....
Juan Fernando Sánchez Criollo

CI: 0105488191



CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, Juan Fernando Sánchez Criollo, autor del proyecto de investigación “CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN LA POBLACIÓN LGBTI. CUENCA, 2017”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 26 de febrero de 2018

.....
Juan Fernando Sánchez Criollo

CI: 0105488191



DEDICATORIA

Para quien un día sin pensarlo se convirtió en mi mejor amigo, mi cómplice y compañero de vida, mi pilar principal de alegrías y tristezas, mi valiente guerrero de mil batallas. Te dedico este gran trabajo que hemos logrado sacar adelante luchando cada día hombro con hombro, pero sobre todo te agradezco el cariño, la ternura, la paciencia, tus mimos y cuidados de cada día que me hacen sentir invencible y me dan la seguridad de que juntos de la mano quedan mil metas más que lograremos conquistar.

María Dolores Palacios



DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación está dedicado a mi amada esposa, mi inspiración para seguir adelante y superarme cada día, quien más que una compañera de clases ha sido mi luz, mi guía, mi apoyo y ha estado a mi lado en las más duras pruebas de este largo pero hermoso camino llamado medicina; a mis padres que hicieron de este sueño una realidad con su apoyo y paciencia; y por supuesto a los buenos amigos que se han convertido en hermanos quienes han sido sinceros e incondicionales y junto a quienes se pelearon épicas batallas.

Juan Fernando Sánchez



AGRADECIMIENTO

A todos los dirigentes y miembros de los diferentes colectivos LGBTI, sin cuya colaboración la presente investigación no hubiera sido posible.

A nuestra querida directora Dra. Jeanneth, quien muy acertadamente ha comandado este trabajo de investigación, por la dedicación y el tiempo empleado.

A nuestra querida asesora Dra. Diana, por su apoyo y orientación, por habernos compartido sus experiencias y sabiduría.

Y sobre todo a nuestros padres, hermanos y toda la familia, el pilar fundamental durante nuestra formación, que nos enseñaron que con perseverancia todo es posible, que con esfuerzo no hay meta inalcanzable, y que siempre podremos contar con ellos.

María Dolores y Juan Fernando



CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

Las personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersexuales (LGBTI) forman parte innegable de la sociedad. Sin embargo no se dispone de evidencia conclusiva respecto a conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual en esta población, pues poco o nada se ha hablado sobre el impacto de las mismas en quienes aún hoy en día forman parte de una población vulnerable (1).

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen un grupo heterogéneo cuyo factor común es que su principal mecanismo de propagación es el contacto sexual sin protección, en el que se incluye sexo vaginal, anal y oral. También se pueden propagar por medios no sexuales, por ejemplo, las transfusiones de sangre o productos sanguíneos y de forma vertical (madre a hijo) durante el embarazo o el parto (2) (3).

Las ITS pueden ser causadas por más de treinta agentes entre bacterias, virus y parásitos, las de mayor incidencia a saber son: el gonococo, el treponema pallidum, la tricomona vaginalis y la chlamydia trachomatis, que son curables; y, el virus del herpes simple, virus del papiloma humano (VPH), hepatitis B y Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), para los que se dispone medicación paliativa (2) (3).

En Estados Unidos se registran 20 millones de casos nuevos de ITS cada año. Se estima que cada año 2.5 millones de personas son diagnosticadas con VIH en todo el mundo. Según el Instituto para la Medición y Evaluación de la Salud (IHME), en cuanto a VIH, Argentina es el país latinoamericano con más casos nuevos de contagio cada año (7.8%), seguido por Paraguay (4.9%), Bolivia (4.8% año), Colombia (4.6%) y Ecuador (3.9%), de los cuales la mitad de los casos corresponde a personas homosexuales, demostrando así que la epidemia no ha sido controlada y sigue siendo una amenaza para la salud (4).

Según la primera edición del manual “Atención en salud a personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersex (LGBTI)” en Ecuador, los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) comprenden un alto porcentaje de personas



diagnosticadas de VIH en el país, por su parte las mujeres trans llegan a presentar una incidencia de VIH incluso más alta (5).

Por otro lado se debe considerar que erróneamente ante los ojos de los profesionales de la salud, las mujeres lesbianas y bisexuales han conformado un grupo de bajo riesgo y como resultado pueden correr peligro en términos de contraer ITS, por ello, actualmente se recomienda que sean tamizadas al igual que las mujeres heterosexuales (5).

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las ITS son una de las cinco razones por las que un adulto busca atención médica a nivel mundial debido a sus insondables efectos en la salud sexual y reproductiva, según la OMS, a diario más de 1 millón de personas contraen alguna ITS; y, se estima que cada año 357 millones de personas se contagian, siendo las principales: tricomoniasis (143 millones), clamidiasis (131 millones), gonorrea (78 millones) y sífilis (5,6 millones) (2) (3).

Los datos estadísticos más confiables son proporcionados por Estados Unidos de Norte América a través del Center for Disease Control and Prevention (CDC), que informa que cerca de 20 millones de nuevas ITS se presentan anualmente, la mitad de ellas en población joven de 15-24 años, sin hacer distinción en cuanto a orientación sexual, las ITS principales son: Papiloma Virus (VPH) 14 millones, Clamidia 2'860 000, Tricomoniasis 1'090 000, Gonorrea 820 000, Herpes Virus 2 (HSV-2) 776 000, Sífilis 55 400. Todos nuevos casos anuales siendo la incidencia similar en ambos géneros, masculino y femenino (6).

En efecto, aunque las enfermedades de transmisión sexual disminuyeron un 0.3% en Inglaterra en 2014 con respecto a 2013, este tipo de enfermedades aumentaron significativamente entre las personas homosexuales, así, la sífilis aumentó en este colectivo en un 46%, la gonorrea en un 32%, la infección por clamidia en un 26% y el herpes y verrugas genitales en un 10% (7).

Por su parte, la sífilis muestra un aumento importante de los contagios en Estados Unidos. 17.375 casos de sífilis primaria y secundaria se detectaron en Estados Unidos en 2013. Una incidencia de 5.5 casos por 10.000 personas. Un



10% de aumento con respecto a 2012. El 91% de los casos en hombres y de ellos el 75% en homosexuales (8).

A pesar de que existen varios colectivos LGBTI alrededor del mundo y por supuesto en nuestro país, la orientación sexual y la identidad de género son datos que se mantienen en el anonimato, debido al gran estigma social que, en algunos casos, puede llegar a convertirse en una fobia (LGBTfobia) (1).

Actualmente las campañas de prevención de ITS en Ecuador se enfocan en las relaciones sexuales entre heterosexuales reforzando las creencias arcaicas sobre sexualidad y marginando aún más a las personas LGBTI, sin considerar que todo tipo de relación sexual conlleva un riesgo de contraer una ITS. El resultado del sesgo en educación sexual se refleja en que los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) constituyen un porcentaje alto de personas diagnosticadas con VIH en Ecuador y las mujeres trans presentan niveles de incidencia de VIH incluso más alto (5). En cuanto a salud sexual y reproductiva, los datos de la encuesta nacional en salud de 2013 indicaron que existe un mayor porcentaje de mujeres frente a hombres que conocen y se realizan la prueba del VIH, la relación es del 64,6% frente a un 48%. Se observó un mayor uso de métodos anticonceptivos en las mujeres con respecto a los hombres. Además de un bajo uso de preservativo para prevenir embarazos no deseados, e ITS (9).

El MSP presentó la guía de atención a personas LGBTI recién a fines de 2016, la cual esperamos se constituya en la piedra angular para brindar la atención de calidad y calidez específica que amerita este grupo vulnerable, para por fin lograr una sociedad verdaderamente equilibrada y en el contexto del “Buen Vivir”.

1.3 JUSTIFICACIÓN

Tocar cualquier tema relacionado con la población LGBTI puede llegar a ser considerado como tabú, y debido a que las personas que se identifican como parte de este grupo son más propensas al contagio de infecciones venéreas, se hace imprescindible realizar estudios dentro de esta población.

La investigación realizada se relaciona enérgicamente con las prioridades nacionales de investigación, pues con el objetivo de optimizar recursos y



congregar los esfuerzos en investigación, el Ministerio de Salud Pública (MSP) ha determinado las prioridades en investigación de salud 2013-2017 entre las que se incluye la calidad de la atención, prestación y sistemas de apoyo. El MSP tiene como objetivo garantizar el acceso y disponibilidad de atención en servicio de salud para todas las personas, y en este contexto se ha publicado en 2016 el Manual “Atención en Salud a personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersex (LGBTI)”.

La comunidad LGBTI local será beneficiada ya que aspiramos aportar datos cuantitativos sobre los niveles de conocimiento, actitudes y prácticas en torno a ITS, pues los estudios realizados son escasos a nivel mundial y particularmente en nuestro medio.

Al tratarse de una tesis previa a la obtención de nuestro título de médico y médica los resultados de nuestra investigación quedarán registrados en el repositorio digital de la Universidad de Cuenca, el mismo que es de acceso libre e internacional y esperamos se convierta en un precedente y una herramienta para futuras investigaciones a fin de mejorar la calidad de atención de la comunidad LGBTI.



CAPÍTULO II

2.1 FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1.1 Antecedentes Históricos de la Comunidad LGBTI

Desde la antigüedad se han registrado alrededor del mundo varias civilizaciones en las que existían prácticas homosexuales masculinas, en algunas civilizaciones fueron prácticas plenamente aceptadas siempre que estas fueren entre un hombre de alta sociedad desempeñando el papel activo y un hombre de estrato social inferior en el papel pasivo, más tarde con la era del cristianismo fueron consideradas prácticas sexuales aberrantes que ameritaban ser castigadas con tortura y pena de muerte por delito de sodomía, es decir, prácticas sexuales anti natura (10).

En la edad moderna, en 1494 un grupo de jóvenes de toda clase social en Florencia, Italia se levantó contra la autoridad persecutora mostrando libremente en las calles a sus parejas del mismo sexo, exigiendo la libertad de disfrutar de sus placeres, llegaron así en marcha al palacio de gobierno donde consiguieron que las sentencias de quienes habían sido juzgados por sodomía fueran revocadas. Así se describen los primeros pasos en la lucha de derechos de la comunidad LGBTI (10).

Posteriormente, en la época contemporánea se manifiesta en Berlín, Alemania el afán de reivindicar los derechos de los homosexuales. Uno de los más célebres y reconocidos activistas y cabeza visible de ese movimiento fue el médico y sexólogo Magnus Hirschfeld (1868-1935) quien en 1897 funda el Comité Científico Humanitario, la primera organización pública del mundo para la defensa de los gays y transexuales, con el objetivo de conseguir reconocimiento social y despenalización de la homosexualidad, dicha organización dio paso a la creación de varias publicaciones de revistas, libros e incluso obras de teatro dirigidas a la población homosexual. Todo parecía ir a viento en popa hasta 1929, el artículo 175 de la constitución alemana que penalizaba la homosexualidad estaba a punto de ser derogado, el parlamento había votado y todo estaba virtualmente listo hasta que la caída de la bolsa de Nueva York se robó el estrellato, la crisis del momento dejó en segundo plano y



temporalmente en el olvido las reformas que favorecerían a la comunidad homosexual. Posteriormente con la llegada de Hitler y el partido nazi al poder, el artículo 175 cobró fuerza, al considerarse la homosexualidad un rasgo de inferioridad y un defecto genético que impedía la perpetuación de la raza aria. La comunidad LGBTI pasó así de una época prometedora en tema de derechos a una de exterminio masivo. Los alemanes considerados homosexuales fueron perseguidos, encarcelados o internados en campos de concentración donde fueron asesinados. De acuerdo al historiador alemán Klaus Müller, se calcula que aproximadamente 100.000 hombres fueron arrestados entre 1933 y 1945. Los homosexuales dentro de los campos de concentración eran identificados con un triángulo invertido de color rosa. A aquellos homosexuales que además eran judíos se les obligaba a usar una estrella de David cuyo triángulo invertido era rosa. Este símbolo, en memoria del exterminio en los campos de concentración, es usado en la actualidad por asociaciones que luchan contra la discriminación por motivos de orientación sexual (10).

Incluso después de la guerra permanecieron en vigencia al alrededor del mundo las leyes que penalizaban las prácticas homosexuales, por lo que los homosexuales encontrados en los campos de concentración lejos de ser tratados como víctimas de guerra fueron encarcelados para cumplir sus condenas por su orientación sexual. Recién en 1985, el gobierno alemán anuló las sentencias nazis contra esta población y pidió disculpas públicamente a la comunidad LGBTI (10).

Mientras el imperio nazi había exterminado de manera masiva a quienes consideraba genéticamente inferiores, en 1948 con la publicación del primer tomo del informe Kinsey sobre la sexualidad del hombre, la sociedad fue sorprendida con la noticia de que las prácticas homosexuales no eran en realidad un fenómeno de un grupo marginal sino más bien eran realizadas por gran parte de la población (10).

Posteriormente durante los años sesenta se conocían ya algunos bares y clubes nocturnos frecuentados por grupos homosexuales, siendo estos sitios objeto de redadas y persecución policial por lo que el 28 de junio 1969 se produce en Stonewall Inn, un bar gay en la ciudad de Nueva York, uno de los más grandes



y violentos disturbios entre homosexuales y fuerzas policiales convirtiéndose en un punto de partida del movimiento de liberación LGBTI, fue un disparo que se escuchó en todo el mundo, como acertadamente lo describe la historiadora Lillian Faderman. Dicho suceso es actualmente conmemorado con el evento anual del Día Internacional del Orgullo LGBTI, cuya celebración actualmente congrega a cientos de miles de personas en todo el mundo defendiendo sus derechos (10).

En la década de 1980 con la aparición del psicoanálisis empezó a considerarse la homosexualidad como una patología de carácter psiquiátrico que ameritaba tratamiento de reorientación sexual con electrochoque e incluso intervención quirúrgica como el caso de las lobectomías (10).

El 17 de mayo de 1990 se produjo uno de los hitos de la historia LGBTI, la OMS retiró la homosexualidad de la clasificación estadística internacional de enfermedades y otros problemas de salud. Desde entonces alrededor del mundo se han implementado grandes avances en el marco legal de las naciones, desde la despenalización de la homosexualidad hasta el reconocimiento del derecho al matrimonio entre personas del mismo sexo (10).

Puntualmente en nuestro país hasta el año 1997 la homosexualidad estaba tipificada como un delito en el Código Penal en su Art. 516 inciso primero, esta disposición punitiva tipificaba sanción a la práctica de la homosexualidad. La existencia de esta ley violaba completamente los derechos humanos de las personas homosexuales, por esta razón, el Tribunal Constitucional mediante Resolución No. 106, publicada en el Registro Oficial Suplemento 203, despenalizó la homosexualidad el 27 de noviembre de 1997 y 11 años más tarde con la reforma de la Constitución de la República del Ecuador en 2008 se incluyeron los distintos avances en materia de Derechos Humanos para la comunidad LGBTI. En el Artículo 11, numeral 2, se incluyó “la no discriminación por orientación sexual” y se añadió “la identidad de género”; en el artículo 66, numerales 9 y 11 se incorporó “el derecho a tomar decisiones libres e informadas sobre su sexualidad, vida y orientación sexual”; en el artículo 83 se menciona igualmente “la no discriminación por orientación e identidad sexual”; y en los artículos 67 y 68 se incluyó el reconocimiento a “la unión de hecho de dos personas sin especificar su sexo”. Otro avance importante se dio en el año 2009



al incluir una reforma al Código Penal, cuyo artículo 30, numeral 60, tipifica sanción para los delitos de odio por orientación sexual (9) (11).

2.1.2 Definiciones

Después de hacer un breve recorrido por la historia de la lucha de la comunidad LGBTI es imperioso definir algunos términos con el fin de brindar una correcta conceptualización del problema a tratar.

Como se mencionó anteriormente el acrónimo LGBTI agrupa a la comunidad de lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersexuales, sin embargo, se podría agregar además la letra Q que significa queer o raro, término utilizado por quienes no se identifican con ninguna de las letras anteriores (10).

Teniendo presente esta consideración procedemos entonces a brindar algunos conceptos fundamentales:

Sexo

Entendido como una construcción biológica, que se refiere a las características genéticas, hormonales, anatómicas y fisiológicas de machos o hembras. El sexo se asigna típicamente en el nacimiento basado en la aparición de los genitales externos. Sólo cuando este aspecto es ambiguo, son otros indicadores de sexo evaluados para determinar la asignación de sexo más apropiado, sean estos estudios de imagen o laboratorio. Se reconoce además una variable definida como intersexual, que combina algunas características de machos y hembras, ya sea congénito o por transformaciones corporales deliberadas (12) (13) (14).

Identidad sexual

Se expresa como sentimiento psicológico y la auto-percepción de ser hombre o mujer (10).

Orientación sexual

Hace referencia a la dirección de la atracción erótica o emocional, sentimental y afectiva hacia otras personas en función de su sexo-género. Cuando la atracción se dirige hacia el sexo opuesto, se dice que la orientación es heterosexual, si se



orienta hacia el mismo sexo, se habla de homosexualidad, siendo esta diferenciada además en:

Lesbiana: adjetivo usado como una etiqueta de la identidad de la orientación sexual por las mujeres cuyas atracciones y comportamientos sexuales se dirigen exclusiva o principalmente a otras mujeres (12) (13) (14).

Gay: término utilizado para describir la atracción y / o comportamiento enfocado exclusivamente o principalmente en hombres hacia el mismo sexo o identidad de género (12) (13) (14).

Bisexual: Cuando la atracción sexual o romántica se encauza hacia ambos sexos. Existen así mismo, otras orientaciones como los pansexuales, quienes pueden sentirse atraídos por las personas independientemente del sexo y género, incluyendo aquellas que poseen una dicotomía sexual como los intersexual, transexual e intergénero (12) (13) (14).

Género

Construcción psicológica, social y cultural frente al sexo, que organiza y define los roles, los saberes, los discursos, las prácticas sociales y las relaciones de poder. Definiéndose así: masculino y femenino. Se considera como una variable de género a las personas transgeneristas, término que agrupa las combinaciones o tránsitos entre lo masculino o lo femenino. Esta categoría integra a las llamadas personas transformistas, travestis, transgénero, andrógina y transexuales (12) (13) (14).

Transformista: persona que asume de forma alternada lo masculino y lo femenino. Incluye expresiones como *drag-queen* (hombre que se viste como mujer extremando las características de la feminidad) y *drag-king* (mujer que se viste como hombre encarnando y extremando un rol de macho) (12) (13) (14).

Travesti: persona que asume un género diferente al que asumía en otro periodo de su vida. Se refiere a un individuo que usa ropa y adopta comportamientos asociados con el otro sexo para satisfacción emocional o sexual, y que puede vivir temporal o permanentemente en el papel de género cruzado (12) (13) (14).



Transgénero: persona que vive a tiempo completo en el papel de género cruzado y que también puede tomar hormonas, pero no desea la cirugía de reasignación de sexo (12) (13) (14).

Andrógina: persona que combina características femeninas y masculinas, incluso hasta su indiferenciación (12) (13) (14).

Transexual: persona cuya identidad de género discrepa con su sexo. Se identifica fuertemente con el otro sexo y busca hormonas y / o cirugía de reasignación de sexo para feminizar o masculinizar el cuerpo; puede vivir a tiempo completo en el papel de género cruzado (12) (13) (14).

Identidad de Género: adherencia de una persona a las normas, usos y definiciones sociales de masculinidad y feminidad, esto es, la tendencia a aceptar o identificarse con lo que la sociedad considera como propio de uno u otro sexo (12) (13) (14).

Las estadísticas estadounidenses estiman que actualmente 5% de la población está conformada por personas que se identifican como lesbianas, gays, bisexuales o trans (15).

Así mismo se ha demostrado que las personas LGBTI experimentan muchas más dificultades en temas de acceso a la salud por motivo de estigma social, aislamiento, rechazo de la sociedad e incluso de sus propias familias, por lo que se enfrentan a un riesgo más elevado de contraer o padecer una ITS, respecto a las personas heterosexuales (15).

2.1.3 Infecciones De Trasmisión Sexual

Se conoce como ITS a un grupo de infecciones cuyo principal mecanismo de propagación es el contacto sexual oral, anal y/o genital sin protección. También se pueden propagar por medios no sexuales como las transfusiones de sangre y sus derivados; y, de madre a hijo durante el embarazo o el parto (2) (3).

Son causadas por más de treinta agentes entre bacterias, virus y parásitos, los más frecuentes son: el gonococo, el treponema pallidum, la tricomonas vaginalis y la chlamydia trachomatis, que causan infecciones curables; y, el virus del



herpes simple, virus del papiloma humano (VPH), hepatitis B y Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), para los que se dispone medicación paliativa una vez que han producido enfermedad (2) (3).

Tricomoniasis

Su agente causal es el protozoo parásito *Trichomonas vaginalis*, figura entre las primeras causas de ITS. La OMS estima en 200 millones de casos al año con una prevalencia que varía mucho de una región a otra (2). Las conductas de riesgo incluyen múltiples parejas sexuales y un grado insuficiente de higiene personal. Las manifestaciones clínicas varían según el sexo. En las mujeres el parásito produce flujo, disuria y prurito vulvovaginal, se asocia a un aumento de 2 a 3 veces de riesgo de adquirir VIH y aumenta la posibilidad de padecer enfermedad pélvica inflamatoria (16).

Los hombres rara vez presentan síntomas y cuando los manifiestan son semejantes a una uretritis, por lo que son portadores del parásito. En lo posible se debe investigar otras ITS en los casos de tricomoniasis (16).

Como medida de prevención, las parejas sexuales conocidas deben tratarse concomitantemente aunque no presenten síntomas (16).

Clamidiasis

Es una de las cuatro ITS más prevalentes a nivel mundial, según la OMS se reportan 131 millones de casos cada año y afecta mayoritariamente a personas jóvenes de sexo femenino y HSH; con una prevalencia reportada en EEUU en este último grupo de 3% a 10% de clamidiasis rectal y 0.5% a 2.3% de clamidiasis faríngea (16) (17).

Esta infección causada por la bacteria *Chlamydia trachomatis* puede infectar recto o garganta en ambos sexos y cuello del útero en mujeres y uretra en hombres (17).

En general no produce síntomas, y cuando los produce en las mujeres se incluye flujo vaginal anormal que puede tener un fuerte olor, disuria y dispareunia, mientras que en el hombre se presenta secreción uretral, disuria, ardor o picazón



a nivel de meato, y en menor porcentaje dolor e inflamación testicular, complicándose con epididimitis y puede llegar a ser causa de infertilidad. En caso de infección a nivel rectal se puede producir dolor, secreción y/o sangrado en ambos sexos. Las diferentes complicaciones por infección no tratada en las mujeres son salpingitis, enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), embarazo ectópico, e infertilidad (17).

Gonorrea

Según datos de la OMS, actualmente la gonorrea ocupa el tercer puesto entre las ITS, con una incidencia mundial de 78 millones de casos reportados al año, de los cuales 11 millones pertenecen a la región de las Américas. En EEUU la tasa de prevalencia en HSH se estima en un 15.3% con tasas aún más elevadas en pacientes infectados por VIH. Las tasas de transmisión en mujeres que tienen sexo con mujeres (MSM) son en gran parte desconocidas y el riesgo varía dependiendo de la práctica sexual (16).

Su agente etiológico es la bacteria *Neisseria gonorrhoeae* o gonococo. Se trasmite de persona a persona por contacto directo y su principal puerta de entrada la constituyen las células del epitelio columnar de la uretra y del cérvix, pero también pueden colonizar la mucosa de la garganta y recto e inclusive la conjuntiva, causando conjuntivitis gonocócica especialmente en el neonato al momento del parto (18).

La mayoría de casos en el hombre se presenta como una uretritis con secreción purulenta abundante, disuria y ardor en uretra distal. En las mujeres suele ser asintomática, lo que juega un rol importante en su diseminación, y cuando presenta clínica, esta es una cervicitis, por esta razón las complicaciones de la gonorrea en el sexo femenino son desproporcionadas e incluyen enfermedad pélvica inflamatoria, embarazo ectópico e infertilidad, así como un mayor riesgo de contagio de VIH (18).

Esta bacteria posee una capacidad especial para desarrollar resistencia a los antibióticos lo cual ha dificultado su tratamiento hasta el extremo de ser imposible de tratar con los antibióticos conocidos. De ahí se plantea la necesidad de



nuevos métodos de diagnóstico y sobre todo de nuevos medicamentos, además de fomentar el uso del preservativo para evitar el contagio (19).

Sífilis

La sífilis afecta a 5.6 millones de personas cada año, está causada por la bacteria *Treponema pallidum*. Se trasmite de persona a persona por medio del contacto con la piel o en las membranas mucosas rotas, por lo general de los genitales. El mayor riesgo de contagio lo tienen los adultos jóvenes de 20 a 35 años (3). Según el CDC de EEUU, entre el 2013 y el 2014, el número de casos reportados de sífilis primaria y secundaria aumentó en 15%. La mayoría de los casos son entre HSH. En el 2014, el 83% de los casos reportados de sífilis primaria y secundaria en hombres, de los cuales se conocía el sexo de la pareja, fue entre hombres homosexuales, bisexuales y otros hombres que tenían relaciones sexuales con hombres (20).

Esta ITS puede pasar desapercibida ya que la enfermedad primaria se manifiesta como una pequeña úlcera indolora, por lo que en nuestro país son obligatorias las pruebas de tamizaje para embarazadas, para evitar la transmisión vertical (sífilis congénita) (21) (22).

Se distinguen tres etapas:

Sífilis primaria

Su período de incubación es de 14 a 21 días. La manifestación inicial es una pequeña úlcera abierta e indolora (llamada chancro) en los genitales, la boca, la piel o el recto, acompañada de adenitis pericircundante, que cura espontáneamente en 3 a 6 semanas (21) (22).

Sífilis secundaria

Inicia de 4 a 8 semanas después de la anterior y su cuadro clínico es muy florido pudiéndose presentar erupción cutánea a nivel de palmas y plantas, parches mucosos en o alrededor de la boca, la vagina o el pene, condilomas sífilíticos, fiebre, malestar general, hiporexia, mialgias, artralgias y adenitis. Cuando la embarazada presenta infección por sífilis secundaria, esta se puede transmitir al



feto denominándose sífilis congénita, la cual si es al inicio de la gestación generalmente causa mortinatos y si es al momento del parto suele tener mejor pronóstico (21) (22).

Sífilis terciaria

Cuando el paciente no ha recibido tratamiento se presenta la sífilis terciaria, es de difícil diagnóstico y son las secuelas producidas por el avance de la infección, los síntomas varían según el órgano afecto, a nivel neurológico produce neurosífilis, en corazón produce valvulopatía, a nivel cutáneo produce gomas, y a nivel medular se pueden presentar mielopatías (21) (22).

Virus del Papiloma Humano (VPH)

Este virus, que se disemina a través del contacto sexual, es el responsable de causar los condilomas genitales, o condilomas acuminados o verrugas genitales. Existe cerca de un centenar de tipos, de los cuales el 6 y 11 son los responsables del 90% de condilomas. Otros tipos como 16, 18, 31, 33, y 35, causan condilomas en especial en inmunodeprimidos; y, pueden estar asociados a lesiones malignas de alto grado. En general los condilomas son asintomáticos y su diagnóstico es clínico, según el tamaño y localización pueden producir prurito y dolor (23) (24).

El tratamiento puede ser tópico o quirúrgico, según el tamaño, localización y número de condilomas. Como medida preventiva se han desarrollado dos vacunas las cuales se deben aplicar antes de tener relaciones sexuales, la primera bivalente, que protege contra los tipos 16 y 18, y la segunda, tetravalente que incluye los tipos 6 y 11 (23) (24).

El VPH es comúnmente detectado en MSM por lo que el screening de cáncer cérvico-uterino debe realizarse con igual frecuencia que en la población heterosexual (25).



Virus de la Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) se identificó por primera vez en Estados Unidos el año 1981, con la aparición de neumonía inexplicada por *Pneumocystis jiroveci* en cinco varones homosexuales previamente sanos en Los Ángeles, y casos de sarcoma de Kaposi con o sin neumonía por *P. jiroveci* en 26 varones homosexuales previamente sanos en Nueva York, San Francisco y Los Ángeles. Posteriormente se asoció el síndrome a consumidores de drogas inyectadas; en hemofílicos y receptores de transfusión sanguínea; entre parejas sexuales femeninas de varones con SIDA, y entre lactantes nacidos de mujeres con SIDA. En 1983 se aisló el virus de la inmunodeficiencia adquirida, VIH, en 1984 se demostró claramente que dicho virus era el agente causal del SIDA y en 1985 se desarrolló el ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas (ELISA) (26) (27).

En la historia natural de la infección por el VIH se diferencian tres etapas: Primera etapa: infección primaria, que inicia entre 2 y 4 semanas luego del contagio, constituye un síndrome viral agudo caracterizado por fiebre, linfadenopatía generalizada, malestar general, diarrea, anorexia, pérdida de peso y sudoraciones nocturnas. Durante esta fase las pruebas de detección pueden no ser reactivas (período de ventana); Segunda fase: latencia clínica cuya duración es entre 5 a 8 años durante la cual no existe sintomatología alguna. Tercera fase: sintomática, en esta fase los síntomas presentados corresponden a los de las infecciones oportunistas que se presenten en el hospedero (26) (27).

Las pruebas de laboratorio utilizadas en la infección por VIH se pueden clasificar en pruebas de tamizaje como el ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas (ELISA), confirmatorias (Western Blot), de seguimiento y monitoreo del tratamiento (contaje de linfocitos T CD4 y la cuantificación de la carga viral). Las dos primeras son usadas para el diagnóstico de infección por VIH y las restantes para monitorear al paciente y evaluar el tratamiento antirretroviral (26) (27).

Se estima que cada año 2.5 millones de personas son diagnosticadas con VIH en todo el mundo. Según el Instituto para la Medición y Evaluación de la Salud



(IHME), en cuanto a VIH Argentina es el país latinoamericano con más casos nuevos de contagio cada año (7.8%), seguido por Paraguay (4.9%), Bolivia (4.8% año), Colombia (4.6%) y Ecuador (3.9%), de los cuales la mitad de los casos corresponde homosexuales (4) (28).

Herpes

Es causado por el virus del herpes tipo 1 y 2 (VHS 1, VHS 2). Se contagia por contacto directo entre barreras mucocutáneas y se multiplica en las células epiteliales, las primeras lesiones (vesículas) inician entre 4 - 7 días luego del contacto (primoinfección) y posteriormente el virus migra hacia el ganglio sensitivo del nervio correspondiente donde permanece en estado quiescente para provocar recidivas. A pesar de ser considerado como ITS, este virus, se puede transmitir también por contacto cutáneo en el que se produzca traumatismo, por ejemplo al practicar deportes como lucha olímpica (29).

El VHS 1 afecta especialmente la región orofacial y recientemente en genitales de HSH y mujeres jóvenes. El VHS 2 afecta la región genital y también la región oral por contacto orogenital (29).

2.1.4 Conductas Sexuales de Riesgo

Existen varias definiciones sobre las conductas o prácticas sexuales de riesgo, sin embargo, todas parecen coincidir en que son comportamientos que aumentan la probabilidad de experimentar consecuencias negativas derivadas de la actividad sexual peligrosa, es decir sin protección. Entre los efectos de dichas prácticas deben considerarse el contagio de VIH y otras infecciones de transmisión sexual, además de embarazos no deseados (30).

Son consideradas prácticas sexuales de riesgo: el inicio precoz de la vida sexualmente activa, especialmente antes de los 18 años; tener una pareja sexual de alto riesgo, lo que podría traducirse en un compañero sexual considerablemente mayor en edad, que haya tenido múltiples parejas sexuales, que haya sido diagnosticado de una ITS, o que se inyecta o se haya inyectado drogas alguna vez; mantener encuentros sexuales ocasionales sin un método anticonceptivo ni de barrera; tener relaciones sexuales comerciales en las que



se ofrece o recibe dinero u otros beneficios, tener relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol o drogas; mantener relaciones con múltiples parejas sexuales. Se debe considerar además que todas las experiencias sexuales en las que exista contacto anal, genital u oral sin utilizar condón constituyen prácticas sexuales de riesgo (30).

La falta de educación en temas de salud sexual y reproductiva se ha identificado como el principal motivo por el cual una persona puede tener prácticas o comportamientos sexuales de riesgo, los conocimientos incorrectos o nulos sobre ITS, formas de prevención y transmisión, aparición de signos o síntomas, así como una deficiente búsqueda y acceso a servicios de salud oportunos, predisponen considerablemente a tener prácticas sexuales de riesgo, por lo que es de esperarse que el uso de condón en cada encuentro sexual no sea imprescindible, abriendo así la puerta a un sinfín consecuencias no deseadas (31).

En España, algunas de las investigaciones en la población de HSH se centran en el análisis de las prácticas sexuales de riesgo a raíz del alarmante aumento de casos nuevos de VIH en esta población, por este motivo se ha podido determinar que la práctica de penetración anal receptiva sin condón aumenta notablemente la probabilidad de transmisión de VIH y esto a su vez aumenta el riesgo de contraer otras ITS (32).

2.1.5 Teorías del Aprendizaje

Las investigaciones en educación y salud han sido cimentadas en la aplicación práctica de diversas teorías planteadas en diversas áreas del saber, principalmente en ciencias sociales y del comportamiento humano. Una de las teorías que ha sido un pilar para la evaluación del conocimiento en diversas áreas es la teoría cognoscitivo-social de Albert Bandura (33).

El Conductismo fue una corriente de la Psicología desarrollada por Jhon B. Watson a finales del siglo XIX, que describe el empleo de procedimientos experimentales para estudiar de manera objetiva el comportamiento humano observable, entendiendo que la conducta es una respuesta ante los estímulos del entorno (34).



El Cognitivismo por su parte es la rama de la Psicología que estudia los procesos mentales implicados en el conocimiento, tiene como objeto de estudio los mecanismos por los que se produce el conocimiento, desde la percepción, la memoria y el aprendizaje, hasta la creación de conceptos y razonamientos lógicos (35).

La Psicología Cognitiva tiene dos áreas de interés a saber:

El conocimiento funcional: hace referencia a cómo los seres humanos entienden el entorno y toman la información sensorial entrante, la transforman, almacenan y recuperan para finalmente hacer uso de ella cuando en una segunda ocasión, se enfrentan a acontecimientos similares en el entorno (35).

La cognición como trampolín de la conducta: cuando la persona ha adquirido un conocimiento tiene capacidad de plantear expectativas de las consecuencias que tendrá un acontecimiento por lo que desde un enfoque motivacional de los teóricos cognitivistas, la acción o conducta se manifiesta en función de los conocimientos previos y no de en instintos o necesidades (35).

Bandura contribuyó con la transición entre el conductismo y el cognitivismo explicando en su teoría cognoscitivo-social que la conducta no está controlada netamente por factores cognoscitivos internos ni por estímulos externos, sino que ambos están relacionados y operan recíprocamente (35).

El concepto fundamental en la teoría de cognoscitivo-social es el de las capacidades humanas. Bandura plantea cinco capacidades:

Simbólica: hace referencia a una forma mental de codificación de los conocimientos adquiridos y las experiencias vividas para generar nuevos cursos de acción (35).

Previsión: indica que las personas no solo reaccionan ante estímulos sino que tienen la capacidad de predecir las consecuencias más probables de sus acciones futuras (35).

Vicaria: es la capacidad de aprender por observación las consecuencias de las conductas de otras personas sin tener que acudir al ensayo-error (35).



Autorregulación: se refiere a que las personas no sólo actúan para adaptarse a las preferencias de la sociedad, sino que gran parte de su conducta es motivada y regulada por criterios internos de autoevaluación (35).

Autorreflexión: plantea que los seres humanos tienen capacidad de analizar sus procesos mentales, reflexionar y actuar sobre sus ideas, predecir acontecimientos a partir de las mismas y juzgar si son adecuadas a partir de los resultados (35).

Según Bandura uno de los tipos de pensamiento que más influye en la conducta humana es la autoeficacia, es decir el juicio que hacen las personas sobre su capacidad de afrontar determinadas situaciones, uno de los pilares fundamentales de esta teoría es el aprendizaje por observación de modelos que es un poderoso medio de transmisión de conocimientos, actitudes y prácticas o conductas (35).



CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre infecciones de transmisión sexual en la población LGBTI en Cuenca, 2017

3.2 Objetivos Específicos

1. Caracterizar sociodemográficamente a la población integrante de los colectivos LGBTI.
2. Determinar el nivel de conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual.
3. Establecer el nivel de las actitudes frente a las ITS.
4. Identificar si existen prácticas sexuales de riesgo.



CAPÍTULO IV

4. Diseño Metodológico

4.1 Tipo de Estudio: se trató de un estudio de tipo observacional, cuantitativo y descriptivo.

4.2 Área De Estudio: se realizó en la ciudad de Cuenca durante el año 2017 con los miembros de la comunidad LGBTI de pertenecientes a los colectivos: Verde Equilibrante, Silueta X Cuenca; así como personas LGBTI independientes que voluntariamente colaboraron en este proyecto.

4.3 Universo: lo conformaron 60 personas LGBTI pertenecientes a los colectivos: Verde Equilibrante, Silueta Cuenca, así como personas LGBTI independientes que voluntariamente colaboraron en este proyecto.

4.4 Criterios de Inclusión y Exclusión

- **Criterios de Inclusión**
 - Ser mayores de 18 años.
 - Personas miembros de la comunidad LGBTI de la ciudad de Cuenca
 - Vivir en Cuenca.
 - Firmar el consentimiento informado.
- **Criterios de Exclusión**
 - Identificarse como heterosexual.
 - Negarse a participar en el estudio.
 - Formularios incompletos.

4.5 Variables: edad, sexo, orientación sexual, género, nivel de instrucción, estado civil, Conocimientos sobre ITS, Actitudes sobre ITS, Prácticas sobre ITS.

4.5.1 Operacionalización de Variables (Ver anexo N° 1)

4.6 Métodos, Técnicas e Instrumentos



4.6.1 Métodos de procesamiento de la información: la información obtenida se tabuló utilizando los programas Excel y SPSS. Los resultados obtenidos fueron presentados en tablas.

4.6.2 Técnica: se realizó la aplicación de una encuesta sociodemográfica para caracterizar a la población y se utilizó una encuesta validada de valoración de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP's) sobre infecciones de transmisión sexual (Anexo IV).

4.6.3 Instrumentos: el formulario de recolección de datos constó con dos secciones, la primera una encuesta sociodemográfica para caracterizar a la población y la segunda fue una encuesta CAP's, se trata de un instrumento validado y aplicado en un estudio realizado en la ciudad de La Habana, por Fatjo Aymee, del Instituto de Medicina Tropical Pedro Kouri. Fue validada por medio de consenso de expertos, 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 ya que se obtuvo un resultado de 0.94. Para el estudio particular de la población LGBTI, los autores agregamos las variables de orientación sexual y género (36).

Cada respuesta obtenida sobre conocimientos, actitudes y prácticas recibió un valor según el código de calificación los valores de cada sección fueron promediados para el análisis, a saber (36):

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.

Variables de prácticas



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

Para la aplicación del instrumento nos contactamos con los dirigentes de los distintos colectivos con quienes tuvimos una reunión inicial en la que los autores explicamos los objetivos de la investigación e insistimos en la confidencialidad de los datos obtenidos, posteriormente cada dirigente socializó la investigación con los miembros de su colectivo y finalmente concertamos citas con cada colectivo para así poder aplicar personalmente cada encuesta.

Cabe recalcar que por la problemática actual que enfrenta la población LGBTI en nuestro país y particularmente en nuestra ciudad, muchas de las personas que inicialmente aceptaron participar de nuestro estudio posteriormente desistieron por temor al rechazo en el núcleo familiar, laboral y social.

4.7 Procedimientos

Autorización: luego de la aprobación de nuestro estudio por parte de la Comisión de Investigación, así como del H. Consejo Directivo de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca, se pidió autorización mediante solicitud, (Ver anexo II) a los dirigentes de los diferentes colectivos: Silueta X Cuenca; Verde Equilibrante; Red LGBTI Azuay y Cuenca Inclusiva, la misma que fue respondida y aceptada por los dirigentes de los colectivos *Silueta X Cuenca* y *Verde Equilibrante*.

Supervisión: el presente trabajo de investigación fue supervisado por la Dra. Jeanneth Tapia como directora; y, Dra. Diana Vanegas como asesora.

4.8 Plan de Tabulación y Análisis: con la información obtenida se procedió a tabularla y computarla en una base de datos en Microsoft Excel. Posteriormente la información se analizó en el software estadístico SPSS. El análisis estadístico se realizó mediante medidas de frecuencia absoluta y relativa (porcentajes) para las variables cualitativas, mediante medidas de tendencia central (media, mediana y moda) para las variables cuantitativas. La presentación de los datos



se realizó en tablas (simples y compuestas) en correspondencia con el tipo de variables.

4.9 Aspectos Éticos: se solicitó a los sujetos de investigación la firma del consentimiento informado (Anexo III), además este documento fue apartado del cuestionario para garantizar total confidencialidad, asimismo los cuestionarios fueron codificados con la inicial de cada colectivo de la siguiente manera: VE = Verde Equilibrante, SXC = Silueta X Cuenca e INDEPENDIENTE para los participantes que no pertenecen a un colectivo; seguido de un número de dos dígitos que corresponde con cada miembro del colectivo o independiente; y, aparte, sendos números de formulario.

Todos los datos fueron los obtenidos de forma fidedigna sin ninguna alteración o modificación, siendo de utilidad exclusiva para esta investigación y las que deriven de ella, por lo que podrían ser verificados previa solicitud de la documentación y material informático en los que reposan los datos empleados en este estudio, los mismos que se encuentran bajo resguardo de los autores.

Conflicto de intereses: ninguno

CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

5.1. Características sociodemográficas de la población de estudio

Tabla N° 1. Distribución de 60 personas LGBTI, según características sociodemográficas, que participaron en el estudio CAP's sobre ITS. Cuenca 2017

Edad*	Frecuencia	Porcentaje
18 – 22	26	43,3
23 – 27	20	33,3
28 – 32	7	11,7
38 o más	7	11,7
Total	60	100
Sexo		
Hombre	37	61,7
Mujer	23	38,3
Total	60	100
Nivel de Instrucción		
Básica	4	6,7
Bachillerato	19	31,7
Superior	36	60
Cuarto nivel	1	1,7
Total	60	100
Estado Civil		
Soltero	52	86,7
Unión Libre	6	10
Viudo	1	1,7
Divorciado	1	1,7
Total	60	100

* Media 25.58 años, DS 8.357 años
Fuente: formulario de recolección.
Autores: María Dolores Palacios, Juan Fernando Sánchez.

En la tabla N° 1, se puede apreciar que el 43.3% (26) tuvieron entre 18 y 22 años, con una media de edad de 25.58 años y un desvío estándar de 8.357 años. El 61.7% (37) correspondió a hombres. El 60% (36) alcanzó la educación superior y solo 6.7% (4) tuvo instrucción básica. El 86.7% (52) indicó que su estado civil era soltero y el 10% (6) aseveraron que vivían con su pareja en unión libre.

5.2. Auto-identificación de la población de estudio de acuerdo a género y orientación sexual

Tabla N° 2. Distribución de 60 personas LGBTI, de acuerdo a auto-identificación según género y orientación sexual, que participaron en el estudio CAP's sobre ITS. Cuenca 2017

Orientación Sexual	Frecuencia	Porcentaje
Homosexual	40	66,7
Bisexual	19	31,7
Intersexual	1	1,7
Total	60	100
Género		
Masculino	33	55
Femenino	17	28,3
Travesti	1	1,7
Transgénero	5	8,3
Andrógina	4	6,7
Total	60	100

Fuente: formulario de recolección.

Autores: María Dolores Palacios, Juan Fernando Sánchez.

En la tabla N° 2 se observa que el 66.7% (40) se autodefine como homosexual y el 1.7% (1) indicó ser intersexual. El 55% (33) se identificó con el género masculino y el 1.7% (1) a manera de travesti.

5.3. Conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual de la población en estudio

Tabla N° 3. Distribución de 60 personas LGBTI, según conocimientos sobre ITS, que participaron en el estudio CAP's sobre ITS. Cuenca 2017

	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	17	28,3
Regular	30	50,0
Malo	13	21,7
Total	60	100,0

Fuente: formulario de recolección.

Autores: María Dolores Palacios, Juan Fernando Sánchez.

La tabla N° 3 muestra que el 50% (30) de la población estudiada tuvo un nivel regular de conocimientos respecto a las infecciones de transmisión sexual; y, el 28,3% (17) mostró un buen nivel de conocimientos.



5.4. Actitudes de la población encuestada frente a las ITS

Tabla N° 4. Distribución de 60 personas LGBTI, según actitudes sobre ITS, que participaron en el estudio CAP's sobre ITS. Cuenca 2017

	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	14	23,3
Regular	42	70,0
Malo	4	6,7
Total	60	100,0

Fuente: formulario de recolección.

Autores: María Dolores Palacios, Juan Fernando Sánchez.

Se observa que el 70% (42) presentó una actitud regular en cuanto a ITS, mientras que el 23,3% exhibe buena actitud.

5.5. Prácticas frente a las infecciones de transmisión sexual de la población en estudio

Tabla N° 5. Distribución de 60 personas LGBTI, según prácticas frente a las infecciones de transmisión sexual, que participaron en el estudio CAP's sobre ITS. Cuenca 2017

	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	25	41,7
Regular	31	51,7
Malo	4	6,7
Total	60	100,0

Fuente: formulario de recolección.

Autores: María Dolores Palacios, Juan Fernando Sánchez.

La tabla N° 5 expone que el 51,7% (31) mostró un nivel regular en cuanto a prácticas sexuales; y, el 41,7% (25) tenía buenas prácticas frente a las ITS las cuales reducen el riesgo.



CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

Tocar cualquier tema relacionado con la población LGBTI es considerado incluso en la actualidad como un tabú, el cual se hace más grande aun en las personas LGBTI debido a la discriminación y acoso que sufren por ser mal llamados “diferentes” o “raros” e inclusive “anti-natura” en ocasiones; esto es lo que nos ha impulsado a realizar este trabajo de investigación en el que nos enfocamos hacia caracterizar socio-demográficamente esta población oculta y en determinar sus niveles de conocimientos, sus actitudes y prácticas frente a las ITS.

En el estudio de Cantillo L, Colombia, 2014 sobre “La población de lesbianas, gays, travestis, bisexuales e intersexuales (LGBTI) en el departamento del Atlántico” donde participaron 191 personas, con una edad entre 17 y 60 años, el 88,1% tuvo de 17 a 30 años de edad el 11,9% estuvo compuesto por personas de 31 a 60 años de edad, lo que resulta congruente con el hecho de que la juventud tiende a mostrar más abiertamente su orientación e identidad sexual. En cuanto al estado civil, 86,9% de los estudiados fueron solteros y 12,6% ostentó pareja formal ya sea como casado o en unión libre. Por otra parte en cuanto al nivel de instrucción, el 45,9% de los sujetos tenía educación universitaria y menos del 5% presentó educación primaria. El 50,0% se autodefinió como gay, el 23,4% lesbiana, el 15,2% bisexual el 10,09% travesti y el 0,5% intersexual, se postuló además que el hecho de que el mayor porcentaje de encuestados corresponda a gays obedece a que ellos son socialmente más visibles que la población de mujeres lesbianas que aún siguen invisibilizando su orientación sexual dentro de una sociedad patriarcal (37).

En el estudio de Careaga G, y Batista G, México, 2017 sobre “Migración LGBTI a la Ciudad de México” La investigación comprendió a 106 personas, los tres grupos etarios principales fueron entre 24 y 35 años, seguidos de las personas entre 35 y 44 años y por último los de entre 19 y 24 años. Un 19% se identificó como lesbiana, 40% como gay y 9% como bisexual. Esta investigación incorporó también la identidad de género, donde 27,6% se identificaron como femenino, 39% masculino, 30,5% trans y el 1% a manera de intersex (38).



A nivel local, Ortega K, Ponce M, y Vísnay K, en su investigación sobre “Condiciones Sociodemográficas, Discriminación, Acceso a la Atención de Salud y Cumplimiento de los Derechos Humanos de la Comunidad GLBTI en Cuenca - Ecuador 2014” encontraron que el 32,29% de la población estudiada tenía entre 22 y 27 años de edad. El 30,21% tenían secundaria completa. En cuanto a estado civil el 68,75% eran solteros. El 50% fueron gay, el 18,75% bisexual y el 16,76% lesbianas (39).

Al comparar los estudios con el nuestro, podemos apreciar paralelismo en los datos encontrados, pues en cuanto a la edad los tres estudios coinciden en que la mayoría de la población encuestada fueron adultos jóvenes entre 17 y 32 años con un porcentaje superior a 80%, asimismo en nuestra investigación encontramos que el 88,3% de los encuestados fueron menores a 32 años. El nivel de instrucción se encuentra entre bachillerato y educación superior en un tercio de los encuestados y cerca de la mitad respectivamente, según nuestro estudio el 31,7% tuvieron instrucción secundaria y 60% educación superior. Sobre el estado civil Cantillo L, Colombia, 2014 y nuestra investigación revelaron que el estado civil predominante lo conformaban los solteros con un 86%. En cuanto a sexo, orientación sexual y género, los estudios expusieron un porcentaje entre 49 y 73,4% de homosexualidad y según Ortega K, Ponce M, y Vísnay K, Cuenca – Ecuador 2014, el 66,76% fueron homosexuales concordando con nuestros datos.

En lo que respecta a los resultados obtenidos acerca de nivel de conocimiento sobre ITS, nuestros resultados mostraron que el 100% de la población estudiada tenía conocimiento sobre VIH/SIDA, seguida del 86,7% que conocían sobre herpes, sin embargo sólo el 33,3% conocían sobre tricomoniasis. El 95% identificó al contacto sexual con penetración como una forma de transmisión de las ITS y en cuanto a la manifestación de las ITS, el 83,3% reconoció la secreción por los genitales como un signo de infección. Respecto a qué ITS son curables, el 76,7% señaló que la gonorrea era curable, así mismo el 68,3% (41) creía que el herpes también era curable. Estos resultados difieren de la investigación realizada por Tairy D, et al, Israel 2017, titulada “Differences in knowledge, attitudes and behaviors of Israeli HIV-uninfected gay men in HIV discordant vs. concordant steady relationships”, en el que se muestra que el 73,3% de los



encuestados hombres homosexuales que mantenían relaciones de pareja VIH discordantes tenían un buen nivel de conocimiento sobre VIH y su forma de transmisión; según Budhwani H, et al, República Dominicana 2016, en su estudio “Transgender female sex workers’ HIV knowledge, experienced stigma, and condom use in the Dominican Republic” encontraron que más del 80% de la población estudiada identificó el contacto sexual sin uso de condón, como una forma de transmisión de VIH, y sostienen además haber encontrado que los bajos niveles de conocimiento sobre VIH están asociados con menores tasas de uso de condón. Según un estudio realizado en nuestra ciudad, por Beltrán H, Buenaño C, y Bustamante G, titulado “Evaluación y Modificación de los Conocimientos, Actitudes y Prácticas en los Estudiantes de la Escuela de Trabajo Social de La Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca, frente a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH/SIDA” Cuenca 2010, se encontró que previo intervención, el 99% de la población conocía sobre VIH, seguido del 81% que conocía sobre herpes; en cuanto a las vías de transmisión de las ITS, el 82% de la población estudiada identificó al contacto sexual con penetración. Referente a las manifestaciones de las ITS, el 74% reconoció la secreción por los genitales como un signo de infección. Sobre qué ITS son curables, el 63% señaló que la gonorrea era curable; recalcamos que la población estudiada en este último, difiere de la nuestra en cuanto a edad, con un 86% de personas entre 18 y 25 años y no se especifica su orientación sexual. Con lo anterior, en nuestro estudio encontramos un nivel de conocimientos regular el 50% de la población, según un estudio realizado por Cardona J, et al, Colombia 2013, titulado “Conocimientos, actitudes y prácticas acerca de infecciones de transmisión sexual en adolescentes”, el nivel de conocimientos fue deficiente, por lo que en contraste, el nivel de conocimiento en nuestra población estudiada fue superior (36) (40) (41) (42).

Sobre las actitudes frente a las ITS, la población investigada que más se asemeja a la nuestra en términos de edad y nivel de instrucción, es la anteriormente citada “Evaluación y Modificación de los Conocimientos, Actitudes y Prácticas en los Estudiantes de la Escuela de Trabajo Social de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca, frente a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH/SIDA” Cuenca 2010, realizada por Beltrán H, et al, en la que reportan que



el 74% de los encuestados indicó que si conociera a un amigo con una ITS le recomendaría acudir a un hospital cercano, mientras el 20% recomendaría acudir a una farmacia. Por otro lado, el 89% refirió que si un amigo tuviera una ITS le sugeriría visitar a su médico, el 90% indicó que aconsejaría usar condón en todas las relaciones sexuales para no infectarse con una ITS, mientras que el 36% aconsejaría no tener relaciones sexuales. El 92% indicó que si tuviera un amigo que tiene relaciones sexuales con desconocidos o poco conocidos le sugeriría protegerse con el uso del condón, mientras que el 49% sugeriría lavarse los genitales después de concluida la relación sexual. Estos datos difieren de los resultados de nuestro estudio en el que encontramos que el 81,7% indicó que recomendaría a un amigo acudir a un hospital cercano y el 3,3% recomendaría acudir a una farmacia. El 86,7% refirió que si un amigo tuviera una ITS le sugeriría visitar a su médico. El 75% indicó que aconsejaría usar condón para no infectarse con una ITS, el 3,3% aconsejaría no tener relaciones sexuales. El 88,3% indicó que si tuviera un amigo que tiene relaciones sexuales con desconocidos o poco conocidos le sugeriría protegerse con el uso del condón, mientras que el 25% sugeriría lavarse los genitales después de concluida la relación sexual. Cardona J, et al, Colombia 2013, encontró un nivel satisfactorio respecto a las actitudes frente a estas infecciones. Por lo que, contrastando con nuestra población en la que el 70% de los encuestados obtuvo una calificación regular, las actitudes en las personas LGBTI estudiadas conllevan a un mayor riesgo de adquirir una ITS (36) (42).

Vélez P, Rojas Y, y Mogollón A, Colombia, 2015, en su investigación sobre “Actitudes y Prácticas Frente a la Sexualidad de los Homosexuales” evidencia que la edad para el inicio de vida sexual activa en la población LGBTI se da en su etapa de adolescencia con el fin de experimentar vivencias, o por curiosidad a las sensaciones relacionadas con su reconocimiento sexual, lo que indiscutiblemente afectará su vida sexual y reproductiva en virtud de los peligros que esto conlleva. Según nuestra investigación, la edad de inicio de la vida sexual es de 12 años en el 3,3% y el 36,7% lo hicieron entre los 17 y 18; años apenas el 6,7% refirieron no haber iniciado su vida sexual. Según Vélez P, la edad de inicio de vida sexual en el 61,1% se dio entre los 14 a 19 años. De nuestros encuestados, 36,7% indicó haber tenido una pareja sexual durante los



últimos 12 meses, lo que consideramos una buena práctica, pues según Vélez P, el alto número de compañeros sexuales en los individuos es una práctica que aumenta el riesgo de contraer una ITS. Según nuestros datos, el tipo de hábito sexual más frecuente fue el sexo oral con 76,7%, seguido del sexo anal con 66,7%, coincidiendo con Vélez P, que sostiene que el hábito sexual más frecuente es el oral con 52,2% y afirma además que esta conducta aumenta el riesgo de contraer alguna infección, ya que en cada práctica consumen microorganismos provenientes de los fluidos corporales. De nuestros encuestados, el 5% indicó haber padecido alguna ITS y de estos el 1,7% indicó padecer VIH, según Logie C, Navia D, y Loufty M, Toronto - Canada , 2015, en su estudio “Correlates of a lifetime history of sexually transmitted infections among women who have sex with women in Toronto, Canada: results from a cross-sectional internet-based Survey”, el 19,1% de los participantes reportó haber padecido alguna ITS durante su vida y de ellos 5% indicaron padecer una ITS al momento de ser encuestado. Según nuestro estudio el 48,3% refirió haber tenido relaciones sexuales en estado de embriaguez o bajo efectos de sustancias afrodisíacas, el 53,3% aseveró haber tenido relaciones sexuales con personas desconocidas o poco conocidas, sin embargo, el 63,3% aseguró que siempre utilizó condón en relaciones fortuitas; esto se contrapone con los resultados de la investigación realizada por Vélez P, Colombia, 2015, quien encontró que el 13,9% de los encuestados habían hecho uso de sustancias. En cuanto al uso de condón durante sus relaciones habituales con su pareja, el 38,3% reveló que lo utiliza ocasionalmente refiriendo que su pareja era estable y no lo necesitaban; así mismo en el estudio de Tairy D, Israel 2017, se observó que el 48,6% de las parejas VIH discordantes tuvieron prácticas sexuales anales sin uso de condón incluso conociendo el riesgo de transmisión de la infección, reflejando así la complejidad en el uso de condones en una relación a largo plazo. Para Cardona J, Colombia 2013, quien estudió las prácticas acerca de las infecciones de transmisión sexual en adolescentes escolarizados del municipio de Caldas, Colombia, las prácticas fueron satisfactorias. Al contrastar nuestra investigación en la que el 51,7% de las personas refirieron un nivel regular de prácticas y el 41,7% mostraron buenas prácticas, podemos decir que las personas participantes de nuestro estudio tienen más riesgo de contraer una infección de transmisión sexual (40) (42) (43) (44).



CAPÍTULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 Conclusiones

- Cerca de la mitad de quienes participaron en el estudio se encontraban entre los 18 y 22 años de edad, el sexo predominante lo constituyeron los hombres, la orientación sexual más frecuente fue homosexual, alrededor de la mitad se identificaron dentro del género masculino, dos terceras partes alcanzaron un nivel superior de instrucción, la mayoría son solteros.
- La infección sexual universalmente conocida es el VIH/SIDA; la vía de transmisión de las ITS que conoció tres cuartos del universo fue el contacto sexual con penetración; los conocimientos sobre la sintomatología de estas infecciones fueron regulares y la mayoría identifica como síntoma la secreción genital; se identificó un mal nivel de conocimiento sobre qué infecciones son curables, donde el cerca de tres cuartos de encuestados aseveró que el herpes es curable.
- El nivel de conocimientos y actitudes en la mitad de las personas encuestadas fue regular.
- La mitad de las personas LGBTI mostraron prácticas regulares; sin embargo en dos quintos existió buenas prácticas sexuales.
- La edad de inicio de vida sexual más precoz fue a los 12 años, con una media de 16,18 años. casi la mitad de los encuestados tuvieron relaciones bajo efectos del alcohol o sustancias afrodisíacas, de igual modo la mitad de los participantes refirió haber tenido relaciones sexuales fortuitas
- El sexo oral se constituyó en el hábito más frecuente ya que es practicado por tres cuartos de las personas participantes.

7.2 Recomendaciones

- Reconocer y aceptar que la diversidad sexual es parte de nuestra sociedad para brindar una atención priorizada y con enfoque hacia este grupo tan vulnerable y discriminado.
- Menos de la mitad de los encuestados logran identificar la sintomatología de una ITS, por lo que recomendamos reforzar los conocimientos sobre



los síntomas de las ITS y cuáles son curables, a través de campañas de salud, uso de panfletos informativos por parte de las instituciones que forman parte de la red pública de salud.

- Actuar con principios éticos, humanidad y calidez en la atención brindada, ya que cerca de un cuarto de los encuestados dudan al momento de sugerir a un amigo con una ITS que acuda a un médico.
- Ampliar el acceso hacia los métodos de barrera como prevención de ITS, pues más de la mitad de los encuestados aseveró tener relaciones sexuales fortuitas, y una cuarta parte indicó que usaba el condón ocasionalmente.



CAPÍTULO VIII

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gil-Borrelli CC, Velasco C, Iniesta C, de Beltrán P, Curto J, Latasa P. Hacia una salud pública con orgullo: equidad en la salud en las personas lesbianas, gays, bisexuales y trans en España. *Gac Sanit.* mayo de 2017;31(3):175-7.
2. Medline Plus. Enfermedades de transmisión sexual [Internet]. MedlinePlus Enciclopedia Médica. 2016 [citado 2 de octubre de 2017]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/sexuallytransmitteddiseases.html>
3. Organización Mundial de la Salud (WHO). Infecciones de Transmisión Sexual [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2016 [citado 2 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>
4. Wang H, Wolock TM, Carter A, Nguyen G, Kyu HH, Gakidou E, et al. Estimates of global, regional, and national incidence, prevalence, and mortality of HIV, 1980-2015: the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet HIV.* 2016;3(8):361–387.
5. Ministerio de Salud Pública. Atención en salud a personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersex (LGBTI). Manual. Primera edición. Quito: Dirección Nacional de Normatización, Dirección Nacional de Derechos Humanos Género e Inclusión-MSP. Quito. 2016. Disponible en: <http://salud.gob.ec;>
6. Soto V. Infecciones de Transmisión Sexual: Epidemiología y Prevención. *Rev Exp En Med Hosp Reg Lambayeque.* 2015;1(2):61-5.
7. The Lancet. STIs climbing in men who have sex with men in England. *The Lancet.* 4 de julio de 2015;386(9988):2.
8. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). National Overview of Sexually Transmitted Diseases (STDs), 2014 [Internet]. Division of STD Prevention 2015. 2015 [citado 2 de octubre de 2017]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/stats14/natoverview.htm>
9. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). MSP e INEC presentan resultados de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva [Internet]. Instituto Nacional de Estadística y Censos. 2014 [citado 2 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/msp-e-inec-presentan-resultados-de-demografia-y-salud-sexual-y-reproductiva/>
10. Mejía J, Almananza M. Comunidad Lgbt: Historia y reconocimientos jurídicos. *Revista Justicia.* 2010;15(17):77-110.
11. Asamblea Constituyente del Ecuador. Constitución de la República del Ecuador. Regist Of 449 20-Oct-2008 [Internet]. 2008 [citado 2 de octubre de



- 2017]; Disponible en:
<http://repositorio.dpe.gob.ec/bitstream/39000/638/1/NN-001-Constituci%C3%B3n.pdf>
12. Institute of Medicine (IOM). The health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding. Washington, DC: National Academies Press; 2011. 347 p.
 13. Secretaría Distrital de Planeación - Alcaldía Mayor de Bogotá. Boletín No. 25 LESBIANAS, GAYS, BISEXUALES Y TRANSGENERISTAS EN CIFRAS [Internet]. Secretaría Distrital de Planeación - Alcaldía Mayor de Bogotá. 2010 [citado 13 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/InformacionTomaDecisiones/Estadisticas/Bogot%E1%20Ciudad%20de%20Estad%EDsticas/2011/DICE108-CartillaEstadisticasLGBT-2011.pdf>
 14. CONSEJO NACIONAL PARA LA IGUALDAD DE GÉNERO (CNIG). GLOSARIO DE DIVERSIDADES SEXUALES [Internet]. CNIG. 2017 [citado 2 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.igualdadgenero.gob.ec/glosario-de-diversidades-sexuales/>
 15. Mustanski B, Van Wagenen A, Birkett M, Eyster S, Corliss HL. Identifying sexual orientation health disparities in adolescents: analysis of pooled data from the Youth Risk Behavior Survey, 2005 and 2007. J Inf [Internet]. 2014 [citado 3 de octubre de 2017];104(2). Disponible en: <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2013.301748>
 16. Wood S, Salas C, Dowshen N. Human Immunodeficiency Virus, Other Sexually Transmitted Infections, and Sexual and Reproductive Health in Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender Youth. Pediatr Clin North Am. diciembre de 2016;63(6):1027-55.
 17. Medline Plus. Infecciones por clamidia [Internet]. MedlinePlus Enciclopedia Médica. 2016 [citado 3 de octubre de 2017]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/chlamydiainfections.html>
 18. Figueroa R. Uretritis gonocócica. Perinatol Reprod Humana. 2013;27(2):113–122.
 19. Mitchell C. Aumenta la resistencia a los antibióticos para la gonorrea, nuevos medicamentos son necesarios [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2017 [citado 3 de octubre de 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13449%3Aantibiotic-resistant-gonorrhoea-on-the-rise-new-drugs-needed&catid=1443%3Aweb-bulletins&Itemid=135&lang=es
 20. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sífilis y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres [Internet]. División para la Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual. 2017 [citado 3 de



- octubre de 2017]. Disponible en:
<https://www.cdc.gov/std/spanish/sifilis/stdfact-msm-syphilis-s.htm>
21. Medline Plus. Sífilis Primaria [Internet]. MedlinePlus Enciclopedia Médica. 2017 [citado 3 de octubre de 2017]. Disponible en:
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000861.htm>
 22. Medline Plus. Sífilis congénita [Internet]. MedlinePlus Enciclopedia Médica. [citado 3 de octubre de 2017]. Disponible en:
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001344.htm>
 23. Iglesias A, Martín G. Actualización en infecciones de transmisión sexual. Piel Form Contin En Dermatol. 2016;31(9):623-30.
 24. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Infección genital por VPH: Hoja informativa [Internet]. División para la Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual. 2017 [citado 3 de octubre de 2017]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/spanish/vph/stdfact-hpv-s.htm>
 25. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Frieden T, Jaffe H. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep. 2015;64(3):1-140.
 26. Ministerio de Salud Pública. Guía de atención integral para ADULTOS Y ADOLESCENTES CON INFECCIÓN POR VIH/SIDA. Primera edición. Quito: Dirección Nacional de Normatización-MSP. Quito. 2016. Disponible en: [http://salud.gob.ec](http://salud.gob.ec;); 2016.
 27. Kasper DL. Harrison principios de medicina interna. Aravaca, Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España; 2015.
 28. Mundo BBC. Cuáles son los países de América Latina con más casos nuevos de VIH/sida. BBC Mundo [Internet]. 22 de julio de 2016 [citado 2 de octubre de 2017]; Disponible en: <http://www.bbc.com/mundo/noticias-36866330>
 29. Chaine B, Janier M. Infecciones de transmisión sexual. EMC - Urol. marzo de 2013;45(1):1-11.
 30. Granados M, Sierra JC. Excitación sexual: una revisión sobre su relación con las conductas sexuales de riesgo. Ter Psicológica. abril de 2016;34(1):59-70.
 31. Rull MAP, Tinoco CÁ, Mondragón JCF, Flores LG, Muñoz LH, Campos AKR. Conducta sexual de riesgo en tres universidades privadas de la Ciudad de México. Psicol Salud. 2013;23(1):25–32.
 32. Gasch À, Tomás C, Rubio E. Pareja, situaciones socioeconómicas y prácticas de riesgo en hombres que tienen sexo con hombres. Gac Sanit. 1 de noviembre de 2015;29(6):412-8.



33. Learning G Cengage. A Study Guide for Psychologists and Their Theories for Students: ALBERT BANDURA. Gale, Cengage Learning; 2015. 64 p.
34. Universidad del Rosario, Peña-Correal TE. El legado del Manifiesto Conductista: 100 años después. *Av En Psicol Latinoam*. 13 de enero de 2014;32(1):1-3.
35. Silva RB. El cognitivismo y la negación de la mente: influencia del dualismo cartesiano. *PANORAMA*. 2014;8(14):48–58.
36. Beltrán Serrano HE, Buenaño Rodríguez CE, Cabrera Bustamante GA. Evaluación y modificación de los conocimientos actitudes y prácticas en los estudiantes de la Escuela de Trabajo Social de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca, frente a las infecciones de transmisión sexual ITS y VIH/SIDA [B.S. thesis]. 2010.
37. Cantillo Barrios, L. La población de lesbianas, gays, travestis, bisexuales e intersexuales (LGBTI) en el departamento del Atlántico. *La Manzana de la Discordia*, [S.l.], v. 8, n. 1, p. 23-35, mar. 2016. ISSN 2500-6738. Disponible en:
<http://manzanadiscordia.univalle.edu.co/index.php/la_manzana_de_la_discordia/article/view/1549>. Fecha de acceso: 15 ene. 2018 doi: <https://doi.org/10.25100>.
38. Careaga G, Batista X. Migración LGBTI a la Ciudad de México. *El Cotid*. 2017;(202):105–113.
39. Ortega Flores KE, Ponce Zambrano MM, Visnay Parra KV. Tesis [Internet]. 2015 [citado el 15 de Enero de 2018]. Recuperado a partir de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/22775>.
40. Tairy D, Levy I, Turner D, Livnat Y, Mor Z. Differences in knowledge, attitudes and behaviors of Israeli HIV-uninfected gay men in HIV-discordant vs. concordant steady relationships. *AIDS Care*. 18 de diciembre de 2017;1-5.
41. Budhwani H, Hearld KR, Hasbun J, Charow R, Rosario S, Tillotson L, et al. Transgender female sex workers' HIV knowledge, experienced stigma, and condom use in the Dominican Republic. Mitchell C, editor. *PLOS ONE*. 2 de noviembre de 2017;12(11):e0186457.
42. Cardona C, Arboleda P, Rosero Ascuntar C. Conocimientos, actitudes y prácticas acerca de infecciones de transmisión sexual en adolescentes del municipio de Caldas (Colombia). *Rev Salud Uninorte*. 2013;29(2):236–248.
43. Vélez-Laguado P, Rojas-Dodino Y, Mogollón-González AM. Actitudes y prácticas frente a la sexualidad de los homosexuales. *Rev Cienc Cuid*. 2015;12(1):40–52.
44. Logie CH, Navia D, Loutfy MR. Correlates of a lifetime history of sexually transmitted infections among women who have sex with women in Toronto,



Canada: results from a cross-sectional internet-based survey. *Sex Transm Infect.* junio de 2015;91(4):278-83.



CAPÍTULO IX

9. ANEXOS

ANEXO N° 1

Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha	Tiempo	Años	18 – 22 23 – 27 28 – 32 33 – 37 38 o más
Sexo	Condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres.		Fenotipo	-Femenino -Masculino -Intersexual
Orientación Sexual	Dirección de la atracción erótica o emocional en función de su sexo o género	Orientación Sexual	Tipo	-Heterosexual -Homosexual -Bisexual -Otros
Género	Construcción psicológica, social y cultural frente al sexo que define la forma de actuar según el sexo	Género	Tipo	-Masculino -Femenino -Transformista -Travesti -Transgénero -Andrógina -Transexual
Nivel de Instrucción	Número de niveles educativos que ha aprobado o lleva cursando una persona	Educación	Períodos Académicos	-Ninguna -Básica -Bachillerato -Tercer Nivel -Cuarto Nivel
Estado Civil	Condición de una persona según el registro civil, en función de si tiene o no pareja y su situación legal al respecto	Legal	Documento de identificación	-Soltero -Unión libre -Unión de hecho -Casado



				-Viudo -Divorciado
Conocimientos sobre ITS	Conjunto de información adquirida en relación a ITS	Información adquirida	Encuesta CAP's	-Buena -Regular - Mala
Actitud sobre ITS	Modo de actuar frente a una situación probable	Actitud	Encuesta CAP's	-Buena -Regular - Mala
Prácticas sobre ITS	Experiencias sobre una situación específica	Prácticas	Encuesta CAP's	-Buena -Regular - Mala



ANEXO N° 2

Cuenca, octubre de 2017

**Universidad de Cuenca
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Medicina**

Sr.

DIRIGENTE DEL COLECTIVO

De mi consideración

Luego de saludarle muy cordialmente, aprovecho la oportunidad para solicitar de la manera más comedida su colaboración en el proyecto de investigación “Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre ITS en la población LGBTI de la ciudad de Cuenca 2017” para lo cual los estudiantes de la Escuela de Medicina, María Dolores Palacios y Juan Fernando Sánchez deberán aplicar encuestas a los miembros de su colectivo.

Debo informar a usted que cada miembro deberá firmar un consentimiento informado previo a la aplicación de la encuesta, en el que se especifica que la información proporcionada deberá ser totalmente veraz y esta será de carácter confidencial.

Los resultados finales habrán de ser socializados para beneficio de la colectividad con el afán de constituirse en una herramienta o base para futuras investigaciones.

Esperamos contar con su gentil colaboración y agradecemos de antemano su favorable acogida.

Atentamente.

Dra. Jeanneth Tapia Cárdenas
DIRECTORA DE LA INVESTIGACIÓN



ANEXO N° 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente, nosotros, María Dolores Palacios Serrano y Juan Fernando Sánchez Criollo, egresados de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca, nos permitimos informarle que ha sido seleccionado como posible participante en nuestro proyecto de investigación “ Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre ITS en la población LGBTI en la ciudad de Cuenca 2017”

Se trata de un proyecto de investigación previo a la obtención de nuestro título profesional de médico y médica.

Si usted decide participar, le solicitaremos responder de forma honesta y veraz, un cuestionario de veinte y seis preguntas con un tiempo de duración aproximado de 15 minutos; toda la información proporcionada será totalmente confidencial y solo podrá ser conocida por las personas que trabajen en este estudio. Si se llegaran a publicar los resultados, su identidad no será revelada bajo ninguna circunstancia.

Aclaremos que tiene derecho a negar su participación, así como a retirarse del estudio en el momento que lo considere oportuno, sin que esto conlleve ninguna repercusión en la actualidad o en el futuro.

Al participar de la investigación usted no tendrá que cancelar rubro alguno por ser considerado para la misma y de igual forma su participación no tendrá remuneración económica.

Antes, durante y después de completado el cuestionario usted podrá hacer saber a los investigadores cualquier inquietud que tuviere sobre esta investigación, para dicho efecto ponemos a su disposición nuestros números telefónicos de contacto, así como correos electrónicos: María Dolores Palacios, 095-893-5667 dolo.palacios@gmail.com y Juan Fernando Sánchez, 095-884-3456 s_juanfernando@hotmail.es

Si en algún momento tiene preguntas sobre sus derechos como sujeto de investigación, puede contactar a la Comisión de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.



Tras haber sido informado adecuadamente sobre esta investigación, luego de haber comprendido y recibido las respuestas a mis inquietudes, declaro mi voluntad de formar parte de la investigación al situar mi firma en este documento.

Fecha: _____

Firma del Encuestado: _____

Nombre y Firma del investigador: _____



ANEXO N° 4

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE INFECCIONES DE TRASMISIÓN SEXUAL EN LA POBLACIÓN LGBTI. CUENCA, 2017

El presente cuestionario tiene como finalidad identificar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre infecciones de transmisión sexual en los colectivos LGBTI en Cuenca, 2017. Para llevar a cabo dicho efecto solicitamos su colaboración respondiendo las preguntas con absoluta sinceridad, recordemos que los datos de este cuestionario son confidenciales, se utilizarán únicamente para esta investigación y no se publicarán los formularios, no se debe colocar nombres, pseudónimos, o marcas en el formulario para garantizar la confidencialidad de la información proporcionada.

SECCIÓN I IDENTIFICACIÓN DEL CUESTIONARIO

CODIFICACIÓN

NÚMERO DE FORMULARIO

Fecha:

dd __ mm __ aa ____

SECCIÓN II DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

II 01	Edad en años cumplidos	_____ Años
II 02	Sexo	1 Hombre <input type="checkbox"/> 2 Mujer <input type="checkbox"/>
II 03	Orientación Sexual	1 Heterosexual <input type="checkbox"/> 2 Homosexual <input type="checkbox"/> 3 Bisexual <input type="checkbox"/> 4 Otros <input type="checkbox"/>
II 04	Género	1 Masculino <input type="checkbox"/> 2 Femenino <input type="checkbox"/> 3 Transformista <input type="checkbox"/> 4 Travesti <input type="checkbox"/> 5 Transgénero <input type="checkbox"/> 6 Andrógina <input type="checkbox"/> 7 Transexual <input type="checkbox"/>
II 05	Nivel de Instrucción	1 Ninguna <input type="checkbox"/> 2 Básica <input type="checkbox"/> 3 Bachillerato <input type="checkbox"/> 4 Tercer Nivel <input type="checkbox"/> 5 Cuarto Nivel <input type="checkbox"/>
II 06	Estado Civil	1 Soltero <input type="checkbox"/> 2 Unión Libre <input type="checkbox"/> 3 Unión De Hecho <input type="checkbox"/> 4 Casado <input type="checkbox"/> 5 Viudo <input type="checkbox"/> 6 Divorciado <input type="checkbox"/>



SECCIÓN III PREGUNTAS DE CONOCIMIENTOS

III 01

¿Qué infecciones de transmisión sexual conoce?

- 1 Tricomoniasis
- 2 Gonorrea
- 3 Sífilis
- 4 Clamidiasis
- 5 Condiloma
- 6 Herpes
- 7 VIH/SIDA
- 8 Otras:

III 02

¿Cómo se transmiten las ITS?

- | | 1 SÍ | 2 NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1 Contacto sexual sin penetración | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 Contacto sexual con penetración | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 Por transfusiones de sangre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 De una madre infectada a hijo durante el embarazo, parto o lactancia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 A través del beso o sudor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 Otras: | | |

III 03

¿Cómo se manifiestan las ITS?

- | | 1 SÍ | 2 NO |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 Dolor en el vientre bajo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 Secreción por los genitales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 Verrugas en genitales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 Manchas en la piel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 Inflamación de ganglios | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 Otras: | | |

III 04

¿Cuáles de estas infecciones son curables y cuáles no?

- | | 1 SÍ | 2 NO |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 Tricomoniasis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 Gonorrea | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 Sífilis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 Clamidiasis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 Condiloma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 Herpes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SECCIÓN IV

Preguntas de actitudes

IV 1

Si conociera a un amigo (a) con una ITS. ¿a dónde le recomendaría acudir para recibir atención?

- 1 A un hospital cercano
- 2 A su médico de familia
- 3 A una farmacia
- 4 A otro amigo/(a) para que le sugiera tratamiento
- 5 Conversar con sus padres
- 6 Otras: ¿Cuáles?:



IV 2	Si un amigo o amiga tuviera una ITS ¿cuál sería su actitud?	1 Me alejaría de él o ella <input type="checkbox"/> 2 Le ayudaría a curarse <input type="checkbox"/> 3 Le diría que aprendió a hacer el amor <input type="checkbox"/> 4 Que es propio de la edad <input type="checkbox"/> 5 Le sugeriría visitar a su médico <input type="checkbox"/>
IV 3	¿Qué le aconsejaría a sus amigos para no infectarse con una ITS?	1 Tener conocimientos sobre las infecciones <input type="checkbox"/> 2 No tener relaciones sexuales <input type="checkbox"/> 3 Fidelidad a su pareja <input type="checkbox"/> 4 Escoger bien la pareja <input type="checkbox"/> 5 Usar condón en todas las relaciones sexuales <input type="checkbox"/> 6 Tener relaciones sin penetración <input type="checkbox"/>
IV 4	¿Qué sugerencia le daría a un amigo (a) que le comunica que tiene relaciones sexuales con desconocidos o poco conocidos?	1 Protegerse con el uso del condón <input type="checkbox"/> 2 Lavarse los genitales después de concluida la relación sexual <input type="checkbox"/> 3 Visitar al médico buscando orientación <input type="checkbox"/> 4 No tener relaciones sexuales con desconocidos <input type="checkbox"/>
SECCIÓN V	Preguntas sobre prácticas.	
V 1	¿Ha tenido relaciones sexuales? Respuesta negativa, da como finalizado el cuestionario. Gracias.	1 SÍ <input type="checkbox"/> 2 NO <input type="checkbox"/>
V 2	¿A qué edad inició su vida sexual?	_____ Años
V 3	¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en los últimos 12 meses?	__ _ Personas
V 4	Ha tenido durante su vida relaciones sexuales con:	1 Personas del mismo sexo <input type="checkbox"/> 2 Personas del sexo contrario <input type="checkbox"/> 3 Personas de ambos sexos <input type="checkbox"/>
V 5	¿Qué tipo de hábito sexual utiliza durante sus relaciones sexuales?	1 Sexo oral <input type="checkbox"/> 2 Sexo anal <input type="checkbox"/> 3 Coito genital <input type="checkbox"/>
V 6	¿Ha padecido durante su vida alguna ITS?	1 SÍ <input type="checkbox"/> 2 NO <input type="checkbox"/>
V 7	¿Conversa con su pareja sobre estas infecciones?	1 SÍ <input type="checkbox"/> 2 NO <input type="checkbox"/>
V 8	¿Ha tenido relaciones sexuales en estado de embriaguez o bajo los	1 SÍ <input type="checkbox"/> 2 NO <input type="checkbox"/>



efectos de sustancias afrodisíacas?

V 9 ¿Utiliza condón durante sus relaciones habituales con su pareja?

1 Siempre

2 Ocasionalmente

3 Nunca

V 10 En caso de no utilizar preservativo indique ¿por qué?

1 Disminuye la sensibilidad

2 No sé utilizarlo

3 Siento vergüenza pedírselo a mi pareja

4 Siento vergüenza al adquirirlo en la farmacia

5 Considero que mi pareja es estable y no lo necesito

V 11 ¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales con personas desconocidas o poco conocidas?

1 SÍ

2 NO

V 12 ¿Ha utilizado el condón en relaciones fortuitas?

1 Siempre

2 Ocasionalmente

3 Nunca

ANEXO N° 5 CLAVE DE CALIFICACIÓN:

SECCIÓN III CONOCIMIENTOS

Pregunta III 1 Conocimiento de las ITS (puntuación final entre 11 y 10)

Si reconoce:

Sífilis: 2 puntos

Gonorrea: 2 puntos

SIDA: 2 puntos

Condiloma: 1 punto

Tricomona: 1 punto

Clamidia: 1 punto

Herpes: 1 punto

Otras relacionadas: 1 punto

Pregunta III 2 Conocimiento de las vías de transmisión de las ITS (Puntuación final 12 y -2)

Si reconoce:

Contacto con penetración: 3 puntos

Materna: 3 puntos

Transfusión: 3 puntos

Otra con relación: 1 punto

Contacto sexual sin penetración: 2 puntos

Beso, sudor: -2 puntos



**Pregunta III 3 Conocimiento de los síntomas y signos de las ITS
(Puntuación final 10 y -2)**

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 III 4 Conocimiento sobre curación de las ITS (Puntuación final
entre 10 y -3)**

Si reconoce:

Sífilis: 3 puntos

Tricomona: 2 puntos

Gonorrea: 3 puntos

Clamidia: 2 puntos

SIDA: -2 puntos

Condiloma: -1 punto

SECCIÓN IV ACTITUDES

**Pregunta IV 1. Recomendación a dónde debe acudir un amigo(a) que
padece una ITS (Puntuación final entre 10 y menos 3)**

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 IV 2 Actitud ante un amigo con una ITS (Puntuación final entre
10 y -6)**

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 IV 3 Recomendación a un amigo para no infectarse con una ITS (Puntuación final entre 10 y -1)

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 IV 4 Recomendaciones a un amigo(a) que mantiene relaciones con desconocidos (Puntuación final entre 10 y 0)

Si reconoce:

Protegerse condón: 3 puntos

No relación con desconocidos: 3 puntos

Lavarse genitales: 2 puntos

Visitar al médico: 2 puntos

SECCIÓN V PRÁCTICAS

Pregunta V 1 No se evalúa.

Pregunta V 2 No se evalúa.

Pregunta V 3 Relaciones sexuales en los últimos 12 meses: número de parejas (Puntuación final entre 10 y 4)

1 persona: 4 puntos

2 personas: 6 puntos

Más de 2 personas: 10 puntos

Pregunta V 4 Relaciones heterosexuales, bisexuales, homosexuales (Puntuación final entre 10 puntos y 4)

Personas del sexo contrario: 4 puntos

Personas de ambos sexos: 6 puntos

Personas del mismo sexo: 10 puntos

Pregunta V 5 Tipo de práctica sexual

Anal: 5 puntos

Genital: 4 puntos

Sexo oral: 1 punto

Pregunta V 6 Padecimiento de ITS (Puntuación final entre 10 y cero puntos)



No: 0 puntos

Sí: 10 puntos

Pregunta V 7 Conversar con la pareja sobre ITS (Puntuación final entre 10 y cero)

Sí 0 puntos

No: 10 puntos

Pregunta V 8 Relaciones sexuales bajo el efecto de alcohol u otras sustancias afrodisíacas (Puntuación final entre 10 y cero)

No: 0 puntos

Sí: 10 puntos

Pregunta V 9 Uso del preservativo (Puntuación final entre 8 y 4 puntos)

Si siempre: 4 puntos

Si ocasionalmente: 6 puntos

Si nunca: 8 puntos

Pregunta V 11 Relaciones sexuales con desconocidos (Puntuación final entre 10 puntos y cero puntos)

No: 0 puntos

Sí 10 puntos

Pregunta V 12 Uso del preservativo en relaciones sexuales con desconocidos (Puntuación final entre 10 y 4 puntos)

Siempre: 4 puntos

Ocasionalmente: 6 puntos

Nunca: 10 puntos

Cada respuesta obtenida sobre conocimientos, actitudes y prácticas recibirá un valor según el código de calificación con el que se obtendrá la puntuación para el análisis, a saber:

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.

VARIABLES DE PRÁCTICAS

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

ANEXO N° 6 Variables De Conocimientos Sobre ITS

		Frecuencia	Porcentaje	n
¿Qué Infecciones de Transmisión Sexual Conoce?	Tricomoniasis	20	33,3	60
	Gonorrea	51	85	60
	Sífilis	49	81,7	60
	Clamidiasis	30	50	60
	Condiloma	22	36,7	60
	Herpes	52	86,7	60
	VIH/SIDA	60	100	60
	Otras	10	16,7	60
¿Cómo se Transmiten las ITS?	Contacto sexual sin penetración	41	68,3	60
	Contacto sexual con penetración	57	95	60
	Por transfusiones de sangre	51	85	60
	De una madre infectada a hijo durante el embarazo, parto o lactancia	44	73,3	60
	A través del beso o sudor	5	8,3	60
	Otras:	1	1,7	60
¿Cómo se Manifiestan las ITS?	Dolor en el vientre bajo	25	41,7	60
	Secreción por los genitales	50	83,3	60
	Verrugas en genitales	49	81,7	60
	Manchas en la piel	40	66,7	60
	Inflamación de ganglios	35	58,3	60
	Otras:	2	3,3	60
¿Cuáles de Estas Infecciones son Curables y Cuáles no?	Tricomoniasis	24	40	60
	Gonorrea	46	76,7	60
	Sífilis	40	66,7	60
	Clamidiasis	35	58,3	60
	Condiloma	24	40	60
	Herpes	41	68,3	60
	VIH/SIDA	1	1,7	60

ANEXO N° 7 Variables De Actitudes Sobre ITS

		Frecuencia	Porcentaje	n
Si Conociera a un Amigo (a) con una ITS. ¿A Dónde le Recomendaría Acudir Para Recibir Atención?	A un hospital cercano	49	81,7	60
	A su médico de familia	11	18,3	60
	A una farmacia	2	3,3	60
	A otro amigo/(a) para que le sugiera tratamiento	1	1,7	60
	Conversar con sus padres	12	20	60
	Otras:	2	3,3	60
Si un Amigo o Amiga Tuviera una ITS ¿Cuál Sería su Actitud?	Me alejaría de él o ella	2	3,3	60
	Le ayudaría a curarse	23	38,3	60
	Le diría que aprendió a hacer el amor	1	1,7	60
	Que es propio de la edad	1	1,7	60
	Le sugeriría visitar a su médico	52	86,7	60
¿Qué le Aconsejaría a sus Amigos Para no Infeccionarse con una ITS?	Tener conocimientos sobre las infecciones	41	68,3	60
	No tener relaciones sexuales	2	3,3	60
	Fidelidad a su pareja	21	35	60
	Escoger bien la pareja	11	18,3	60
	Usar condón en todas las relaciones sexuales	45	75	60
	Tener relaciones sin penetración	2	3,3	60
¿Qué Sugerencia le Daría a un Amigo (a) que le Comunica que Tiene Relaciones Sexuales con Desconocidos o Poco Conocidos?	Protegerse con el uso del condón	53	88,3	60
	Lavarse los genitales después de concluida la relación sexual	15	25	60
	Visitar al médico buscando orientación	25	41,7	60
	No tener relaciones sexuales con desconocidos	24	40	60
				60

ANEXO N° 8 Variables de Prácticas Sobre ITS

		Frecuencia	Porcentaje	n
Ha Tenido Durante su Vida Relaciones Sexuales Con:	Personas del mismo sexo	29	48,3	
	Personas del sexo contrario	4	6,7	
	Personas de ambos sexos	23	38,3	
	No ha tenido relaciones sexuales	4	6,7	
Total		60	100	
¿Qué Tipo de Hábito Utiliza Durante sus Relaciones Sexuales?	Sexo Oral	46	76,7	60
	Sexo Anal	40	66,7	60
	Coito Genital	22	36,7	60
¿Ha Padecido Durante su Vida Alguna ITS?	No	57	95	
	Sí	3	5	
	¿Cuál o Cuáles? VIH	1	1,7	



	No Especifica	2	3,3	
Total		60	100	
¿Conversa Con Su Pareja Sobre Estas Infecciones?	Sí	44	73,3	
	No	16	26,7	
Total		60	100	
¿Utiliza Condón Durante sus Relaciones Habituales con Su Pareja?	Siempre	21	35	
	Ocasionalmente	23	38,3	
	Nunca	12	20	
	No Ha Iniciado Vida Sexual	4	6,7	
Total		60	100	
En Caso de no Utilizar Preservativo Indique ¿Por Qué?	Disminuye la sensibilidad	6	10	60
	No sé utilizarlo	0	0	60
	Siento vergüenza pedírselo a mi pareja	2	3,3	60
	Siento vergüenza al adquirirlo en la farmacia	2	3,3	60
	Considero que mi pareja es estable y no lo necesito	23	38,3	60
¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales con personas desconocidas o poco conocidas?	Si: mala calificación	32	53,3	
	No: buena calificación	28	46,7	
Total		60	100	
¿Ha utilizado el condón en relaciones fortuitas?	Siempre: buena calificación	38	63,3	
	Ocasionalmente: calificación regular	13	21,7	
	Nunca: mala calificación	5	8,3	
	No ha iniciado vida sexual	4	6,7	
Total		60	100	