



RESUMEN

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

Materiales y Método: Con una modalidad antes y después se realizó un estudio cuasi experimental con la inclusión de 72 estudiantes de la Escuela de Comunicación Social de la Facultad de Filosofía a quienes se aplicó en el Pre-CAP un cuestionario para medir conocimientos, actitudes y prácticas sobre ITS y después de tres meses de una intervención educativa se midió la modificación Post-CAP.

Resultados: Todos respondieron el formulario Pre y Post-CAP. El promedio de edad de la muestra fue de $21,6 \pm 2,7$ años (18 a 33), con un 52,8% de mujeres y un 77,8% de solteros. El 81,3% fueron católicos, el 76,4% viven en la zona urbana. La edad de inicio de vida sexual activa del 63,7% del grupo fue entre 12 y 23 años de edad. Se obtuvo un significativo aumento en conocimientos sobre ITS: condiloma, herpes, sífilis, gonorrea, tricomonas y clamidiasis, y sobre signos y síntomas ($P = 0,05$) aunque no sobre las vías de transmisión. En las actitudes hubo un incremento significativo en la recomendación a dónde acudir en caso de portar una ITS ($P = 0,002$), sobre uso del preservativo ($P = 0,006$) y la recomendación de lavarse en caso de mantener relaciones con desconocidos ($P = 0,023$). En las prácticas hubo aumento significativo en conversar con la pareja ($P = 0,003$), disminución de relaciones en estado de embriaguez ($P = 0,023$) y aumento del uso del preservativo en las relaciones fortuitas ($P = 0,026$).

Conclusiones. Se consiguió incremento significativo en muchos conocimientos pero en pocas actitudes y prácticas. Podría ser que la población universitaria tenga conductas ya establecidas relacionadas con su nivel cultural y por tanto



poco modificables. En general, la modificación de actitudes y prácticas requiere medidas más sustentables.

Descriptor DeCS: Evaluación, conocimientos, actitudes y prácticas en salud, Terapia conductista, Enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA, Estudiantes de Comunicación Social, Universidad de Cuenca, Cuenca – Ecuador.

SUMMARY

Objective. Evaluate and modify knowledge, attitudes and practices on transmitted infections (STI) and sexual AIDS in students of a School of the University of Cuenca.

Materials and method: In a form before and after study was carried out a quasi experimental including 72 students of the School of Communication Social of the Faculty of Philosophy who applied in the pre-CAP a questionnaire to measure knowledge, attitudes and practices within three months of an educational intervention and ITS measured changes post-CAP.

Results: All responded pre and post-CAP form. The average age of the sample was 21.6 ± 2.7 years (18 to 33), 77.8% of men with 52.8% of women. 81.3% Catholic, 76,4% live in the urban area. The age of active sex life of 63,7% of the group home was between 12 and 23. He was a significant increase in knowledge about ITS: condiloma, herpes, syphilis, gonorrhea, tricomona and clamidiasis, and on signs and symptoms ($P < 0.05$) not on the routes of transmission. Attitudes there was a significant increase in the recommendation go in case of carry an STI ($P = 0.002$), about condom use ($P = 0.006$) and the recommendation to wash themselves in case of relations with strangers ($P = 0,023$). In practice there was a significant increase in conversation with the couple ($P = 0.003$) relations intoxicated decrease ($P = 0,023$) and increase the use of condoms in fortuitous relations ($P = 0,026$).



Conclusions. Achieved significant increase in knowledge but few attitudes and practices. The university population could have established behaviors related to its cultural level and therefore little modifiable. In general, changing attitudes and practices requires more sustainable measures.

Key words: Evaluation, knowledge, attitudes and practices in health, behavioral therapy, sexually transmitted diseases, HIV / AIDS, Cuenca - Ecuador



INDICE

Contenido	página
CAPÍTULO I	
1.1. Introducción.....	12
1.2. Justificación.....	18
CAPÍTULO II	
2. Marco Teórico	19
2.1. La incidencia de ITS.....	19
2.2. Las teorías del aprendizaje.....	25
2.3. Teoría social cognitiva de Albert Bandura.....	27
2.4. ¿Las intervenciones modifican las conductas?.....	31
2.5. Teorías del aprendizaje.....	31
2.6. Modelos de cambio de conducta	32
2.7. Calidad de la intervención para prevención del VIH/SIDA	34
2.8. Estrategia de prevención del VIH/SIDA de los CDC	34
2.9. Prevención de ITS.....	36
2.10. Enfermedades de Transmisión Sexual más comunes	38
2.11. SIDA.....	44
CAPÍTULO III	
3. Hipótesis y Objetivos.....	49
3.1. Hipótesis.....	49
3.2. Objetivos	49
Objetivo General	49
Objetivos Específicos.....	49
CAPÍTULO IV	
4. Metodología.....	50



4.1. Tipo de estudio.....	50
4.2. Área de estudio	50
4.3. Universo	50
4.4. Tamaño de la muestra	50
4.5. Relación empírica de variables	51
4.6. Matriz de operacionalización de las variables	52
4.7. Descripción de los instrumentos de medición.....	52
4.8. Descripción de cuestionarios	53
4.9. Intervención educativa	57
4.10. Recolección de datos.....	57
4.11. Procedimientos para garantizar aspectos éticos	57
4.12. Plan de análisis de los resultados.....	58
CAPÍTULO V	
5. Resultados	59
5.1. Cumplimiento del estudio.....	59
5.2. Características demográficas de la muestra.....	59
5.3. Evaluación de conocimientos sobre ITS y VIH/SIDA	62
5.4. Evaluación de actitudes frente a las ITS y VIH/SIDA	65
5.5. Evaluación de prácticas sobre ITS y VIH/SIDA	68
5.6. Evaluación de la Autoeficacia para prevenir el SIDA	71
CAPÍTULO VI	
6. Discusión.....	78
CAPÍTULO VII	
7. Conclusiones y Recomendaciones	86
7.1. Conclusiones.....	86
7.2. Recomendaciones.....	87
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
ANEXOS	95



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

**“EVALUACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS
ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA
DE COMUNICACIÓN SOCIAL DE LA FACULTAD DE FILOSOFÍA DE LA
U. DE CUENCA. FRENTE A LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN
SEXUAL (ITS) Y VIH/SIDA. 2009”**

Tesis previa a la obtención del título de Médico

Autores: Paúl Pardo Encalada
María Fernanda Argudo Chicaiza.
María José Arpi Rivera.

Directora y Asesora: Dra. Eulalia Freire

**CUENCA, ECUADOR
2010**



RESPONSABILIDAD:

El contenido del presente estudio es de absoluta responsabilidad de los autores.

Paúl Pardo Encalada

María Fernanda Argudo Ch.

María José Arpi Rivera.



DEDICATORIA

A mi Dios, fuente absoluta de paciencia y perseverancia, el mejor guía en momentos de debilidad y refugio eterno de los distintos espacios que el camino escogido me presenta día a día.

A mis padres, Modesto y Cecilia, que entregaron todo su esfuerzo y dedicación para infundir ejemplo de responsabilidad y constancia a mi formación, que con amor y sacrificio dedicaron su tiempo a mis momentos más valiosos, siendo parte importante de éste logro.

A Diego, Andrea, Juan y Santiago, por brindarme el apoyo y la felicidad reconfortante y necesaria para atenuar el peso de la adversidad.

A mis abuelos, por la esperanza transmitida y los valores inculcados.

A Jorge, Christian y José y Juan, parte fundamental en mi vida y en la dirección de mis ideas.

A María Isabel, por su tiempo junto a mí, por compartir su vida y acompañar mis sueños.

PAÚL PARDO



DEDICATORIA:

Dios con su infinita sabiduría nos otorga
bendiciones, a Él mi profunda gratitud.

A mis padres por haberme enseñado que con esfuerzo y perseverancia,
cualquier obstáculo puede ser vencido.

A mi hija por enseñarme que cada día nuevo nos
espera algo nuevo y hermoso por descubrir.

MARÍA JOSÉ ARPI



DEDICATORIA:

A Dios, por permitirme llegar a estas instancias de la vida y darme fortaleza para vencer cualquier dificultad.

A mis padres por haberme dado la vida y apoyado en cada etapa de mi formación, con todo lo que estuvo a su alcance.

A las personas que estuvieron a mi lado compartiendo momentos de sacrificio y esfuerzo, gracias por ser parte de este logro.

MARÍA FERNANDA ARGUDO



AGRADECIMIENTO

Dirigimos este agradecimiento a la persona que hizo posible nuestro desarrollo investigativo en este proyecto, nuestra directora Dra. Eulalia Freire, quien nos brindó todo su apoyo y esfuerzo para encaminarnos de la manera más acertada a la culminación de nuestro trabajo y nos impulsó desinteresadamente a vencer cualquier adversidad.

Agradecemos también la colaboración del Dr. Iván Orellana en la elaboración de este proyecto.



EVALUACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE COMUNICACION SOCIAL DE LA FACULTAD DE FILOSOFIA DE LA U. DE CUENCA, FRENTE A LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y VIH/SIDA.

CAPÍTULO I

1.1. INTRODUCCIÓN

La sexualidad en el ser humano cumple un rol complejo y sumamente importante: se combina con otros factores psicológicos no estrictamente sexuales, como la visión que uno tiene de sí mismo, la valoración de los demás, etc. Es decir, el comportamiento sexual humano viene determinado no sólo por factores biológicos sino también por variables culturales (1).

En la sociedad actual, la educación sexual es recibida muy frecuentemente de manera distorsionada durante el proceso de socialización. Muchas veces las pautas en este campo son contradictorias y confusas, y esto condiciona el crecimiento de los niños y adolescentes, generando, en muchos casos, individuos que se encuentran marginados, fuera de lugar en su sociedad. La sexualidad, así entendida, no es solo un componente más de la personalidad, sino la forma general en que el individuo se manifiesta a sí mismo y ante los demás como perteneciente a una determinada clase de su especie (1).

Existe pues, un peligro real: si en el proceso de socialización que lleva a cabo cualquier niño la educación sexual no es otorgada con honestidad y sin tabúes, esto puede generar temores, insatisfacciones y desconcierto que alteren el funcionamiento sexual sano y maduro de la persona y den lugar a conductas sexuales y/o sociales desajustadas, o a situaciones de riesgo elevado tanto para la persona misma como para sus eventuales compañeros (1).



He aquí la importancia de incluir la educación sexual durante el proceso de formación de los niños. Muchas veces, por la falta de preparación o de medios, la familia no está en condiciones de brindar la información sexual que todo niño demanda y requiere.

Resulta entonces fundamental que la educación sexual se imparta adecuadamente por los docentes, tanto a nivel primario como secundario, para brindarles así a niños y adolescentes la posibilidad de poder vivir, en su adultez, una vida sexual saludable y plena.

En **Puerto Rico**, las Infecciones de Transmisión Sexual son comunes. En 1998, 1.1 de cada mil habitantes fueron tratados por alguna ITS, mientras que en 2001-2002, la cifra aumentó a 1.5 por cada 1,000. La detección de Clamidia aumentó en 78% y la de Gonorrea en un 32% (2).

Según las estadísticas de ONUSIDA, actualmente existen en el mundo 33,400,000 personas infectadas con el VIH/SIDA. De ellas 14,362,000 son mujeres y niñas lo que constituye un 43% de las personas infectadas. Una décima parte de las personas recién infectadas tenían menos de 15 años de edad. La mayor parte de ellos han contraído la infección a través de sus madres, antes o durante el parto, o por medio de la lactancia (2).

En el año 1988, en **Europa** se registraron 500,000 casos de SIDA, 30,000 de los cuales eran niños (2).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en **América Latina**, en 1998 se registraron 1.4 millones de casos de VIH/SIDA de los cuales el 57% eran adultos entre 15 y 49 años (20% mujeres y 37% hombres) (2).

En **Estados Unidos**, entre 1981 y 1996 se habían declarado 581,000 casos y 357,000 muertes por VIH/SIDA (3).

Según datos del Departamento de Control del SIDA del Ministerio de Salud de **Costa Rica**, en ese país se registraron 1,657 casos de esta enfermedad entre 1983 y 1999, de los cuales 173 son mujeres. De ellas 40% son amas de casa que comparten su vida sexual con un sólo compañero (3).



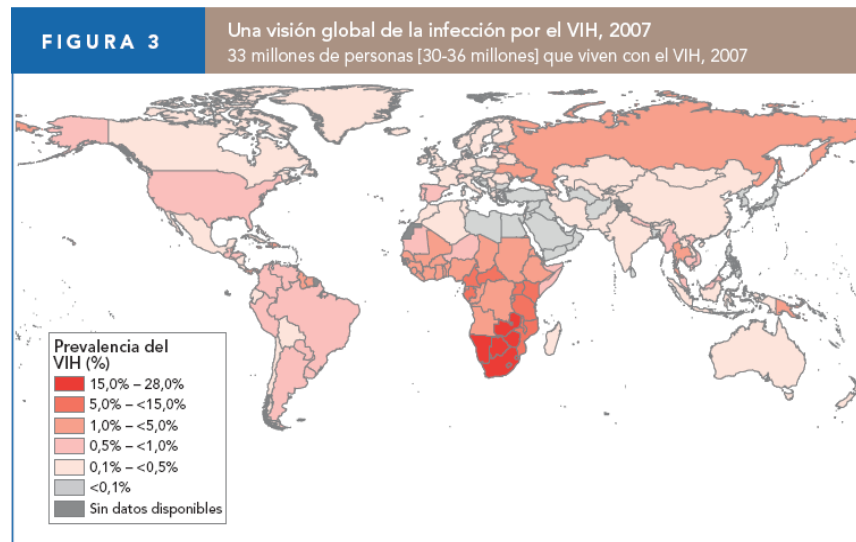
En **Argentina**, en el año 2001 se notificó el aumento de enfermos de SIDA a 21,251, de los cuales el 22.6% (4,057) eran mujeres (3).

En **México**, según la OMS, cada año la infección por VIH/SIDA cobra alrededor de 4,000 casos, 95% ocurren por transmisión sexual. Otras ITS facilitan la penetración de VIH al organismo y es la segunda causa de muerte entre las mujeres mexicanas (3).

A finales del año 2000, el Programa Común de las Naciones Unidas para el VIH/SIDA (UNAIDS), presentó las siguientes estadísticas para la **República Dominicana**: (3)

- Entre 150,000 a 170,000 personas vivían con VIH
- 5,120 niños menores de 15 años estaban infectados con VIH
- 4,900 adultos y niños fallecieron de SIDA en 1999
- 7,900 niños quedaron huérfanos por esta causa desde el comienzo de la epidemia
- 54.6% de los casos se presentaron entre los 15 y 34 años de edad
- El 70% de las infecciones por VIH se transmiten por contacto heterosexual
- 8.1% relaciones homosexuales entre hombres
- 3.5% por uso intravenoso de drogas
- 2% de las mujeres embarazadas son VIH+
- Entre 3.5% y 9.5% de los trabajadores sexuales comerciales están infectados
- 4.3% de los que han tenido una ITS tienen VIH/SIDA

La enfermedad de inmunodeficiencia adquirida se conoció en 1981, el virus causante fue aislado en 1983. En esa época afectaba a varones homosexuales, actualmente la pandemia no discrimina el sexo. Las vías de transmisión identificadas son la vía sexual, vertical, por transfusiones y por el uso de drogas inyectables a través del uso de agujas contaminadas (4).



Fuente: ONUSIDA 2007.

Prevalencia (5)

- África Subsahariana de 0.5% a 24.1% (mayor Prevalencia en Botswana)
- Este de Asia de < de 0.1% a 1.1% (mayor en China, en ésta se está expandiendo la epidemia).
- Oceanía: de 0.1% a 1.8% (Mayor y en expansión en Nueva Guinea).
- Sur y Sureste Asiático: de <0.1% a 0.9% (Mayor en la India).
- Europa Oriental y Asia Central de <0.1% a 1.3% (Mayor y en expansión en toda la región, es mayor en Latvia).
- Europa del Oeste y Europa Central: de <0.1% a 0.6% (mayor en España).
- África del Norte y Medio Oriente: de <0.1% a 1.6% (mayor en Sudan).
- Norteamérica: en Canadá es de 0.3% y en EEUU de 0.6%.
- Caribe: de 0.1% (Cuba) a 3.8% (Jamaica).
- Latinoamérica: de 0.1% (Bolivia) a 2.4% (Guyana). Brasil tiene una prevalencia de 0.5%, Argentina de 0.6%, Colombia de 0.6%, El Salvador de 0.9%, Guatemala de 0.9%, Panamá de 0.9%, Venezuela de 0.7%, y México, Costa Rica, Ecuador, Chile tienen una Prevalencia de 0.3% Según el informe de ONUSIDA del año 2006.



Tomando en cuenta que las cifras de nuevas infecciones de transmisión sexual se incrementan cada año en el tercer mundo y que afectan cada vez con mayor fuerza a los adolescentes es urgente impulsar intervenciones educativas que sean efectivas no solo en el incremento de conocimientos sobre las mismas sino que tengan impacto en el cambio de comportamientos, a fin de que los adolescentes y los jóvenes adopten comportamientos seguros.

La infección VIH/SIDA, es vista actualmente como una amenaza para la seguridad humana y nacional como así lo ha considerado el consejo de seguridad de las Naciones Unidas, es así mismo urgente plantear propuestas educativas en prevención a las poblaciones militares debido a su vulnerabilidad frente al VIH/SIDA en razón de algunas de sus características socioculturales y por ser poblaciones móviles son susceptibles a adoptar conductas de riesgo en el plano sexual.

Por qué deben hacerse programas de prevención de las ITS y VIH/SIDA:

En diversos países, las tendencias favorables en la incidencia de la infección VIH se relacionan con programas de prevención y cambios de comportamiento. Las modificaciones en la incidencia, junto con la mayor mortalidad por SIDA, han provocado la nivelación de la *prevalencia* mundial del VIH (la proporción de personas que viven con el VIH/SIDA). África subsahariana, es la región con la mayor incidencia del VIH y de características muy diversas (6).

Los datos de las últimas encuestas resaltan el impacto desproporcionado de la epidemia de SIDA en las mujeres, sobre todo en África subsahariana, en donde, en promedio, hay tres mujeres VIH-positivas por cada dos varones; entre los jóvenes, esta relación se amplía considerablemente: tres mujeres jóvenes por cada varón del mismo grupo de edad (6).

Entre las nuevas tendencias más destacables, ONUSIDA resalta, los descensos recientes en la prevalencia nacional del VIH1 en dos países de África subsahariana (Kenya y Zimbabwe), en zonas urbanas de Burkina Faso y



también en Haití, en el Caribe, junto con indicios de un cambio significativo de comportamiento (como mayor utilización de preservativos, menos parejas e inicio más tardío de la actividad sexual). Igualmente la OMS señala que en la mayor parte del África meridional, la epidemia se ha estabilizado, pero a niveles muy altos. La prevención realizada desde 1990 en cuatro estados de la India, ha hecho que la prevalencia disminuya (7).

En Camboya y Tailandia, los descensos han sido uniformes y continuados en la prevalencia del VIH (7).

La prevalencia, en otros países: China, Indonesia, Viet Nam y Papua Nueva Guinea, está en aumento, y los informes revisados en la bibliografía indican que en Bangladesh y Pakistán existen brotes de la epidemia. En Europa oriental y Asia central la Prevalencia es mayor en encuentra en Ucrania y la Federación de Rusia, que tiene la mayor epidemia de SIDA de toda Europa. En los Estados Unidos y en algunos países de Europa la epidemia ha reaparecido entre varones que tienen relaciones sexuales con varones; la epidemia en varones que tienen sexo con hombres es oculta en América Latina y Asia (8).

Se plantea que aquel individuo que haya tenido una ITS tiene 6 veces mayores posibilidades de enfermar de SIDA. En países como Mongolia la reciente liberalización de la sociedad ha influido considerablemente en el comportamiento de los adolescentes. Según la encuesta sobre salud reproductiva, el 9% de los adolescentes de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años han empezado a procrear. Este índice alcanza el 25% en el grupo de adolescentes con 19 años (8).

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



uso del preservativo ha aumentado según el informe de ONUSIDA del 2006. No se encuentran en la bibliografía datos específicos de indicadores de conocimientos evaluados en nuestro país a excepción de un estudio realizado en Santo Domingo de los Sáchilas; con respecto al Ecuador no existen datos sobre indicadores de conocimientos en la población sobre prevención de las ITS y VIH/SIDA, lo que refleja que en nuestro país no se han realizado esfuerzos en prevención bajo una línea programada como una política de Estado (8).

1.2. JUSTIFICACIÓN

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

- Ser un grupo vulnerable a las ITS y VIH/SIDA.
- Se describe que los infectados por el VIH en el presente periodo están constituidos en más de un 40% por personas de entre 15 y 25 años.
- Según el último estudio sobre este tema realizado en el año 2008 por alumnos de la facultad de ciencias médicas se reveló un gran desconocimiento a cerca de ITS en la población universitaria.
- Es, entonces, importante intervenir en es este grupo de riesgo como contribución a los planes de control y prevención de las ITS.
- El VIH es una amenaza no solamente para la comunidad universitaria sino también para su familia y la sociedad.
- No son suficientes los programas destinados a la prevención de las ITS y el VIH/SIDA en la comunidad universitaria.

A sabiendas de que la vida sexual de una persona promedio en nuestro medio inicia a los 14 años, es que creemos urgente, planes de ilustración para mejorar varios aspectos esenciales dentro del desenvolvimiento social.



CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son enfermedades que se propagan fácilmente por medio del contacto físico-sexual o íntimo. La mayoría de estas enfermedades son curables, algunas no. Cada año más de 12 millones de jóvenes y jóvenes adultos contraen una Infección de Transmisión Sexual (9).

Las ITS son causadas por bacterias, virus, protozoarios o parásitos. Las más comunes en más de 20 enfermedades conocidas son Clamidia, Tricomoniasis, Gonorrea, Sífilis, Hepatitis y SIDA. Una persona puede padecer una ITS sin notar ningún signo ni síntoma. Los síntomas pueden tardar en presentarse hasta unas semanas o meses después del contacto sexual. Sin tratamiento adecuado, muchas de estas infecciones pueden provocar problemas serios de la salud, esterilidad, impotencia, inmunodeficiencia, retraso mental y la muerte (9).

2.1. La incidencia de las siguientes ITS en 1999 fue la siguiente:

Sífilis 12 millones a nivel mundial y 3 millones en América Latina y el Caribe. La incidencia global de tricomoniasis fue de 174 millones y 18,5 en América Latina y el Caribe (9)

La incidencia global de clamidia de 92 millones y 9.5 millones en América Latina y el Caribe; de blenorragia 62 millones a nivel global y 7.5 millones en América Latina (10)

En cuanto al SIDA, según fuentes de ONUSIDA en 2007, se constató que 33 millones de personas viven con la enfermedad, y este valor se ha estabilizado desde el año 2000 (11).

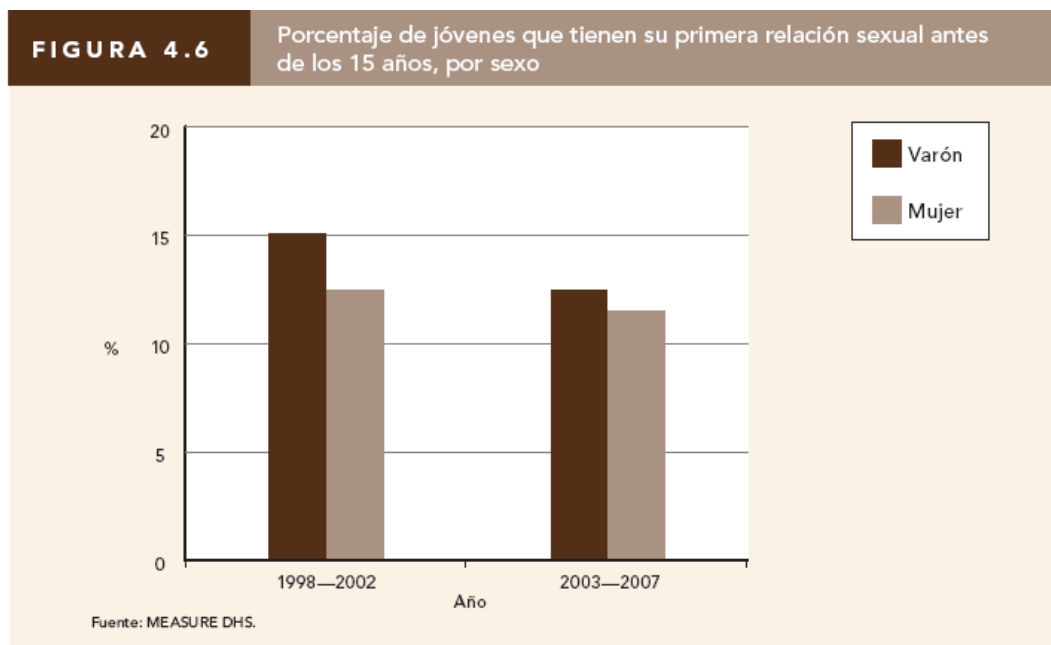


País	1. Número estimado de personas que vivirán con el VIH				2. Fallecimientos a causa del sida			
	Tasa (%) de mujeres jóvenes (15-24) 2007		Tasa (%) de varones jóvenes (15-24) 2007		Fallecimientos en adultos y niños 2007		Fallecimientos en adultos 2001	
	Estimación	[estimación baja - estimación alta]	Estimación	[estimación baja - estimación alta]	Estimación	[estimación baja - estimación alta]	Estimación	[estimación baja - estimación alta]
Libano	0,1	<0,1 - 0,2]	0,1	<0,1 - 0,4]	<200	<500]	<200	
Jamahiriyá Árabe Libia	...	...	...	...	...	...	...	...
Marruecos	0,1	<0,1 - 0,2]	0,1	<0,1 - 0,2]	<1000	[1500]	<500	
Omán	...	...	...	...	...	...	...	...
Qatar	...	...	...	...	...	...	...	...
Arabia Saudita	...	...	...	...	...	...	...	...
Sudán	1,0	[0,6 - 1,5]	0,3	[0,2 - 0,5]	25 000	[17 000 - 32 000]	21 000	[9200]
República Árabe Siria	...	...	...	...	...	...	...	...
Túnez	<0,1	[0,1]	0,1	<0,1 - 0,2]	<200	<500]	...	
Turquía	...	...	...	...	...	...	...	...
Emiratos Árabes Unidos	...	...	...	...	...	...	...	...
Yemen	...	...	...	...	...	...	...	...
América del Norte	0,7	[0,6 - 0,9]	0,6	[0,3 - 1,0]	23 000	[9100 - 55 000]	18 000	[8900]
Canadá	0,2	[0,1 - 0,4]	0,4	[0,2 - 0,7]	<500	<1000]	<200	
Estados Unidos de	0,3	[0,1 - 0,6]	0,7	[0,3 - 1,3]	22 000	[9000 - 54 000]	17 000	[8800]
Caribe	230 000	[210 000 - 270 000]	210 000		[180 000 - 240 000]	220 000	[200 000 - 250 000]	
Bahamas	6200	[4000 - 8700]	5700		[4400 - 7500]	6100	[3900 - 8600]	
Barbados	2200	[1500 - 3200]	2100		[1600 - 2800]	2200	[1500 - 3200]	
Cuba	6200	[3600 - 12 000]	2400		[3900]	6200	[3600 - 12 000]	
República Dominicana	62 000	[52 000 - 71 000]	65 000		[53 000 - 76 000]	59 000	[50 000 - 69 000]	
Haití	120 000	[100 000 - 140 000]	98 000		[83 000 - 110 000]	110 000	[95 000 - 130 000]	
Jamaica	27 000	[19 000 - 36 000]	23 000		[16 000 - 29 000]	26 000	[19 000 - 35 000]	
Trinidad y Tobago	14 000	[9500 - 19 000]	12 000		[8200 - 17 000]	13 000	[9200 - 19 000]	
América Latina	1 700 000	[1 500 000 - 2 100 000]	1 400 000		[1 200 000 - 1 900 000]	1 700 000	[1 400 000 - 2 000 000]	
Argentina	120 000	[90 000 - 150 000]	100 000		[77 000 - 130 000]	120 000	[88 000 - 150 000]	
Belice	3600	[2200 - 5300]	2900		[1700 - 4400]	3400	[2100 - 5000]	
Bolivia	8100	[6500 - 11 000]	6200		[4900 - 8300]	7900	[6300 - 10 000]	
Brasil	730 000	[600 000 - 890 000]	660 000		[520 000 - 810 000]	710 000	[580 000 - 870 000]	
Chile	31 000	[23 000 - 39 000]	25 000		[20 000 - 32 000]	31 000	[23 000 - 39 000]	
Colombia	170 000	[110 000 - 230 000]	140 000		[96 000 - 190 000]	160 000	[110 000 - 230 000]	
Costa Rica	9700	[6100 - 15 000]	5200		[3200 - 8200]	9600	[6000 - 15 000]	
Ecuador	26 000	[15 000 - 40 000]	19 000		[12 000 - 32 000]	25 000	[14 000 - 39 000]	
El Salvador	35 000	[24 000 - 72 000]	28 000		[17 000 - 220 000]	34 000	[23 000 - 67 000]	
Guatemala	59 000	[41 000 - 84 000]	52 000		[38 000 - 68 000]	53 000	[35 000 - 77 000]	
Guyana	13 000	[7600 - 18 000]	12 000		[9500 - 17 000]	12 000	[7200 - 17 000]	
Honduras	28 000	[18 000 - 44 000]	31 000		[18 000 - 61 000]	26 000	[17 000 - 42 000]	
México	200 000	[150 000 - 310 000]	180 000		[130 000 - 260 000]	200 000	[140 000 - 300 000]	
Nicaragua	7700	[5300 - 15 000]	4400		[3200 - 15 000]	7500	[5200 - 15 000]	
Panamá	20 000	[16 000 - 26 000]	17 000		[13 000 - 21 000]	19 000	[15 000 - 26 000]	
Paraguay	21 000	[12 000 - 38 000]	11 000		[7000 - 22 000]	20 000	[12 000 - 37 000]	
Perú	76 000	[57 000 - 97 000]	57 000		[45 000 - 74 000]	74 000	[55 000 - 96 000]	
Suriname	6800	[4200 - 12 000]	3500		[1700 - 5600]	6700	[4200 - 12 000]	
Uruguay	10 000	[5900 - 19 000]	6300		[3400 - 25 000]	10 000	[5800 - 19 000]	
Venezuela								

Fuente: Informe Mundial sobre la epidemia mundial del SIDA. 2008

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

y el ritmo de rotación de pareja alcanza su máxima intensidad entre los adolescentes y los jóvenes de poco más de 20 años. Se calcula que en 200 los jóvenes de entre 15-25 años representaron el 45% del total de infectados (12)



Fuente: ONU; Global Report 2008.

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

Las encuestas realizadas en 40 países indican que la mitad de los jóvenes tienen ideas erróneas de cómo se transmite el virus VIH, y existe un número muy alto de jóvenes que indican que con solo mirar a una persona se puede reconocer que tiene SIDA (14).



El comienzo de la actividad sexual es antes de cumplir los 18 años, en la mayoría de los países, existiendo países especialmente los con recursos más bajos, en los que los adolescentes comienzan su actividad sexual a edad muy temprana. La edad de la primera relación sexual en los adolescentes mexicanos es entre los 15 años a 17 años para hombres y mujeres. En nuestro país un estudio realizado en Santo Domingo de los Sáchilas, revela que el inicio de la actividad sexual es a los 13 y 14 años de edad, y refleja conocimientos erróneos en prevención. Así mismo el uso del condón no es consistente en trabajadoras sexuales en el Ecuador (15).

La prevalencia mundial de la infección por el VIH, es decir, el porcentaje de personas infectadas, se ha estabilizado, sin embargo, el número de personas que viven con el virus está aumentando como consecuencia de la continua propagación de la infección por el VIH, además de tiempos más largos de supervivencia, en una población general de crecimiento constante.

Los siguientes datos han sido proporcionados por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas (ONUSIDA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la presentación del informe del 2007 de la Situación de la epidemia de SIDA (16).

En el 2007 se estimaba que vivían con el VIH 33,2 millones (30,6– 36,1 millones) de personas, otros 2,5 millones (1,8 – 4,1 millones) de personas se infectaron y 2,1 millones (1,9 – 2,4 millones) de personas fallecieron como consecuencia del SIDA (16).

También en 2007, se estima que en África subsahariana se produjeron cerca de 1,7 millones (1,4 – 2,4 millones) de nuevas infecciones por el VIH, lo que representa una importante reducción desde 2001. Sin embargo, esa región sigue estando gravemente afectada. Se estima que 22,5 millones (20,9 – 24,3 millones) de personas que viven con el VIH, o el 68% del total mundial, corresponden a África subsahariana. En la actualidad, ocho países de esa región contabilizan alrededor de la tercera parte de todas las nuevas infecciones por el VIH y las defunciones por sida en todo el mundo (17).



Desde 2001, en que se adoptó la Declaración de compromiso de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, el número de personas que viven con el VIH en Europa oriental y Asia central ha aumentado en más del 150%, de 630.000 (490.000 – 1,1 millones) a 1,6 millones (1,2 – 2,1 millones) en 2007. En Asia, el número estimado de personas que viven con el VIH en Vietnam se ha más que duplicado entre 2000 y 2005, e Indonesia presenta la epidemia de crecimiento más rápido (17).

La estimación del 2007 de 33,2 millones (30,6 – 36,1 millones) de personas que viven con sida sustituye la estimación de 2006 de 39,5 millones (34,1 – 47,1 millones). Aplicando retrospectivamente la metodología mejorada a los datos de 2006, el informe de 2007 revisa esa cifra de tal modo que las estimaciones actuales correspondientes a 2006 señalan que en aquella fecha había 32,7 millones (30,2 – 35,3 millones) de personas que vivían con el virus. La principal razón individual que explica la reducción de estas cifras en el último año fue la reciente revisión de las estimaciones correspondientes a la India después de una reevaluación intensiva de la epidemia en aquel país. Las estimaciones revisadas para la India, combinadas con importantes revisiones de las estimaciones en cinco países de África subsahariana (Angola, Kenya, Mozambique, Nigeria y Zimbabwe) contabilizan el 70% de la reducción en la prevalencia del VIH comparadas con las estimaciones de 2006 (18).

Por otro lado la prevalencia del VIH en el mundo continúa siendo mayor entre los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH). De acuerdo al reporte global 2008 de ONUSIDA -en el que sólo 31% de los países reportaron cifras específicas de HSH-, las nuevas infecciones en esta población han crecido bruscamente en algunas partes de Asia. En Latinoamérica, un HSH tiene 33,3 veces más probabilidad de contraer el virus que otro adulto en edad reproductiva; en Asia 18,7 veces, en Europa del Este 1,3 veces y en África 3,8 veces (19).

Entre los factores de riesgo se encuentran: el sexo anal sin protección, mantener una frecuencia alta de parejas masculinas (hasta tres por semana),



tener un alto número de parejas de larga duración (más de diez), las drogas inyectables, e incluso la condición racial en países como Estados Unidos, donde los afroamericanos tienen las mayores tasas de VIH, dentro del 67% de los nuevos casos diagnósticos de la infección que afecta a HSH

Se han mantenido estables o han crecido en la mayor parte de países europeos, con excepción de Holanda, que pudo reducir los nuevos diagnósticos de VIH de 1.500 en 2002 a poco más de 500 en 2006 (19).

Un estudio realizado en México en un grupo de hombres que tienen relaciones con hombres revela poco conocimiento sobre medidas preventivas. El uso del preservativo en la primera relación sexual es mayor en el varón que en las mujeres, los varones de las áreas rurales tienden usar menos el condón (20).

Desde las primeras estimaciones del uso del condón por los jóvenes solteros realizadas a mediados de la década de 1980, la curva del uso del condón se ha incrementado, pasando del 7% en 1985 a 33% en el año 2007 entre los hombres y de 5% a 27% entre las mujeres; el preservativo es utilizado mayoritariamente como método anticonceptivo por los adolescentes (16,18). Los estudios sobre conocimientos, actitudes y prácticas de los jóvenes indican que estos tienen una combinación de ansiedad e ignorancia, se preocupan del embarazo accidental, pero los varones subestiman el riesgo de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA. El desconocimiento es el principal multiplicador del VIH/SIDA, el reconocer que los jóvenes tienen vida sexual y que no cuentan con el conocimiento adecuado para protegerse, lleva a establecer programas de prevención. En algunos países la mayoría de infecciones por el VIH se produce por inyección de drogas con equipos contaminados, relaciones sexuales no protegidas entre varones y comercio sexual peligroso (21).

La generación de jóvenes actual es la mayor de la historia, casi la mitad de la población mundial tiene menos de 25 años (más de 3.000 millones de



personas) el 85% de los jóvenes están viviendo en los países en desarrollo y 238 millones de jóvenes sobreviven con menos de un dólar diario; 88 millones de jóvenes se encuentran desempleados. Los jóvenes de 15 a 24 años son los más amenazados, el futuro de la epidemia tomará forma a partir de los actos de esos jóvenes, los pocos países que han logrado disminuir la prevalencia nacional del VIH lo han hecho sobre todo inculcando comportamientos más seguros entre los jóvenes (22).

En educación y promoción de la salud, los avances en la investigación que le da soporte a las intervenciones programáticas han ocurrido directa e indirectamente por la aplicación en la práctica de teorías y modelos desarrollados en las más diversas áreas del conocimiento, principalmente en las ciencias comportamentales y sociales, una de las teorías que han respaldado algunas intervenciones es la Teoría cognoscitivo-social de Albert Bandura (22).

2.2. Las teorías del aprendizaje:

Existen dos grandes paradigmas en la psicología del aprendizaje:

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

Thorndike describe tres leyes en el aprendizaje: Del efecto, de ejercicio y de sin lectura que se basan en el estímulo y respuesta. Postuló la ley del efecto: la posibilidad de alcanzar un estado gratificante favorece la aparición de una conducta. O si se prefiere, un comportamiento que va acompañado de una recompensa queda fortalecido, es decir, tiende a repetirse. De esa manera se consolida el nexo entre situación y respuesta. En cambio, si la situación se acompaña de un estado molesto, el nexo se debilita (23).



Watson ubica a la psicología con el carácter de las ciencias naturales, tras la búsqueda de la objetividad, Watson pondrá en duda conceptos como "alma", "espíritu", "mente", "conciencia", considerando a los últimos conceptos como substitutos de los primeros. Se observa la influencia del positivismo de Augusto Comte (24).

Skinner: la teoría de Skinner tiene como fundamento que la conducta es guiada por refuerzos primarios y secundarios. Acentúa el conductismo de Watson afirmando que estamos totalmente dependientes del ambiente (25).

Tolman: acuñó el término de variables internas, el nexo entre estímulo respuesta quedaba interrumpido por planos cognoscitivos no observables en la conducta del individuo, introdujo el término de aprendizaje latente que se reflejaba en la acción.

Pavlov: formula el reflejo condicionado (25).

2.2.2. Las Teorías Cognitivistas del aprendizaje aspiran a tener en cuenta todo el proceso que culmina en la adquisición de nuevos conocimientos o conductas, prestando especial atención a la interacción del individuo con su entorno. Para los cognitivistas es el individuo quien toma las decisiones y actúa, no el ambiente el que determina sus actitudes, de manera que el organismo y el medio interactúan permanentemente. El aprendizaje es, según los cognitivistas, algo más complejo de lo que los conductistas pensaban. La relación entre lo que conocemos y lo que estamos aprendiendo es la clave del aprendizaje, y no una situación de estímulo predeterminada (26).

El Cognitivismo tiene como sus principales exponentes a: Piaget, Bruner, Ausubel, Vigotsky (27).

Piaget entiende la inteligencia como una extensión de determinadas características biológicas esenciales: el aprendizaje es inherente a la vida. El aprendizaje está directamente relacionado con el desarrollo (28).



Ausubel interpreta el aprendizaje como una construcción de significados que se produce en tanto que el sujeto es capaz de realizar acciones sustantivas entre lo que ya sabe, y lo que está aprendiendo. Para que el aprendizaje sea bueno, debe vincular el nuevo material con los conocimientos previos (28).

Vigotsky destaca la importancia del lenguaje como la actividad cognitiva más importante. Al principio, el sujeto aprende el lenguaje de los demás, de la sociedad en que vive, pero posteriormente, al internalizarlo, es capaz de organizar su pensamiento, y utilizar esa herramienta social como un modo de expresión personal. El lenguaje cumple una doble función: comunicativa y reguladora del resto de procesos cognitivos superiores. El desarrollo cognitivo del ser humano pasaría así de un regulación externa, social, intersubjetiva, a una regulación interna, individual, personal, y todo ello a través del lenguaje, que pasa de ser una construcción social a convertirse en algo personal (29).

Bruner su teoría sintetiza la tesis de Piaget. Para este representante del cognitivismo, el aprendizaje consta de tres fases esenciales: la asimilación de nuevos contenidos; la integración de dichos contenidos en las estructuras cognitivas del sujeto que permitan asimilar nuevos contenidos; la evaluación que valore si los contenidos previos han sido utilizados de un modo adecuado para la adquisición de nuevos contenidos (29).

2.3. Teoría Social Cognitiva de Albert Bandura

Para Albert Bandura creador de la teoría social del aprendizaje, que se centra en los conceptos de refuerzo y observación, los humanos adquieren destrezas y conductas de modo operante e instrumental y sostiene que entre la observación y la imitación intervienen factores cognitivos que ayudan al sujeto a decidir si lo observado se imita o no, determinándose de este modo la conducta en el ser humano (30).



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

Los procesos cognitivos se ponen en funcionamiento a medida que las personas observan los modelos aprenden "segmentos" de comportamientos y luego los ponen juntos en nuevos y complejos patrones. Los factores cognitivos (capacidad de reflexión, simbolización y determinación de consecuencias) afectan la manera como una persona incorpora las conductas observadas (30).

Un cambio en alguno de estos tres componentes conductual, físico o social, influencia en los otros dos. La auto-eficacia, un componente esencial de la teoría, es que la persona crea sentirse capaz de poner en práctica la nueva conducta cuando se presente la ocasión, así las personas pueden autorregular su conducta; entonces un fundamento básico de la teoría es la del autocontrol.

Bandura analiza la conducta dentro del marco teórico de la reciprocidad triádica en la cual la conducta, los factores personales como las cogniciones o de otro tipo, y las variables ambientales actúan como determinantes interactivos. De esta manera, en la perspectiva cognitiva social, no se considera al ser humano gobernado por fuerzas internas ni controlado por estímulos externos sino que se considera el funcionamiento humano en términos del modelo de reciprocidad triádica. (24-26)

Modelo de Reducción de Riesgo al SIDA: sugiere que para poder cambiar la conducta uno debiera reconocerla como tal, luego comprometerse a reducir este tipo de conducta, y finalmente tomar acción para llevar a cabo el cambio



deseado. Los factores que influyen en el movimiento entre las etapas incluyen el temor la ansiedad y las normas sociales.

2.3.1 El Constructo de la Autoeficacia

La autoeficacia se define como *“los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento”* (Bandura, 1986). Estas creencias de eficacia ocupan un rol mediacional en el funcionamiento humano actuando a modo de filtro entre las habilidades y logros anteriores del ser humano y su conducta subsiguiente (Zeldin, 2000). Para Bandura (1987) estas creencias de eficacia son mejores predictores de la conducta futura que las habilidades, los logros anteriores, o el conocimiento que el sujeto posea de la actividad a realizar, ya que la autoeficacia va a determinar que hace el sujeto con el conocimiento o las habilidades que posee (Valiante, 2000). Sin embargo, un funcionamiento competente requiere tanto precisión en las autopercepciones de eficacia como la posesión de habilidades reales y el conocimiento de la actividad a realizar, así como de los juicios del sujeto acerca de los resultados más probables que una conducta determinada producirá (expectativas de resultados). Todos estos componentes mantienen entre sí relaciones complejas que deben ser consideradas toda vez que se pretenda estudiar la utilidad predictiva de las creencias de autoeficacia.

La teoría social cognoscitiva establece que las personas que tienen un alto sentido de eficacia imaginan recompensas y éxitos, se forjan guías de acción y emplean mayores esfuerzos que otras para hacer frente a los retos. Esas personas generan expectativas de resultados favorables para sus acciones y cuanto más fuerte es su creencia de autoeficacia, más altas son esas expectativas. Al conjunto de estos atributos y a su funcionamiento activo y dinámico es a lo que esa teoría llama “agencia humana” (27), las creencias de autoeficacia afectan el comportamiento humano de cuatro formas:

Primero, la autoeficacia influye en la elección de actividades y conductas. Las personas tienden a elegir y comprometerse en actividades en las cuales se



consideran altamente eficaces y tienden a evitar aquellas en las cuales se consideran ineficaces.

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

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

La cuarta forma en la cual la autoeficacia afecta el comportamiento es permitiendo al sujeto ser un productor de su propio futuro y no un simple predictor. Aquellos sujetos que se perciben a sí mismos eficaces se imponen retos, intensifican sus esfuerzos cuando el rendimiento no es suficiente de acuerdo a las metas que se habían propuesto, experimentan bajos grados de estrés ante tareas difíciles y presentan una gran cantidad de intereses por actividades nuevas. La teoría de Alberto Bandura se puede poner en práctica a través del sociodrama, radionovelas, historias narradas. Las personas aprenden de las consecuencias positivas o negativas de las acciones de los modelos de comportamientos; la autoeficacia es entonces un pensamiento autoreferente que se convierte en un mediador entre el conocimiento de una habilidad y su ejecución, la persona entonces debe sentirse capaz de ejecutar una acción o de adoptar una conducta (28).



2.4. ¿Las intervenciones modifican las conductas?

Los estudios considerados de mayor calidad (en evaluación e intervención), son los de cuatro o más sesiones, muestras grandes y largos períodos de seguimiento para conseguir cambios en la conducta (29).

Las actitudes también se modifican con las intervenciones, aunque de forma menos intensa que los conocimientos y a veces de forma selectiva en subpoblaciones. Las intervenciones basadas en modelos teóricos comportamentales modifican mejor las actitudes que las que no los mencionan siquiera; cambio de actitudes también parece relacionarse positivamente con el número de sesiones (29).

La intención de conducta y la autoeficacia se revelan buenas herramientas para la evaluación de resultados. Un tamaño muestral superior a 500 individuos, la disponibilidad de datos pre y post intervención, la existencia de grupo control, la equivalencia de grupos, la asignación aleatoria o control en el análisis, el tiempo entre la medida pre y la postintervención de tres meses o más, la utilización de un modelo teórico de conducta y el número de sesiones superior a cuatro; aseguran la máxima calidad del estudio (29).

2.5. Teorías del Aprendizaje (30)

	Modelo Conductista	Modelo Cognitivista
	Watson, Skinner, Thordnike, Pavlov, Tolman	Piaget, Bruner, Ausubel, Vigotsky
Objeto de Estudio	La conducta observable	Representaciones mentales (mapas cognitivos, estrategias)
Relación epistemológica	OBJETO SUJETO	SUJETO OBJETO
Características del Sujeto	<ul style="list-style-type: none"> • Cada individuo nace con la mente vacía en el cual se imprimen los datos de la realidad. • Es pasivo y reactivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Posee estructuras previas que le permiten conocer • Es activo y productor.
Conocimiento	Copia de la realidad	El sujeto construye su propio conocimiento.



Protagonismo	Hay un protagonismo del ambiente (Objeto)	El Sujeto es protagonista del proceso de conocimiento
	<ul style="list-style-type: none"> • Se apoya en el Empirismo. • Anticonstruccionista • Asociacionista • Todas las conductas humanas se explican en términos de asociaciones de elementos simples. • Ambientalista: protagonismo en el objeto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se apoya en el Racionalismo. • Se tomó como modelo de análisis de la mente a la Cibernética o "metáfora del ordenador": La mente recibe, organiza y almacena información de una forma análoga a a una computadora. • Es constructivista. <p>Teoría cognoscitivo-social de Albert Bandura</p> <p>Componentes en prevención</p> <p>(1) cognitivo</p> <p>(2) conductual</p> <p>(3) fortalecimiento de la autoeficacia,</p> <p>y (4) el apoyo social.</p>

Fuente: Freire, E. 2002

2.6. Modelos de cambio de conducta

Vigotsky plantea su *Modelo de aprendizaje Sociocultural*, a través del cual sostiene que ambos procesos, desarrollo y aprendizaje, interactúan entre sí considerando el aprendizaje como un factor del desarrollo. Además, la adquisición de aprendizajes se explica cómo formas de socialización. Concibe al hombre como una construcción más social que biológica, en donde las funciones superiores son fruto del desarrollo cultural e implican el uso de mediadores.

Teoría de la “*Zona de Desarrollo Próximo*” (ZDP). Esto significa, en palabras del mismo Vigotsky, “la distancia entre el nivel de desarrollo, determinado por la capacidad para resolver independientemente un problema, y el nivel de desarrollo potencial, determinado a través de la resolución de un problema bajo la guía de un adulto o en colaboración con otro compañero más capaz”.

La zona de desarrollo potencial estaría, así, referida a las funciones que no han madurado completamente en el niño, pero que están en proceso de hacerlo.



Ambos dominios están estrechamente unidos y se influyen mutuamente. Ambas construcciones son, además, artificiales, por lo que su naturaleza es social; de modo que el dominio progresivo en la capacidad de planificación y autorregulación de la actividad humana reside en la incorporación a la cultura, en el sentido del aprendizaje de uso de los sistemas de signos o símbolos que los hombres han elaborado a lo largo de la historia, especialmente el lenguaje, que según Vigotsky “surge en un principio, como un medio de comunicación entre el niño y las personas de su entorno. Sólo más tarde, al convertirse en lenguaje interno, contribuye a organizar el pensamiento del niño. Es decir, se convierte en una función mental interna”.

2.6.1. Freire

Freire plantea que la situación de deshumanización que vive el hombre actual no es la verdadera vocación a la que está llamado. Su vocación es la de la humanización y ésta debe ser conquistada a través de una praxis que lo libere de su condición actual. "Ahí radica la gran tarea humanista e histórica de los oprimidos: liberarse a sí mismos y liberar a los opresores. ... sólo el poder que renace de la debilidad de los oprimidos será lo suficientemente fuerte para liberar a ambos".

"Si admitiéramos que la deshumanización es vocación histórica de los hombres, nada nos quedaría por hacer..., la lucha por la liberación por el trabajo libre, por la desalineación, por la afirmación de los hombres como personas, no tendría significación alguna. Ésta solamente es posible porque la deshumanización es el resultado de un orden injusto que genera la violencia de los opresores y consecuentemente el ser menos"

La liberación necesaria que logre humanizar al hombre será fruto del esfuerzo humano por lograrla. La pedagogía del oprimido es aquella que debe ser elaborada por el propio oprimido, ya que la práctica de la libertad sólo puede encontrar adecuada expresión en una pedagogía en que el oprimido tenga la condición de descubrirse y conquistarse, en forma reflexiva, como sujeto de su propio destino histórico.



2.7. Calidad de la intervención para prevención del VIH/SIDA (31)

Los esfuerzos para la prevención están siendo dirigidos de manera muy clara a una gama de comunidades mucho más amplia que en el pasado, incluyendo hombres homosexuales negros, mujeres hispanas y de origen africano, hombres homosexuales blancos, consumidores de drogas por vía intravenosa, y adolescentes que ya alcanzan la edad adulta.

Estamos iniciando una nueva era en el campo de la prevención del VIH, una en la que la investigación científica proporciona enfoques avanzados tanto biomédicos como de conducta en el área de la prevención. Las estrategias efectivas de reducción de riesgos, combinadas con nuevos tratamientos para el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, nos dan mayores esperanzas de reducir aún más la propagación del VIH.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) lideran los esfuerzos para ayudar a controlar la epidemia del VIH mediante el trabajo con socios comunitarios, estatales, nacionales e internacionales en actividades de vigilancia, investigación, prevención y evaluación. Dichas actividades son de una importancia crítica porque de acuerdo a los cálculos de los CDC, más de un millón de estadounidenses viven con el VIH, y entre un 24 y un 27% de estas personas no saben que tienen la infección. Además, el número de personas que viven con SIDA está en aumento debido a la eficacia de las nuevas terapias con drogas que mantienen saludables durante más tiempo a las personas con VIH y que han reducido drásticamente la tasa de mortalidad.

2.8. Estrategia de prevención del VIH/SIDA de los CDC (32)

Las actividades de prevención del VIH de los CDC en las últimas dos décadas se han dedicado a ayudar a las personas que no están infectadas por el VIH, pero que tienen alto riesgo de contraer el virus, a cambiar y mantener comportamientos que las mantengan alejadas de la infección. Esta iniciativa se propone reducir las barreras que impiden el diagnóstico temprano de la infección por VIH y aumentar el acceso al cuidado médico y al tratamiento de



calidad y aumentar los servicios de prevención permanentes para las personas a quienes se les ha diagnosticado el VIH.

La iniciativa favorece la aplicación de enfoques de salud pública de comprobada eficacia para reducir la incidencia y la propagación de la enfermedad y se vale de las nuevas tecnologías de pruebas rápidas, de intervenciones que hacen que las personas que no saben que están infectadas se hagan las pruebas de detección del VIH, y de intervenciones relacionadas con el comportamiento que enseñan destrezas de prevención a las personas que viven con el VIH.

La iniciativa consta de cuatro estrategias claves:

1. Hacer que las pruebas del VIH se conviertan en una rutina en la atención médica
2. Poner en práctica nuevos modelos para el diagnóstico de las infecciones por el VIH fuera de los centros médicos.
3. Prevenir nuevas infecciones mediante el trabajo con personas a quienes se les ha diagnosticado el VIH y con sus parejas sexuales, así como con otras personas que corren un riesgo alto de infección.
4. Seguir disminuyendo la transmisión del VIH de madre a hijo

Para cumplir con su estrategia, los CDC están trabajando en colaboración con muchas otras asociaciones gubernamentales y asociaciones no gubernamentales a todo nivel para poner en práctica, evaluar, desarrollar aún más y fortalecer esfuerzos eficaces de prevención del VIH por toda la población.

Los CDC canalizan la mayor parte de sus esfuerzos de prevención del VIH hacia las comunidades de origen africano, las cuales han sido las más afectadas por el VIH/SIDA:

- El SIDA es la principal causa de mortalidad en las personas de origen africano de edades comprendidas entre 25 y 44 años.



- Los estadounidenses de origen africano representan el 13% de la población del país, sin embargo se estima que la mitad de los nuevos casos de infección de HIV se presentan en este grupo.
- Entre los estadounidenses de origen africano, los hombres jóvenes homosexuales y las mujeres heterosexuales son los más afectados.

Desde 1987, los CDC han diseñado y apoyado sin cesar programas innovadores en las comunidades de origen africano por medio de organizaciones nacionales, regionales y locales, incluyendo organizaciones comunitarias y religiosas. Los CDC también continúan trabajando con las comunidades latinas y otras afectadas por la epidemia para diseñar y apoyar programas efectivos de prevención.

Los modelos de información, educación y comunicación difunden y hacen del conocimiento de la población la existencia y los mecanismos de transmisión del VIH, pero en general no han resultado en un cambio de comportamientos de riesgo, pues no existe una relación unilateral entre conocimiento, creencias y conductas. En una revisión de las estrategias de prevención y control del SIDA en México, Sepúlveda et al afirman que “las campañas masivas no cambian de manera importante los comportamientos, pero son útiles para mantener un estado de alerta y para crear el clima que haga aceptable otro tipo de intervenciones más puntuales y específicas”. Asimismo, los autores aseguran que “es indispensable desarrollar intervenciones que toquen aspectos más profundos de los individuos a los que se quiere llegar”. Estos aspectos profundos implican la comprensión de los contextos de la sexualidad, a nivel emocional, social, cultural y económico.

2.9. Prevención de ITS (32)

En el caso del VIH se pueden aplicar los siguientes métodos para prevenir la infección:

1. La mejor manera de evitar infectarse con el VIH es no tener relaciones sexuales., lo que se conoce como abstinencia sexual. De no ser así de



debe escoger las prácticas más seguras tales como mantener relaciones sexuales con una sola persona (fidelidad), además que esta no debe poseer ningún tipo de ITS.

2. Se puede adoptar el llamado sexo seguro que no es más que actividades sexuales que no involucran el paso de sangre o algún fluido sexual del cuerpo de una persona al de otra. Ejemplos de sexo seguro son las caricias, la masturbación mutua.
3. También se puede aplicar el “sexo más seguro” se refiere a un rango de actividades sexuales que implican *poco* riesgo de infección con VIH, esta expresión significa a menudo el uso de un condón pues *cuando es utilizado adecuadamente*, actúa como una barrera física que evita que el flujo infectado ingrese en el cuerpo de la otra persona.
4. No compartir las jeringuillas (drogas inyectables)
5. No perforaciones en la piel si el material a utilizarse no está estéril
6. En el caso de las transfusiones sanguíneas se deben analizar todos los suministros de sangre para ver si tienen el virus. Además, puesto que el análisis no es 100% preciso, se puede colocar algunas restricciones sobre quién es elegible para donar, siempre que éstas estén justificadas por evidencia epidemiológica, y no limiten el suministro sin necesidad o estimulen prejuicios. Además las jeringuillas deben ser descartables.

2.9.1. En el caso del condiloma:

No existe forma de prevención 100% segura, ya que el HPV puede ser transmitido incluso por medio de una toalla u otro objeto. El uso del condón consiga impedir entre un 70% a 80% de las transmisiones, y su efectividad no es mayor porque el virus puede estar alojado en otro lugar, no necesariamente en el pene, como en la piel de la región pubiana, perineo y ano.

Sin embargo en el 2006 llegó la primera vacuna capaz de prevenir la infección por los dos tipos más comunes de HPV, el 6 y el 11, responsables del 90% de las verrugas, y también de los dos tipos más peligrosos, el 16 y el 18, responsables por el 70% de los casos de cáncer de cuello de útero.



2.10. Enfermedades de Transmisión Sexual más comunes

2.10.1. Sífilis

Es una enfermedad de transmisión sexual ocasionada por la bacteria *Treponema pallidum*. Esta bacteria necesita un ambiente tibio y húmedo para sobrevivir, por ejemplo, en las membranas mucosas de los genitales, la boca y el ano. Se transmite cuando se entra en contacto con las heridas abiertas de una persona con sífilis. Esta enfermedad tiene varias etapas, la primaria, secundaria o principios de la latente. En la etapa secundaria, es posible contagiarse al tocar la piel de alguien que tiene una erupción en la piel causada por la sífilis. Esta no se contagia al tocar el asiento del baño o una toalla que ha sido usada por la persona infectada.

La enfermedad puede atravesar por cuatro etapas si no es tratada a tiempo:

Etapa primaria: El primer síntoma es una llaga en la parte del cuerpo que entró en contacto con la bacteria. Estos síntomas son difíciles de detectar porque no causan dolor y ocurren en el interior del cuerpo. Si la persona no ha sido tratada puede infectar a otras durante esta etapa.

Etapa secundaria: Se presenta a las tres a seis semanas después de que aparece la llaga. Presenta una erupción en todo el cuerpo, en las palmas de las manos, en las plantas de los pies o en alguna otra zona. También se puede sentir fiebre leve, inflamación de los ganglios linfáticos y pérdida del cabello.

Etapa latente: Si no es diagnosticada ni tratada durante mucho tiempo, entra en una etapa latente. En donde no hay síntomas notables y la persona infectada no puede contagiar a otros. Sin embargo, una tercera parte de las personas que están en esta etapa empeoran y pasan a la etapa terciaria de la sífilis.

Etapa terciaria (tardía): Puede causar serios problemas como trastornos mentales, ceguera, anomalías cardíacas y trastornos neurológicos. En esta etapa, la persona infectada ya no puede transmitir la bacteria a otras personas, pero continúa en un periodo indefinido de deterioro hasta llegar a la muerte.



Para un tratamiento rápido se receta la penicilina inyectada. Veinticuatro horas luego de la inyección la persona ya no puede transmitir el virus. Este tratamiento es efectivo en todas las etapas.

2.10.2. Gonorrea

Es una infección producida por una bacteria llamada *Neisseria Gonorrhoeae*, se presenta por lo general en adolescentes y adultos y se desarrolla en las membranas mucosas el sistema reproductor y urinario tanto en mujeres como en hombres. Afecta el epitelio de la uretra, el cérvix, el recto, la faringe o los ojos. Esta enfermedad se adquiere casi siempre por contacto sexual.

En la mujer los signos vulvares son los primeros. La paciente consulta por un edema doloroso de la vulva, acompañado de una leucorrea verdosa aparecida entre dos y siete días después de una relación sin protección. La mayoría de las mujeres están lejos de presentar este cuadro clínico ya que son casi asintomáticos. En los hombres, uno de los síntomas iniciales es la disuria, así como aumento en la frecuencia de la micción y descarga uretral purulenta.

Para su tratamiento muchos antibióticos son seguros y eficaces, sin embargo esta infección es cada vez más resistente a ciertos antibióticos.

Puede curarse con una sola inyección de Ceftriaxona. También son eficaces otros antibióticos orales como Cefixima y Ciprofloxacina.

2.10.3. Tricomoniasis

Es una infección causada por *Trichomonas Vaginalis*. Este parásito es más común en las mujeres, se encuentra en alrededor del 20% de ellas durante los años fértiles, y causa vaginitis, uretritis y quizás cistitis. En los varones es más fácil de detectar y origina prostatitis, cistitis y uretritis.

En las mujeres se puede establecer muchas veces un diagnóstico inmediato a través de un papanicolau. En los hombres, si el examen se realiza a primera hora de la mañana antes de la micción se pueden encontrar algunos filamentos mucosos finos en la orina recogida en dos recipientes.



En las mujeres, la infección presenta abundante flujo vaginal, espumoso y de color amarillo verdoso, junto con irritación y molestias en la vulva, el periné y los muslos, dispareunia y disuria.

Algunas mujeres presentan sólo flujo escaso, y muchas actúan como portadoras asintomáticas durante largos períodos, aunque los síntomas pueden aparecer en cualquier momento. En los casos intensos, la vulva y el periné aparecen inflamados, con edema de los labios.

Los hombres no suelen desarrollar síntomas. Sin embargo, pueden presentar flujo uretral transitorio, espumoso o purulento, sobre todo en la primera hora de la mañana. Se presentan molestias en el periné o más profundas en la pelvis.

Su tratamiento consiste en usar el Metronidazol, cura la infección en el 95% de las mujeres, siempre que se traten también sus parejas sexuales.

La efectividad de la pauta con una sola dosis es menos clara en los hombres y se debe administrar mayor cantidad de este medicamento. Las parejas sexuales deben ser examinadas y tratadas.

2.10.4. Candidiasis

Se trata de una micosis genital causada por el hongo del genero *Cándida* especialmente del tipo *Albicans*.

El término "candidiasis" se usa para describir el crecimiento y desarrollo de dicho hongo. El cual normalmente es una levadura, huésped saprófito (normal) del tracto intestinal, oral, vaginal.

Ciertas condiciones tales como: consumo exagerado de antibióticos, de anticonceptivos hormonales, en el embarazo, o por dietas muy ricas en azúcares; este hongo se convierte de huésped en un hongo patógeno. Esto se debe a una depresión en el sistema inmunitario, y de la inmunidad de la vagina.



Aparte de los genitales, puede colonizar también la piel, el aparato digestivo (boca, esófago, intestinos).

En la mujer es más frecuente en la edad reproductiva provocando vulvo-vaginitis, que se exacerba antes de la menstruación caracterizándose por flujo abundante de aspecto caseoso (como leche cortada), inodoro, con mucho prurito e inflamación que produce excoriaciones, fisuras superficiales en la vulva, disuria, tenesmo, polaquiuria, ardor y dolor vulvar, dispareunia. También puede colonizar recto e intestino. Existen mujeres que nunca desarrollarán síntomas de vulvovaginitis en toda su vida, y hay otras en que los episodios se torna recurrentes: 3-4 episodios por año. La candidiasis vulvo-vaginal tiene un espectro muy variado en cuanto a sintomatología, con cuadros agudos y severos, o candidiasis esporádica y recurrente.

Existen casos que han invadido la cavidad uterina de la gestante determinando corioamnionitis secundaria y vasculitis umbilical. También la candidiasis está relacionada con rotura prematura de membranas ovulares. Por ello siempre debe tratarse a la embarazada, así sea asintomática. La candidiasis puede infectar al neonato debido al pasaje a través del canal del parto, ocasionándole candidiasis del tubo digestivo.

Los recién nacidos pueden contaminarse durante el parto vaginal, produciendo síntomas en el aparato digestivo.

En el hombre secreción uretral con sensación de quemazón y prurito, edema y acúmulo de secreciones en el surco balano-prepucial. A veces presenta disuria. También coloniza el área genito-crural (ingle).

Suele presentarse con frecuencia en pacientes diabéticos de cualquier edad, lo que suele ser un signo revelador de la enfermedad y también en pacientes inmunodeprimidos.



El diagnóstico

- Por sintomatología como: prurito intenso vulvar y flujo como leche cortada sin ningún olor característico. Los síntomas aparecen cuando aumenta el número de hongos y se produce un desequilibrio inmunológico en la vagina.
- La microscopía en fresco aportará datos al diagnóstico en más del 50% de los casos. Con el Papanicolaou y la Colposcopia.
- Generalmente el pH vaginal es menor de 4.5 y el test de aminas es negativo.

El tratamiento

- A base de óvulos y cremas que contengan antibióticos fungistáticos: responde habitualmente a todos los azoles: Isoconazol, Clotrimazol, Tioconazol, Econazol, Ketoconazol, Itraconazol, Fluconazol, Miconazol, Terconazol, Butoconazol, y también a la Nistatina y al Violeta de genciana.
- También pueden indicarse antimicóticos por vía oral.
- Durante el embarazo se aconseja el uso de los azoles en forma tópica local por no menos de 7 días.
-

2.10.5. Condiloma

La verruga genital, conocida también como condiloma acuminado, es una enfermedad de transmisión sexual (ETS) causada por el virus del papiloma humano (VPH). Con este nombre se conoce a un grupo de virus que incluye más de 100 tipos o cepas diferentes. Más de 30 de estos virus son transmitidos sexualmente y pueden infectar el área genital de hombres y mujeres, que incluyen la piel del pene, la vulva o el ano y los revestimientos de la vagina, el cuello uterino o el recto. Un alto porcentaje de las personas que quedan infectadas por VPH no presentarán síntomas y la infección desaparecerá por sí sola.



Varios tipos de virus del papiloma humano (PVH) producen la verruga o infecciones subclínicas en vagina y cuello uterino, incluyendo el tipo 6, 11, 16, 18, 31 y 45. Los tipos 16, 18, 31 y 45 han sido asociados a carcinoma cervical maligno y premaligno en las mujeres, el PVH-16 provoca el 50% de cáncer cervical y los tipos 16, 18, 31 y 45. Juntos son responsables del 80% de los casos de cáncer cervicouterino. El período de incubación varía entre uno y seis meses.

Formas de contaminación:

Este virus es transmitido por el contacto directo con la piel contaminada, incluso cuando la piel no presenta lesiones visibles. La transmisión también puede ocurrir durante el sexo oral., pero también se sugieren otros como fómites iatrogénicos, durante el examen ginecológico y anal con instrumental mal esterilizado o artículos de aseo personal, como toallas húmedas usadas previamente por personas infectadas, baños compartidos, sauna, jacuzzys.

Signos y síntomas

Los condilomas se pueden presentar generalmente como elevaciones o masas suaves y húmedas, rosadas o de color de la piel, usualmente en el área genital.

Estos pueden ser planos o elevados, únicos o múltiples, pequeños o grandes y, en ciertos casos, tener forma de coliflor.

Pueden desarrollarse:

En la mujer: vulva, vagina o en el ano o alrededor de los mismos, en el cuello uterino. **En el hombre:** en el pene, en el escroto, en la ingle o los muslos.

Las verrugas pueden aparecer semanas o meses después del contacto sexual con una persona infectada o puede que no aparezcan. Por lo general no duelen, pueden ser abultados o planos y pueden presentarse solos o en grupo.



La mayoría de las verrugas son asintomáticas pero en algunas ocasiones pueden producir dolor, ardor o prurito. Las verrugas genitales se diagnostican por examen visual.

Tratamiento

El tratamiento del HPV se puede realizar por medio de diversos métodos: químicos, quimioterápicos, inmunoterápicos y quirúrgicos. La mayoría de ellos destruirá el tejido enfermo. Los tratamientos de las verrugas genitales incluyen:

Tratamiento aplicados por el paciente:

1. Aplicación de podofilina al 0.5% en solución o gel.
2. Crema de Imiquimod al 5%.

Tratamientos aplicados por el médico:

1. Crioterapia con nitrógeno líquido.
2. Ácido tricloroacético o ácido bicloroacético al 80-90%.
3. Remoción quirúrgica de las verrugas.
4. Aplicación de interferón intralesional
5. Remoción utilizando el láser.

2.11. SIDA (33)

2.11.1. El origen del VIH

Desde el descubrimiento del SIDA en 1981 se han propuesto varias teorías entre ellas tenemos las siguientes:

La más aceptada es que el virus ha tenido su origen en el VIS (Virus de Inmunodeficiencia Símica), transmitió al hombre por el chimpancé.

Un grupo de científicos del Laboratorio Nacional de Los Álamos (Nuevo México) han rastreado el origen del virus que causa el SIDA mediante una



sofisticada computadora capaz de recomponer las mutaciones que ha sufrido el VIH y calcular cuando pasó de un chimpancé a un hombre por primera vez. El resultado es que el VIH se originó en 1930 en algún lugar de África central. El primer caso conocido del virus VIH en África se remonta al año 1959, en la sangre almacenada en un laboratorio de un individuo de sexo masculino del Congo.

Esta teoría es una de las mas discutidas es la de la transmisión del VIH por medio de la ciencia médica: mediante administración de vacunas de poliomielitis, hepatitis B.

La segunda teoría es la de la “Transmisión Temprana” y sostiene que el virus pudo haber sido transmitido a los hombres a principio del siglo XX o incluso a finales del siglo XIX, a través de la caza de chimpancés como alimento.

SIDA son las siglas de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. El SIDA es causado por el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana). El VIH ataca al sistema inmunológico del cuerpo, principalmente a los glóbulos blancos (los linfocitos T), que son células importantes en cuanto a la defensa del organismo en contra de las infecciones, manteniendo de este modo saludable al cuerpo humano.

No todas las personas con VIH contraen el SIDA (presentación de alguna afección severa) ya que este es la última etapa de la infección por VIH.

Las personas con VIH normalmente pueden permanecer muy saludables por muchos años después de que se han infectado, pues el virus ataca lentamente al sistema inmunológico y, en un punto dado, puede convertirse en SIDA.

El 30% de las personas con VIH desarrolla SIDA dentro de los 5 años. Esto significa que contraen una enfermedad seria, como cáncer o neumonía, dentro de los 5 años. Algunas personas sólo desarrollan síntomas leves dentro de estos 5 años, como ganglios inflamados, diarrea, fiebre y pérdida de peso.



Aproximadamente un 50% de las personas con VIH desarrolla SIDA dentro de los 10 años de haberse infectado con VIH.

2.11.2. Modos de transmisión

El VIH no puede sobrevivir mucho tiempo fuera del cuerpo humano, y por eso solamente se transmite entre personas.

Las tres vías de transmisión son:

- Transmisión sexual: relaciones sexuales sin condón con personas que viven con el VIH-SIDA.
- Transmisión a través de sangre y productos de sangre contaminados con el virus, o herirse con instrumentos cortopunzantes infectados (vía parenteral o sanguínea). Este vía incluye entre otras cosas transfusiones de sangre o productos de sangre, uso de agujas contaminadas y tatuajes.
- Transmisión vertical de una madre que vive con el VIH a su hijo a través de la placenta durante el embarazo, durante el parto o en la lactancia a través de la leche materna (vía perinatal o materno-infantil).

No se transmite el VIH por:

- Compartir baños con otras personas o con personas que viven con el VIH-SIDA
- Compartir alimento y utensilios de cocina con otras personas o con personas que viven con el VIH-SIDA
- Picadura de insectos
- Por compartir vida social
- Por compartir el ambiente del trabajo
- Abrazos, apretón de manos, besos
- Abrazar, besar o cuidar de una persona que vive con el VIH-SIDA



2.11.3. Signos y síntomas

Algunas personas se enferman luego de 6 semanas de haberse infectado con el VIH, con los siguientes síntomas:

- Fiebre
- Cefalea
- Ganglios inflamados
- Astenia
- Artralgias y mialgias
- Dolor de garganta

Sin embargo, la mayoría de las personas con VIH no tiene síntomas por años.

Cuando las personas con VIH contraen una enfermedad seria, se dice que tienen SIDA. Las personas con SIDA pueden tener cualquiera de los siguientes síntomas:

- Fiebre que dura más de un mes
- Pérdida de peso
- Cansancio extremo
- Diarrea por más de 1 mes
- Ganglios linfáticos agrandados
- Falta de claridad al pensar
- Pérdida del sentido del equilibrio

2.11.4. Diagnóstico

Mediante la llamado prueba de anticuerpos contra el VIH. El organismo reacciona al VIH produciendo anticuerpos dentro de un período de 2 a 8 semanas después de la exposición. La prueba muestra si existen anticuerpos en la sangre.

Es posible un resultado negativo a pesar de existir infección por VIH ya que los anticuerpos contra el VIH pueden tardar 12 semanas o más en aparecer. Por lo



que se recomienda que si se obtiene un resultado negativo de la prueba, se tendrá que volver a realizar una prueba de seguimiento para estar segura de que no existe infección por el VIH.

2.11.5. Tratamiento

Actualmente no existe ninguna cura para la infección por VIH o el SIDA. Los investigadores están intentando encontrar una droga para curar el VIH/SIDA. Se han creado muchas drogas que ayudan a tratar el VIH/SIDA, pero no lo curan. Tales como los medicamentos antirretrovirales que pueden prolongar el tiempo entre la infección con VIH y el comienzo del SIDA. La terapia combinada moderna es altamente eficaz y, en teoría una persona puede vivir por un largo período de tiempo antes de que el VIH se transforme en SIDA. Sin embargo, estos medicamentos no se encuentran ampliamente disponibles en muchos países pobres del mundo.



CAPÍTULO III

3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

3.1. HIPÓTESIS

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

3.2. OBJETIVOS

3.2.1. OBJETIVO GENERAL

- Evaluar y modificar los conocimientos, actitudes y prácticas de los estudiantes de la Escuela de Comunicación Social de la Facultad de Filosofía, de la Universidad de Cuenca, que cursan el año lectivo 2008-2009; acerca de las Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA, luego de realizar una intervención educativa.

3.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aplicar un cuestionario para determinar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los estudiantes de la Escuela de Comunicación Social de la Facultad de Filosofía, de la Universidad de Cuenca, sobre ITS; y autoeficacia en prevención del SIDA, antes de la intervención educativa.
- Realizar una intervención educativa, basada en la Teoría cognoscitivo social de Albert Bandura, Ausubel y Vigotsky, para modificar los conocimientos, actitudes y prácticas, acerca de ITS y VIH/SIDA, de los estudiantes, de Escuela de Comunicación Social de la Facultad de Filosofía, de la Universidad de Cuenca.
- Comparar la modificación de los conocimientos, actitudes y prácticas sobre ITS, y autoeficacia en prevención del SIDA, de los estudiantes, de Escuela de Comunicación Social de la Facultad de Filosofía, de la Universidad de Cuenca, luego de la intervención educativa.



CAPÍTULO IV

4. METODOLOGÍA

4.1. TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio cuasi-experimental Pre CAP y Pos CAP sin grupo control.

4.2. ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en las aulas de la Facultad de Filosofía, ubicada en el campus de la Universidad de Cuenca en Av. 12 de Abril (Oeste), Av. Loja (Sur), Av. Solano (Norte) y Av. Remigio Tamariz (Este).

4.3. UNIVERSO

El estudio, según la línea de investigación de la Facultad, seleccionó como universo al número total de estudiantes matriculados en el año lectivo 2008-2009 en las Escuelas de Derecho, Filosofía, Trabajo Social, Comunicación y Facultad de Artes, pero en cada una de las Escuelas se seleccionó una muestra.

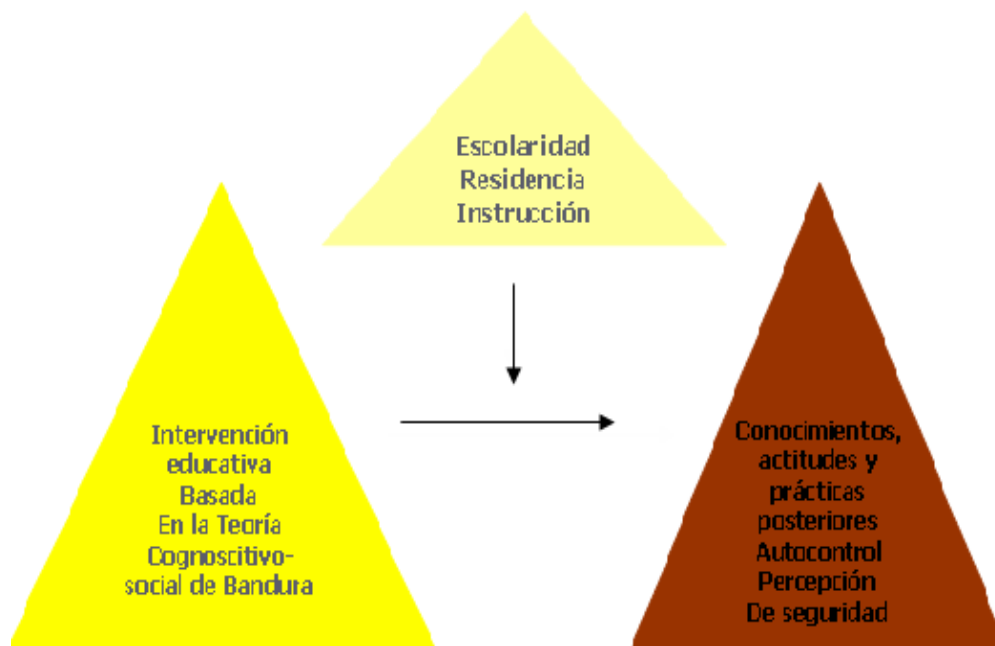
4.4. TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño mínimo de la muestra fue calculado para la contrastación de hipótesis, según la magnitud de la modificación reportada en las investigaciones CAP, con las siguientes restricciones:

- Error alfa del 5% (0,05)
- Nivel de confianza del 95% (IC 95%)
- Error beta del 5% (0,05)
- Potencia estadística del 90% (0,90)
- Desenlace del grupo control del 43% (0,43). Según la literatura consultada, la aplicación de una encuesta antes de la intervención en los estudios CAPs, en el tema ITS, ha proporcionado un nivel de conocimientos no más alto del 43% (34).

- Desenlace del grupo control del 70% (0,70). Los reportes sobre modificación de los CAP después de una intervención encontraron que se elevan los conocimientos hasta en un 70% (34).
- Con la utilización de un software de computadora el Epidat vers 3.1 en español para Windows, el tamaño de la muestra fue de 72 participantes como mínimo para probar el efecto de la intervención.

4.5. RELACIÓN EMPÍRICA DE LAS VARIABLES





4.6. MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde nacimiento hasta Ingreso al estudio	Tiempo	Años cumplidos	Continua
Sexo	Características que distingue una especie de otra en cuanto a funciones reproductivas		Fenotipo	Femenino Masculino
Residencia	Domicilio habitual del entrevistado	Región geográfica	Documento de identificación	Urbano Rural
Grado de instrucción	Años aprobados dentro del sistema de educación formal.	Primaria Secundaria Superior	Registro académico	Primaria Secundaria Superior
Conocimientos sobre las ITS y VIH/SIDA	Conjunto de información adquirida en relación a ITS y VIH/SIDA.	Conjunto de información adquirida.	Calificación obtenida	Continua y Categorica
Actitud sobre ITS y VIH/SIDA	Modo de actuar frente a una situación probable.	Actitud	Respuestas a las encuestas y Escala de Autoeficacia	Continua y Categorica
Prácticas sobre ITS y VIH/SIDA	Experiencias frente a una situación específica.	Prácticas	Respuestas a las encuestas y Escala de Autoeficacia	Continua y Categorica

4.7. DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Se utilizaron dos instrumentos de medición:

4.7.1. ENCUESTA DE VALORACIÓN DE CAPs: Fue el primer instrumento que se utilizó, mide los conocimientos, actitudes y prácticas sobre las



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

4.7.1.1. Validación del primer instrumento: El primer instrumento fue validado por Aymee Fatjo; por medio de consenso de expertos y para cumplimentar su validez, se sometió a la técnica de repetición del test, utilizando como medida el coeficiente de correlación lineal entre las dos aplicaciones del test, considerándose bueno porque se obtuvo un resultado de 0.94. Para las variables de conocimientos y actitudes, los conocimientos se relacionan con mayores puntuaciones. Para las variables de prácticas, la mayor puntuación se relaciona con prácticas de riesgo, o malas prácticas.

4.7.2. ESCALA DE AUTOEFICACIA: Es el segundo instrumento que se usó y esta basada en la Teoría de Albert Bandura, mide el nivel de seguridad, fue validado por Fuensanta López-Rosales, José Moral-de la Rubia, del Centro de investigaciones de la Facultad de Psicología de la UNAM.

4.7.2.1. Validación del segundo instrumento:

La escala de autoeficacia está conformada de tres subescalas: A, B y C. Los autores mexicanos validaron la consistencia interna por el coeficiente alfa de Cronbach, y obtuvieron un valor de 0.89, y muy próxima al esperado de 0.91. Resultando todos los elementos discriminatorios con una correlación significativa ($p < 0.01$) con el resto de la escala que oscila de 0.284 a 0.654.

4.8. DESCRIPCIÓN DE CUESTIONARIOS (ANEXO 1)

Ambos instrumentos de medición – CAPs y Escala de Autoeficacia- se integraron en un solo cuestionario; el mismo que se aplicó siguiendo la técnica de encuesta administrada.

4.8.1. Secciones del cuestionario. Las secciones del cuestionario que se aplicó a los estudiantes son los siguientes:



- **Sección I**
- Identificación del cuestionario
- **Sección II**
- **Variables socio-demográficas del encuestado.**
- **Sección III**
- **Preguntas de conocimientos sobre ITS.**
- **Sección IV**
- **Preguntas de actitudes.**
- **Sección V**
- **Preguntas de prácticas.**

De la sección III hasta la sección V, constituyen el primer instrumento de medición, es decir a conocimientos, actitudes y prácticas sobre ITS; cada pregunta cómo puede constatarse en el anexo I tiene varios ítems, son preguntas cerradas, a cada ítem, el encuestado contestara sí o no; de esta forma ninguna pregunta quedará sin ser contestada. Cada posibilidad de respuesta será previamente codificada para facilitar la tabulación de los datos.

Sección VI

Esta sección corresponde al segundo instrumento de medición, es decir, a la Escala de Autoeficacia para prevenir el SIDA, recoge preguntas de intención.

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

Variables de conocimientos:

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

Variables de actitudes

- Actitud ante el nivel de atención médica de estas infecciones
- Actitud ante una ITS



- Prevención de las ITS
- Actitud ante relaciones sexuales con desconocidos o pocos conocidos

Variables de prácticas

- Parejas en los 3 últimos meses: cuantas
- Práctica sexual: Homosexual, heterosexual, bisexual
- Hábito sexual: Anal, oral, genital
- Portador de una ITS en alguna ocasión: Mencionarla.
- Conversar con su pareja sobre el tema.
- Relaciones sexuales embriagado o bajo los efectos de drogas.
- Uso del condón:

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

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

Nunca: Cuando no forma parte de sus prácticas sexuales.

- Razones por lo que no lo usa:

Disminuye la sensibilidad:

No sabe utilizarlo.

Pena negociarlo con la pareja:

Vergüenza adquirirlo en la farmacia.

Pareja estable.

- Relaciones sexuales con desconocidos.
- Uso del condón en estas relaciones

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

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

Nunca: Cuando no forma parte de sus prácticas sexuales.



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

Con las variables que van de la pregunta 7 a la pregunta 14: puntuación que pretende medir los conocimientos y las actitudes, esta osciló en un rango entre 12 y -6 puntos, (ver clave de calificación).

Con las variables que van de la pregunta 17 a la 26: puntuación que pretende evaluar las prácticas, esta osciló en un rango entre 10 y 0 puntos (ver clave de calificación, Anexos).

4.8.3. Puntuación final de las variables

Variables de conocimiento

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

Variables de actitudes

- Buena: entre 6 y 10 puntos.
- Regular entre 5.9 y 3 puntos.
- Mala por debajo de 3 puntos.

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

Variables de prácticas

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

Las variables de prácticas fueron evaluadas en los tres meses después de la intervención.



4.8.4. La sección VI del formulario:

Corresponde a la Escala de Autoeficacia, siguiendo la teoría de Albert Bandura, para prevenir el SIDA con 27 preguntas de intención.

La subescala A: incluye preguntas sobre seguridad de decir no a las relaciones sexuales frente a circunstancias diversas;

La subescala B: incluye seguridad o no de preguntar a la novia sobre relaciones sexuales previas, uso de drogas, experiencia homosexual, discutir sobre SIDA y

La subescala C: incluye preguntas sobre la seguridad en el uso del preservativo, abstinencia sexual, fidelidad, confianza con los padres.

Para el análisis se tomara en cuenta el nivel de mayor seguridad de la escala.

4.9. INTERVENCIÓN EDUCATIVA

La intervención educativa se realizó en las aulas de la Facultad de Filosofía, se programó sesiones con duración de una hora cada una. Las charlas fueron interactivas con la participación de los estudiantes. Se utilizó un manual de información que se entregó a los estudiantes y se proyectaron diapositivas sobre el tema.

4.10. RECOLECCIÓN DE DATOS:

El cuestionario fue llenado por los estudiantes antes de la intervención educativa y 3 meses después de la misma, la aplicación fue directa con la presencia de los investigadores, lo que facilitó responder dudas y aclarar las preguntas del cuestionario. El tiempo en responder fue de aproximadamente 60 minutos.

4.11. PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS

Para el estudio se presentó una solicitud a las autoridades de la Escuela y de la Facultad. Se solicitó el consentimiento informado a todos los sujetos



investigados, los datos que se obtuvieron podrían ser verificados por la Facultad de Ciencias Médicas, por su Comisión de Bioética o la Institución auspiciadora. Los resultados finales serán socializados para el beneficio de la colectividad universitaria.

4.12. PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

La información fue recolectada en un cuestionario elaborado exclusivamente para tal propósito (Anexo 1) y se ingresó en una matriz de datos de un programa estadístico de computadora, el SPSS versión 15.0 en español para Windows™.

Se realizó contraste de hipótesis Pre-intervención vs Post-intervención, de conocimientos, actitudes y prácticas, por medio de la prueba t de Student para muestras relacionadas.

La Escala de Autoeficacia se analizó aplicando la prueba Chi cuadrado para medir la modificación de respuestas afirmativas en cuanto a seguridad y se complementó con un Análisis de Varianza (ANOVA) para identificar la diferencia entre los promedios de los niveles de la escala.



CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

5.1. CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO

Se aplicó la entrevista pre-CAP a 72 estudiantes de la Escuela de Comunicación Social de la Facultad de Filosofía, se realizó la intervención educativa al grupo y se recopiló la información pos-CAP de todos los participantes. El análisis estadístico se realiza sobre este número.

5.2. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA

Por subgrupos, la edad predominante de los estudiantes estuvo entre los 18 y 21 años constituyendo el 52,8%.

La edad promedio fue de $21,6 \pm 2,7$ años entre un mínimo de 18 años y un máximo de 33 años.

Las mujeres fueron el 52,8%.

Los solteros fueron el 77,8%.

El 77,8% de los entrevistados profesa la religión católica.

El 76,4% reside en la zona urbana.

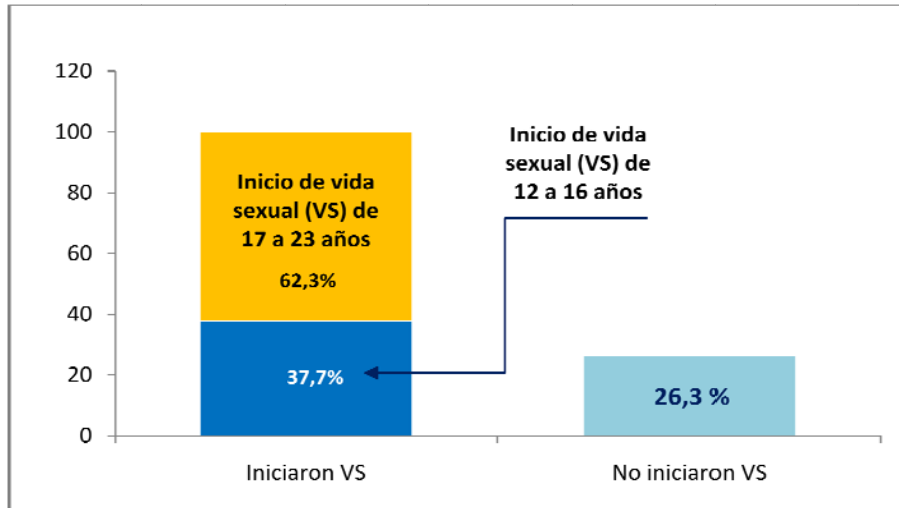
La edad de inicio de la vida sexual del 63,7% ($n = 53$) fue entre 12 y 23 años. De éstos el 37,7% ($n = 20$) entre 12 y 16 años y el 62,3% ($n = 33$) entre los 17 y 23 años de edad.

El 26,3% ($n = 19$) de los entrevistados respondió que no había tenido su primera relación sexual.

El promedio de edad de inicio de vida sexual del subgrupo de la población de estudio fue de $17,4 \pm 2,5$ años.



Gráfico 1



Fuente: tabla 1

Elaboración: autores



Tabla 1

Características demográficas de 72 estudiantes de la Escuela de Comunicación Social de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Cuenca que participaron en un estudio CAPs sobre ITS. Cuenca 2009.

Variables demográficas	N	%
Edad		
18 a 21 años	38	52,8
22 a 33 años	34	47,2
Total	72	100
Sexo		
Femenino	38	52,8
Masculino	34	47,2
Total	72	100
Estado civil		
Soltero	56	77,8
Casado	13	18,1
Viudo	1	1,4
Unión Libre	2	2,8
Total	72	100
Religión		
Católica	56	77,8
Evangélica	4	5,6
Testigo de Jehová	3	4,2
Otros	9	12,5
Total	72	100
Residencia		
Urbana	55	76,4
Rural	17	23,6
Total	72	100
Edad de inicio de vida sexual		
12 a 16 años	20	27,7
17 a 23 años	33	45,8
Ninguna experiencia	19	26,3
Total	72	100

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: autores



5.3. EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS SOBRE ITS Y VIH/SIDA

Se encontró un aumento significativo de los conocimientos sobre ITS a excepción del SIDA

En lo que respecta a vías de transmisión de las ITS también se observó una modificación significativa. En el criterio erróneo de la transmisión de las ITS por el beso o el sudor la disminución no fue significativa.

En el conocimiento de los signos y síntomas de las ITS el incremento fue significativo en todas las variables.

En el grupo de variables sobre tratamiento de las ITS se observó un incremento significativo únicamente en sífilis.



Tabla 2

Conocimientos de 72 estudiantes de la Escuela de Comunicación Social de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Cuenca, sobre ITS/VIH-SIDA pre y postintervención educativa. Cuenca, 2009.

Variables de conocimientos	Preintervención N = 72 n (%)	Postintervención N = 72 n (%)	Valor P
Conocimiento sobre:			
Condiloma	22 (30,6)	53 (73,6)	0,0001*
Herpes	62 (86,1)	71 (98,6)	0,004*
Sífilis	67 (93,1)	72 (100)	0,022*
SIDA	72 (100)	72 (100)	1,000
Gonorrea	64 (88,9)	72 (100)	0,003*
Tricomoniasis	24 (33,3)	61 (84,7)	0,0001*
Clamidiasis	19 (26,4)	52 (72,2)	0,0001*
Conocimiento de las vías de transmisión de las ITS:			
Sin penetración	33 (45,8)	48 (66,7)	0,011*
Con Penetración	68 (94,4)	70 (97,2)	0,404
Transfusión	61 (84,7)	70 (97,2)	0,008*
Madre infectada	48 (66,7)	67 (93,1)	0,0001*
Beso o sudor	14 (19,4)	9 (12,5)	0,255
Conocimiento de los signos y síntomas de las ITS:			
Vientre bajo	24 (33,3)	52 (72,2)	0,0001*
Secreción	62 (86,1)	70 (97,2)	0,015*
Verrugas	55 (76,4)	70 (97,2)	0,0002*
Manchas	36 (50,0)	56 (77,8)	0,0005*
Inflamación	32 (44,4)	56 (77,8)	0,0001*
Conocimiento sobre tratamiento de las ITS:			
Sífilis	52 (72,2)	67 (93,1)	0,001*
Condiloma	1 (1,4)	-	0,315
Blenorragia	1 (1,4)	-	0,315
Clamidiasis	1 (1,4)	-	0,315
SIDA	2 (2,8)	3 (4,2)	0,649
Tricomoniasis	1 (1,4)	-	0,315

* Modificación estadísticamente significativa

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: autores.



Tabla 3

Conocimientos de 72 estudiantes de la Escuela de Comunicación Social de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Cuenca, sobre ITS/VIH-SIDA pre y postintervención educativa. Cuenca, 2009.

Variables de conocimientos	Preintervención N = 72 X ± DE	Postintervención N = 72 X ± DE	Valor P
1. Conocimientos sobre ITS	7,3 ± 1,8	9,5 ± 1,1	0,001*
2. Conocimientos de las vías de transmisión	8,1 ± 2,6	9,9 ± 1,4	0,001*
3. Signos y síntomas de ITS	5,1 ± 2,4	7,5 ± 1,8	0,001*
4. Conocimientos sobre curación de ITS	6,3 ± 2,8	9,1 ± 1,3	0,001*

* Modificación estadísticamente significativa

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: autores

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

En conocimiento sobre ITS se observa un aumento del promedio después de la intervención a $9,5 \pm 1,1$ con una puntuación buena, en comparación con $7,3 \pm 1,8$ antes de la intervención con una puntuación regular, según el instructivo de calificación, lo que indica un mayor conocimiento sobre ITS.

En conocimiento de las vías de transmisión de las ITS antes de la intervención se obtuvo una media de $8,1 \pm 2,6$ y después de la intervención la media fue de $9,9 \pm 1,4$ lo cual nos indica que antes y después de la intervención la puntuación fue buena.

En síntomas y signos de las ITS hay un aumento de la media a $7,5 \pm 1,8$ después de la intervención en comparación con el $5,1 \pm 2,4$ antes de la intervención con una puntuación regular tanto antes como después de la intervención.



En conocimientos sobre curación de ITS se observó una puntuación buena con una media de $9,1 \pm 1,3$ después de la intervención en comparación con $6,3 \pm 2,8$ antes de la intervención, con puntuación regular.

El incremento significativo alcanzado en todos los ítems debe interpretarse como una mayor adquisición de conocimientos en favor del cumplimiento del planteamiento hipotético que sustenta la intervención educativa.

5.4. EVALUACIÓN DE ACTITUDES FRENTE A LAS ITS y VIH/SIDA

En las preguntas que tratan sobre las recomendaciones que deberían hacerse a un amigo con una ITS todos los porcentajes se elevaron a excepción de la recomendación de acudir a la farmacia ($P = 0,165$) resultado un tanto esperado para la lógica del estudio. Debe interpretarse como un efecto de la intervención.

En los ítems que midieron la actitud ante un amigo con una ITS la considerada beneficiosas fue acudir al médico ($P = 0,0004$).

En la recomendación a un amigo(a) sobre el uso del condón para no infectarse con una ITS se consiguió una modificación muy significativa ($P = 0,004$). En algunos de los demás ítems también un aumento aunque no significativo.

En la recomendación a un amigo(a) que mantiene relaciones con desconocidos(as) hubo una mejoría significativa en la recomendación de acudir al médico ($P = 0,020$).



Tabla 4

Actitudes de 72 estudiantes de la Escuela de Comunicación Social de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Cuenca, sobre ITS/VIH-SIDA pre y postintervención educativa. Cuenca, 2009.

<i>Variables de Actitudes</i>	<i>Preintervención n = 72 n (%)</i>	<i>Postintervención n = 72 n (%)</i>	<i>Valor P</i>
Recomendación a dónde debe acudir un amigo(a) que padece una ITS			
Hospital	58 (80,6)	69 (95,8)	0,004*
Médico	41 (56,9)	63 (87,5)	0,0001*
Padres	40 (55,6)	56 (77,8)	0,004*
Farmacia	20 (27,8)	13 (18,1)	0,165
Amigo	14 (19,4)	5 (6,9)	0,0,26*
Actitud ante un amigo(a) con una ITS			
Acudir al Médico	54 (75,0)	69 (95,8)	0,0004*
Ayudaría a curarse	50 (69,4)	39 (54,2)	0,059
Aprendió a hacer el amor	7 (9,7)	4 (5,6)	0,346
Es propio de la edad	13 (13,3)	9 (9,3)	0,584
Alejarse	8 (18,1)	5 (12,5)	0,383
Recomendación a un amigo(a) para no infectarse con una ITS			
Condón	58 (80,6)	69 (95,8)	0,004*
Fidelidad	60 (83,3)	63 (87,5)	0,478
Sin penetración	38 (52,8)	48 (66,7)	0,089
Escoger bien a la pareja	57 (79,2)	60 (83,3)	0,521
Conocimientos	69 (95,8)	69 (95,8)	1,000
No relaciones	19 (26,4)	18 (25,0)	0,848
Recomendación a un amigo(a) que mantiene relaciones con desconocidos(as)			
Condón	69 (95,8)	70 (97,2)	0,649
No relaciones	58 (80,6)	64 (88,9)	0,164
Lavarse	61 (84,7)	61 (84,7)	1,000
Médico	59 (81,9)	68 (94,4)	0,020*

* Modificación estadísticamente significativa

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: autores



Tabla 5

Actitudes de 72 estudiantes de la Escuela de Comunicación Social de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Cuenca, sobre ITS/VIH-SIDA pre y postintervención educativa. Cuenca, 2009.

Variables de actitudes	Preintervención n = 72 X ± DE	Postintervención n = 72 X ± DE	Valor P
1. Recomendación a dónde acudir	5,4 ± 2,8	7,8 ± 1,8	0,0001*
2. Actitud ante un amigo(a) con ITS	6,5 ± 3,6	7,3 ± 2,5	0,092
3. Recomendación para no infectarse	7,4 ± 2,4	8,3 ± 1,8	0,013*
4. Sobre relaciones con desconocidos	8,5 ± 1,9	9,1 ± 1,6	0,061

* Modificación estadísticamente significativa

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: autores

La tabla resume en comparación de promedios las calificaciones de los ítems que miden las actitudes desglosadas en la tabla anterior.

En la actitud ante un amigo(a) con ITS (P = 0,092). y en la actitud frente a relaciones con desconocidos (P = 0,061). el incremento no fue significativo. En los demás lo fueron. Esta diferencia se atribuye a la intervención.

En la recomendación a donde debe acudir un amigo(a) que padece una ITS antes de la intervención se obtuvo una media de 5,4 ± 2,8 y después de la intervención la media fue de 7,8 ± 1,8. Las puntuaciones fueron buenas antes y después de la intervención.

En actitud ante un amigo(a) con una ITS antes de la intervención se obtuvo una media de 6,5 ± 3,6 y después de la intervención la media fue de 7,3 ± 2,5. La puntuación fue buena antes y después de la intervención.



En recomendación a un amigo(a) para no infectarse con una ITS, antes de la intervención se obtuvo una media de $7,4 \pm 3,6$ y después de la intervención la media fue de $7,3 \pm 2,5$. Este incremento tiene una puntuación buena tanto antes como después de la intervención. La diferencia fue significativa ($P = 0,013$).

En recomendación a un amigo(a) que mantiene relaciones con desconocidos(as) se observa una diferencia no significativa. Con una puntuación buena tanto antes como después de la intervención el promedio se incrementó de $8,5 \pm 1,9$ a $9,1 \pm 1,6$.

5.5. EVALUACIÓN DE PRÁCTICAS SOBRE ITS y VIH/SIDA

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

Las modificaciones, en los ítems que las hubo, fueron mínimas y no significativas. La mayor parte de las variables no se modificó.



Tabla 6

Prácticas de 72 estudiantes de la Escuela de Comunicación Social de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Cuenca, sobre ITS/VIH-SIDA pre y postintervención educativa. Cuenca, 2009.

Variables de Prácticas	Preintervención n = 72 n (%)	Postintervención n = 72 n (%)	Valor P
Relaciones homosexuales y heterosexuales			
Mismo sexo	4 (5,6)	4 (5,6)	1,000
Sexo contrario	50 (69,4)	52 (72,2)	0,713
Ambos sexos	2 (2,8)	2 (2,8)	1,000
Tipo de práctica sexual			
Sexo oral	36 (50,0)	38 (52,8)	0,738
Sexo anal	30 (41,7)	28 (38,9)	0,7349
Coito genital	52 (72,2)	52 (72,2)	1,000
Padeció ITS	6 (8,3)	6 (8,3)	1,000
Conversa con su pareja sobre las ITS	36 (50,0)	38 (52,8)	0,738
Relaciones en estado embriaguez	33 (45,8)	32 (44,4)	0,867
Uso del preservativo en:			
Relaciones habituales con la pareja			
Siempre	13 (18,1)	14 (19,4)	0,839
Ocasionalmente	34 (47,2)	33 (45,8)	0,867
Nunca	12 (16,7)	12 (16,7)	1,000
Relaciones fortuitas			
Siempre	22 (30,6)	21 (29,2)	0,855
Ocasionalmente	17 (23,6)	25 (34,7)	0,142
Nunca	18 (25,0)	13 (18,1)	0,310

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: autores



Tabla 7

Prácticas de 72 estudiantes de la Escuela de Comunicación Social de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Cuenca, sobre ITS/VIH-SIDA pre y postintervención educativa. Cuenca, 2009.

Evaluación de la prácticas	Preintervención n N = 72 X ± DE	Postintervención N = 72 X ± DE	Valor P
1. Relaciones sexuales en los últimos tres meses: número de parejas.	3,1 ± 2,7	3,3 ± 2,2	0,566
2. Relaciones heterosexuales, bisexuales u homosexuales.	3,5 ± 3,3	3,6 ± 3,4	0,844
3. Tipo de práctica sexual (riesgo)	5,4 ± 3,9	5,3 ± 3,8	0,949
4. Padecimiento de ITS.	0,8 ± 0,7	0,8 ± 0,7	1,000
5. Conversar con la pareja sobre ITS	5,5 ± 5,0	5,0 ± 5,0	0,538
6. Relaciones en estado de embriaguez o bajo afrodisíacos.	4,5 ± 5,0	4,4, ± 5,0	0,868
7. Uso del preservativo en relaciones habituales con la pareja.	4,8 ± 2,5	4,8 ± 2,5	0,949
8. Relaciones sexuales con desconocidos.	3,8 ± 2,8	3,5 ± 2,1	0,730
9. Uso del preservativo en relaciones sexuales con desconocidos.	5,3 ± 3,6	5,2 ± 3,3	0,887

Fuente: formulario de investigación
Elaboración: autores

Esta tabla resume las calificaciones de los ítems que miden las prácticas desglosadas en la tabla anterior.

Las modificaciones fueron mínimas y ninguna de ellas fue significativa. La intervención esperaba un incremento en las prácticas de riesgo y un aumento en las prácticas seguras.



La puntuación de acuerdo al instructivo de calificación se mantuvo como buena.

5.6. EVALUACIÓN DE LA AUTOEFICACIA PARA PREVENIR EL SIDA

Tabla 8

Autoeficacia de 72 estudiantes de la Escuela de Comunicación Social de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Cuenca, Subescala A antes y después de la intervención. Cuenca 2009.

A. ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de decir no, cuando te proponen tener relaciones sexuales?	Preintervención n = 72 n (%)	Postintervención n = 72 n (%)	Valor P
1. Alguien conocido hace 30 días o menos	51 (70,8)	55 (76,4)	0.449
2. Alguien cuya historia sexual es desconocida para ti	55 (76,4)	57 (79,2)	0.688
3. Alguien cuya historia de drogas es desconocida para ti	58 (80,6)	61 (84,7)	0.509
4. Alguien a quien has tratado con anterioridad?	49 (68,1)	47 (63,9)	0.283
5. Alguien a quien deseas tratar de nuevo	52 (72,2)	46 (68,0)	0.751
6. Alguien con quien ya has tenido relaciones sexuales	31 (43,1)	23 (31,9)	0,168
7. Alguien a quien necesitas que se enamore de ti	53 (73,6)	50 (69,4)	0.579
8. Alguien que te presiona a tener relaciones sexuales	60 (83,3)	64 (88,9)	0,335
9. Alguien con quien has estado bebiendo alcohol	48 (66,7)	49 (68,1)	0,858
10. Alguien con quien has estado utilizando drogas	53 (73,6)	48 (66,7)	0,362
11. Alguien y tu nivel de excitación sexual es muy alto	33 (45,8)	27 (37,5)	0,310

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: autores

Las modificaciones después de la intervención, sobre la seguridad de decir no ante la propuesta de tener relaciones sexuales, unas fueron hacia el incremento y otras hacia la disminución pero ninguna fue significativa.



Hubo incremento en la seguridad de decir no: a alguien conocido hace 30 días o menos (5,6%), alguien cuya historia sexual es desconocida (2,8%), a alguien cuya historia de drogas es desconocida (4,1%) y a alguien que te presiona a tener relaciones (5,6%).

El beneficio de la intervención osciló entre 2,8% y 5,6%.

Hubo disminución en la seguridad de decir no a alguien a quien has tratado con anterioridad (4,2%); alguien a quien deseas tratar de nuevo (4,2%); alguien a quien necesitas que se enamore de ti (4,2%); alguien con quien has estado usando drogas (6,9%) y a alguien cuando tu nivel de excitación es muy alto (8,3%).



Tabla 9

Autoeficacia de 72 estudiantes de la Escuela de Comunicación Social de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Cuenca, Subescala B antes y después de la intervención. Cuenca 2009.

B. ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de...:	Preintervención n = 72 n (%)	Postintervención n = 72 n (%)	Valor P
1. Preguntar a tu novio/a si se ha inyectado alguna droga?	46 (63,9)	54 (75,0)	0.147
2. Discutir sobre la prevención del SIDA con tu novio/a	45 (62,5)	55 (76,4)	0.070
3. Preguntar a tu novio/a sobre sus relaciones sexuales tenidas en el pasado?	44 (61,1)	53 (73,6)	0.109
4. Preguntar a tu novio/a si ha tenido alguna experiencia homosexual?	38 (52,8)	47 (65,3)	0.127

Fuente: formulario de investigación
Elaboración: autores

Hubo aumento en todos los ítems que miden seguridad sobre preguntas y discusiones con la pareja sobre la importancia de las ITS. El beneficio de la intervención osciló entre 5,4% y 13,9%.

Ninguno de los incrementos fue significativo.

Tabla 10

Autoeficacia de 72 estudiantes de la Escuela de Comunicación Social de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Cuenca, Subescala C antes y después de la intervención. Cuenca 2009.

C. ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de....	Preintervención n n = 72 n (%)	Postintervención n n = 72 n (%)	Valor P
1. Usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales?	48 (66,7)	54 (75,0)	0.271
2. Usar correctamente el condón	53 (73,6)	63 (87,5)	0.035*
3. Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado bebiendo alcohol?	37 (51,4)	37 (51,4)	1.000
4. Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado consumiendo o utilizado alguna droga?	34 (47,2)	31 (43,1)	0.615
5. Insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu novio/a prefiere no usarlo?	35 (48,6)	43 (59,7)	0.180
6. Negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón?	30 (41,7)	41 (56,9)	0.066
7. Contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones?	42 (58,3)	51 (70,8)	0.116
8. Acudir a la tienda a comprar condones?	45 (62,5)	56 (77,8)	0.045*
9. Mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida?	35 (48,6)	34 (47,2)	0.867
10. Platicar con tu papá sobre temas sexuales	31 (43,1)	31 (43,1)	1,000
11. Platicar con tu mamá sobre temas sexuales	24 (33,3)	34 (47,2)	0.089

* Modificación estadísticamente significativa

Fuente: formulario de investigación



Elaboración: autores

Después de la intervención hubo incremento en seis de los once ítems que trataron fundamentalmente sobre la seguridad del uso del preservativo y la forma de hacerlo. De éstos el incremento fue significativo en la seguridad de acudir a comprarlos ($P = 0,045$).

Hubo disminución en la negativa a utilizar el preservativo después del consumo de drogas (4,1%)

En la seguridad de platicar con la madre sobre temas sexuales hubo un incremento del 13,9% pero en la seguridad de conversar con el padre no hubo modificación.

Tabla 11

ANOVA de los niveles de Autoeficacia de 72 estudiantes de la Escuela de Derecho de la Universidad de Cuenca, Subescalas A, B y C antes y después de la intervención. Cuenca 2009.

	Preintervención	Postintervención	Valor P
	n	n	
	n = 72	n = 72	
	X ± DE	X ± DE	
	IC95%	IC95%	
A. Seguridad para decir NO cuando te proponen relaciones sexuales en diversas circunstancias.	7,58 ± 3,45 6,77 – 8,39	7,38 ± 3,15 6,64 – 8,12	0,725
B. Seguridad de preguntar a la pareja sobre relaciones sexuales previas, uso de drogas, experiencia homosexual, discutir sobre SIDA.	2,41 ± 1,73 2,00 – 2,82	2,90 ± 1,59 2,52 – 3,27	0,082
C. Seguridad para utilizar el condón, mantener fidelidad y conversar con los padres sobre sexualidad.	6,12 ± 3,79 5,23 – 7,01	7,06 ± 3,02 6,35 – 7,77	0,101

Fuente: formulario de investigación
Elaboración: autores

La tabla resume, mediante análisis de la varianza (ANOVA), apropiado para comparar los niveles de seguridad A, B y C (tablas 8, 9 y 10) de una misma escala de autoeficacia para prevenir el SIDA a través de la seguridad para decir NO a la propuesta de mantener relaciones sexuales indebidas, relaciones sexuales utilizando drogas y uso del preservativo.

El análisis intergrupo e intragrupo muestra un aumento no significativo en la seguridad de preguntar a la pareja sobre relaciones sexuales previas, uso de drogas, experiencia homosexual y discutir sobre SIDA; así mismo para utilizar el preservativo, mantener fidelidad y conversar con los padres sobre sexualidad.



Universidad de Cuenca

En la seguridad para decir no frente a la propuesta de mantener relaciones sexuales en diversas circunstancias hubo una leve disminución..



CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

Las enfermedades de transmisión sexual y sus tasas cada vez más incrementadas preocupan a los organismos de salud. Algunas ITS parecen controlarse con cierta efectividad pero otras como el VIH/SIDA de las que carecemos de información aún de su verdadera prevalencia en países como el nuestro siguen siendo una noticia amenazante y cada vez en aumento. Dentro de este espectro de preocupación viene propiciándose la aplicación de las intervenciones educativas y alentando la posibilidad de modificar la curva de la infección, como una acción recomendada por los expertos y en la que han tomado parte activa no solamente los centros de enseñanza sino también las instituciones de salud como los organismos llamados a desarrollar y aplicar las estrategias sanitarias para la comunidad y fundamentalmente las preventivas (32).

El presente trabajo se inscribe dentro de esta temática como una de las líneas de investigación de la Escuela de Medicina Facultad de Ciencias Médicas cuyo propósito final es aportar con la investigación a los modelos de Atención Primaria de Salud.

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



Nuestros resultados son concordantes con lo que al respecto publica la literatura internacional sobre estudios realizados en países latinoamericanos, no solamente en la línea de infecciones de transmisión sexual sino en muchas otras amenazas a la salud comunitaria como el parasitismo en general, las infecciones gastrointestinales y las infecciones del sistema nervioso como la neurocisticercosis.

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

La edad promedio de los estudiantes de la Escuela de Comunicación Social de la Facultad de Filosofía fue de $21,6 \pm 2,7$ años entre un mínimo de 18 años y un máximo de 33 años. En un estudio realizado por Vera de Bucaramanga (Colombia) en 458 jóvenes la edad promedio fue de 18.2 ± 2.2 años e incluyó estudiantes de colegio y universidades (34).

De los estudiantes que integraron nuestro estudio el 52,8% fueron mujeres. Predominó el estado civil soltero con el 77,8%, los casados fueron el 18,1% y en unión libre y divorciados estuvieron el 4,2%. En el estudio de Navarro. el 46,4% fueron mujeres y 53,6% fueron varones (34).

El 77,8% de la población estudiada pertenece a la religión católica; el 5,6% declararon ser evangélicos y de otras religiones el 12,5%. En estudios realizados en Nicaragua por Escobar en Perú, por Velásquez y por Ruiz en Colombia, se encontraron católicos entre el 60% y 75% de los participantes (35).

Es sobresaliente la tendencia a comenzar cada vez en edades más tempranas las relaciones sexuales, lo que se aprecia al comparar las edades de los estudios publicados al respecto. Hay una tendencia universal de la que no escapa casi ninguna población en la actualidad y como es lógico la nuestra



tampoco. En ello influyen principalmente factores como la participación en conjunto de mujeres y varones en actividades sociales, incluidas las escolares; igualmente, el abandono de concepciones religiosas y las nuevas ideas y libertades de la mujer que la ponen en igualdad con el hombre y así aumentan las posibilidades de satisfacer los impulsos eróticos, sin haber la suficiente preparación y responsabilidad que esto requiere, principalmente en los adolescentes. Es deber de la escuela y la familia ponerse a la altura de estos cambios educando a los adolescentes, en este sentido, juega un papel decisivo una deficiente educación sexual (36).

En nuestra población de estudio la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales fue de $17,4 \pm 2,5$ años, aunque por subgrupos fue desde más temprano. El 37,7% de los entrevistados fue entre los 12 a los 16 años y el 62,3% entre 17 a 23 años.

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

En el estudio de la Universidad del Rosario de Bogotá por Ruiz y *col.* en un alumnado universitario, se encontró que 66,7% de los estudiantes tanto varones como mujeres habían iniciado relaciones sexuales alrededor de los 17 a 18 años, cifra que se encuentra dentro del 40-90% de los estudiantes de colegios americanos que reportan ser activos sexualmente según datos de Eisenberg y de Chile según Maddaleno (78% en hombres y 41% de las mujeres) (37).

Con la misma relevancia, es necesario analizar el número de compañeros sexuales como práctica de riesgo. En nuestro estudio el número de parejas sexuales en los últimos 3 meses antes de la intervención varió entre 1 y 6 parejas con un promedio de $3,1 \pm 2,7$. Después de la intervención el número de



parejas aumentó en el promedio a $3,3 \pm 2,2$. En términos generales los estudios en Latinoamérica reportan que cada vez va en aumento el número de compañeros sexuales en la adolescencia y en la juventud. En la investigación realizada en la Universidad del Rosario, en Bogotá por Ruiz A. el número de parejas sexuales por año tuvo un promedio de 2 en las mujeres y de 3 en los varones, pero en Bucaramanga, dentro del mismo país, un estudio por Vera L. que incluyó a estudiantes secundarios y universitarios, de centros públicos y privados, se encontró que los varones cambiaban de pareja en menos de un año, en promedio, y las mujeres en poco más de dos años; de esta manera el número de parejas en los varones fue de hasta 6 y en las mujeres de hasta 4. En Lima, Velásquez después de aplicar una intervención educativa, la creencia de que se es más popular según el número de parejas sexuales se disminuyó en tres veces tanto en varones como en mujeres. En el reporte de La Habana por Hernández el 73,1 % de los estudiantes tuvo 3 y más parejas sexuales en un período menor de 1 año, y de ellos el 28,6 % tuvo 4 y más compañeros/as sexuales; mientras que el 93 % de los trabajadores tuvo menos de 3 parejas sexuales en un año (38).

Sobre las preferencias sexuales, en todos los reportes latinoamericanos entre el 85% y 95% de los entrevistados refiere preferencias heterosexuales. En nuestra recopilación, las preferencias por el mismo sexo se identificaron en el 5,6% de los entrevistados antes y después de la intervención. Las preferencias bisexuales las encontramos en el 2,8% en tanto que en estudios como los realizados en Colombia por Ruiz M. se halló hasta en el 5% (34).

En el análisis del objetivo principal de nuestra investigación, es decir la búsqueda de modificación de conocimientos, actitudes y prácticas sexuales, los resultados fueron relevantes en cuanto a un significativo aumento de los conocimientos sobre todo en los ítems sobre las infecciones de transmisión sexual en sí, las vías de transmisión, los signos y síntomas y las forma de curación; pero no lo fueron en la misma magnitud en cuanto a la modificación de las actitudes y las prácticas.



En nuestro estudio la población reconoció como ITS antes de la intervención a la sífilis el 93,1%, al SIDA el 100% y a la gonorrea 88,9%; después de la intervención todos los porcentajes se incrementaron al 100%. Vera y cols. Encontró que los jóvenes de 15 a 22 años reconocen SIDA, gonorrea y sífilis como enfermedades de transmisión sexual con 98%, 93% y 80% respectivamente. Gonzáles y cols demuestra que los jóvenes de 14 a 25 años reconocen el SIDA (51%), sífilis (12,1%) y gonorrea (9,6%) valores que demuestran poco conocimiento a diferencia de nuestra población (32,39).

Al Herpes antes de la intervención el 86,1% identificó como ITS, después de la intervención la modificación fue apenas al 98,6 %. En el estudio realizado en Colombia por González encontró un conocimiento para herpes de apenas el 12.2% (40).

Respecto al conocimiento de condiloma antes de la intervención se encontró que el 30,64% conocía esta ITS, después de la intervención el incremento fue al 73,6% con una diferencia del 42,96% ($P = 0,0001$). Sobre tricomoniasis y clamidiasis, el 33,3% y el 26,4% de antes de la intervención se elevó al 84,7% y 72,2%, respectivamente. El incremento del 51,4% para tricomona y 45,8% para clamidiasis fue altamente significativo ($P = 0,0001$).

En relación a las formas de transmisión de las ITS se encontró que el 19,4% de los estudiantes tenía la idea errónea de transmisión por el beso o sudor valor que disminuyó al 12,5% luego de la intervención. García y col encontró que el 37,5% de la población adolescente de Camagüey pensaba que el SIDA puede transmitirse por besos, ropa, platos, sanitarios. Según datos de Vera y col en Colombia el 8,8% de las mujeres y 6,5% de los varones refieren a la saliva y el sudor como medio de transmisión del VIH (41-43).

El 84,7% de los estudiantes reconocieron a la transfusión sanguínea como medio de transmisión de las ITS y VIH/SIDA, valor que aumentó al 97,2%



después de la intervención. En Colombia el 98,9% de las mujeres y el 100% de los varones refirieron la sangre como medio de transmisión del VIH/SIDA. En las Universidades de las Frontera y Austral de Chile (UFRO y UACH) se encontró que el 22,8% y 26,1% de los estudiantes respectivamente, reconocieron a las transfusiones como medio de transmisión del VIH/SIDA (44).

En cuanto al conocimiento de signos y síntomas sobresale secreción (86,1%), verrugas (76,4%), manchas e inflamación (50,0% y 44,4% respectivamente), después de la intervención los valores aumentan al 97,2%, 97,2%, 77,8% y 77,8% en ese orden. Velásquez A. encuentra que los adolescentes reconocen picazón en los genitales (34,5%) y pus en el pene (36,1%). Sobre el conocimiento de la curación de las ITS encontramos que se eleva a expensas de la sífilis, gonorrea, clamidiasis, condiloma y tricomoniasis.

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

En lo que respecta al ítem acudir a la farmacia, en nuestro estudio se observó un descenso de 9,7%, considerando el 18,1% antes de la intervención y 27,8% luego de la misma. En cuanto a conversar con los padres hubo un incremento en nuestros estudiantes de 55,6% a 77,8% antes y después de la intervención, respectivamente.

En la actitud de alejarse de un amigo que tiene una ITS hubo un descenso de 5,6% teniendo en cuenta que solo el 18,1% y 12,5% lo mencionaron antes y después de la intervención, respectivamente. Decir que es propio de la edad se encontró en el 13,3% y 9,3% antes y después de la intervención, en su lugar.

Respecto a acudir al médico se observó un incremento del 12,5% teniendo en consideración que el 81,9% y 94,4% lo menciona antes y después de la



intervención, respectivamente. En cuanto a ayudar a curarse de una ITS a un amigo hubo un descenso del 15,2% con valores de 69,4% al 54,2% luego de la intervención. En Lima, Velásquez A. encontró que el 76% de los adolescentes citan la abstinencia sexual como medio para no infectarse con una ITS. Mientras que solo el 17% de nuestra población la cita como medida de prevención, después de la intervención, valores que concuerdan con la UFRO de Chile con el 22% (45-47).

El 95,8% de los estudiantes de Comunicación Social, después de la intervención, mencionaron al condón como medida efectiva para no infectarse con una ITS, valor alto en comparación al encontrado por Rivas y *col* de Chile en la UFRO y UACH con el 21% y 29% respectivamente. Meléndez encuentra que tan sólo el 65% de las mujeres de Nicaragua citan la fidelidad como principal forma de prevención de las ITS y VIH/SIDA (47).

En las prácticas, se reconoció un beneficio de la intervención en la disminución, aunque no significativa, de la frecuencia de relaciones en estado de embriaguez y en la reducción de relaciones con desconocidos.

La utilización del preservativo ocasionalmente en las relaciones fortuitas tuvo un incremento del uso del 23,6% al 34,7%. Al respecto, en el estudio realizado en Bucaramanga por Vera, cuando se consultó sobre el uso del preservativo, el 13% de los entrevistados dijo no usarlo nunca, 44% dijo usarlo siempre en las relaciones con personas diferentes a la pareja sexual estable. Entre los que usan condón el 25,0% nunca lo usa en toda relación sexual, el 34,7% algunas veces y el 29,2% siempre. El 38,9% afirmó practicar relaciones anales y utilizan condón siempre durante este tipo de práctica. Estos hallazgos confirman un bajo nivel de utilización del condón, especialmente en la práctica de relaciones sexuales con pareja estable, en las cuales la mayoría de los jóvenes considera que no es necesario su uso (43-47).



La valoración de la autoeficacia para prevenir el SIDA se realizó a través de dos pruebas estadísticas: 1) una estimación del incremento o disminución porcentual, según el interés del análisis, en cada uno de los ítems después de la intervención por medio de la prueba de ji cuadrado y 2) un análisis de varianza (ANOVA) como una prueba estadística apropiada para estimar en conjunto los niveles de seguridad de una misma escala como la autoeficacia. Los criterios de prevención de la encuesta están basados en: 1) la seguridad para decir no a la propuesta de tener relaciones sexuales en situaciones inapropiadas, 2) seguridad de preguntar a la pareja sobre relaciones sexuales previas, relaciones sexuales mediante el uso de drogas, experiencias homosexuales previas incluyendo abordaje sobre la amenaza del SIDA y 3) seguridad para utilizar el condón, mantener fidelidad y conversar con los padres sobre sexualidad.

El análisis intergrupo e intragrupo muestra un aumento no significativo en la seguridad de preguntar a la pareja sobre relaciones sexuales previas, uso de drogas, experiencia homosexual y discutir sobre SIDA; así mismo para utilizar el preservativo, mantener fidelidad y conversar con los padres sobre sexualidad.

En los estudios por Vera L. y Ruiz M. realizados en las poblaciones estudiantiles de Bucaramanga y Bogotá en cuanto a la seguridad para utilizar el condón tiene una franca desventaja frente a nuestros resultados. En efecto, una de las conclusiones que los investigadores expresan es que sólo el 2,26% de la población estudiantil secundaria y universitaria tiene sexo seguro, es decir que casi todos los jóvenes siguen exponiéndose en algún momento a prácticas sexuales riesgosas (42).

Harían falta estudios con seguimiento de los grupos intervenidos para valorar los alcances de las investigaciones sobre conocimientos, actitudes y prácticas y su papel en la prevención de las amenazas para la salud individual y colectiva.



CAPÍTULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. Conclusiones

- Nuestra población de estudio estuvo representada por estudiantes universitarios con una edad promedio de $21,6 \pm 2,7$ años entre un mínimo de 18 y un máximo de 33, con un 52,8% de mujeres y un 77,8% de solteros.
- Profesan el catolicismo el 81,3%, residen en la zona urbana el 76,4%.
- La edad de inicio de la vida sexual activa del 63,7% del grupo ($n = 53$) fue entre los 12 y 23 años de edad, de éstos el 37,7% ($n = 20$) entre 12 y 16 años y el 62,3% ($n = 33$) entre 17 y 23 años. El 26,3% ($n = 19$) respondió que no había tenido su primera relación sexual.
- Después de la intervención educativa se consiguió un aumento significativo en los conocimientos sobre las entidades de transmisión sexual: condiloma, tricomoniasis y clamidiasis, sobre la madre como vía de transmisión, sobre algunos signos y síntomas de las ITS y sobre el tratamiento de la clamidiasis ($P < 0,05$).
- En la valoración de las actitudes en la postintervención se encontró incremento significativo en la recomendación de acudir al hospital ($P = 0,007$), al médico ($P = 0,001$) o a los padres ($P = 0,030$) en caso de padecer una ITS y también en las actitudes a tomar en relaciones sexuales con desconocidos sobre el uso del preservativo, evitando relaciones o lavándose después de ellas ($P = 0,0001$).
- En las prácticas hubo disminución, después de la intervención, de las preferencias homosexuales y en mantener relaciones con desconocidos.



Hubo un aumento del 4% en el uso del preservativo en las relaciones fortuitas.

- En la estimación de la autoeficacia para prevenir el SIDA, mediante análisis de la varianza (ANOVA) la contrastación intergrupo e intragrupo muestra un aumento significativo en la seguridad para utilizar el preservativo, mantener fidelidad y conversar con los padres sobre sexualidad ($P = 0,031$). En la seguridad de evitar relaciones sexuales en relación con el uso de drogas el incremento no fue significativo.
- Frente a los resultados globales, que demuestran un incremento significativo en todos los conocimientos pero poco significativo en las actitudes y en las prácticas, tal parece que en una población estudiantil especialmente universitaria ciertas conductas ya están establecidas y tendrían mucho que ver con el aspecto cultural por tanto son poco modificables. De otro lado es conocido que la modificación de las prácticas requieren mayor tiempo y por tanto mucho esfuerzo para el seguimiento.

7.2. Recomendaciones

- Cuando los objetivos de una intervención son modificar los conocimientos, las actitudes y las prácticas las investigaciones con la metodología de los estudios CAPs son una excelente alternativa para educación sanitaria. Una vez conseguidos estos objetivos los resultados finales se traducen en una estrategia de prevención y reducción de riesgos para el individuo y para la comunidad, de manera que debe recomendarse su utilización en todos los ámbitos posibles.
- Una vez que se ha demostrado los beneficios de los CAPs en todos los ámbitos donde se han realizado, debe ser una práctica periódica la realización de este tipo de investigación que cumple a la vez con la finalidad



de educación para la salud de forma permanente y permite evaluar las actitudes y las prácticas de los involucrados en los estudios.

- Integrar al currículo universitario la educación sexual y reproductiva para fomentar la información requerida a los jóvenes, para concienciarlos y lograr una sexualidad responsable.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rosas I, Serrano M. Conocimiento acerca de las Enfermedades de Transmisión Sexual entre estudiantes y trabajadores de las Universidad de las Américas Puebla, México. Disponible en:
http://www.infarmate.org/pdfs/julio_agosto07/ets.pdf
2. Cortes A, Sordo ME., Cumba C et al. Comportamiento sexual y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de secundaria básica de Ciudad de la Habana, 1995-1996. Rev Cubana Hig Epidemiol. [online]. Jan.-Apr. 2000, vol.38, no.1 [cited 27 September 2007], p.53-59. Available from World Wide Web:
<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15613003200000100008&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1561-3003.
3. Torres P, Walker DM, Gutierrez JP et al. Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/sida entre adolescentes escolarizados mexicanos. Salud pública Méx. [online]. 2006, vol. 48, no. 4 [citado 2007-10-04], pp. 308-316. Disponible en:
<http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-
4. Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual.2001.
http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/mngt_stis/guidelines_es.pdf
5. Visconti A. Infecciones De Transmision Sexual. Arch. Gin. Obstet. [online]. 2005, vol.43, no.3 [citado 28 Septiembre 2007], p.107-107. Disponible en la World Wide Web:
<http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S079708032005000300001&lng=es&nrm=iso>. ISSN
6. Guia de atención de las enfermedades de transmisión sexual.2000. Disponible en: <http://www.medicosgeneralescolombianos.com/ETS.htm>
7. Alvis N, Mattar S, Garcia J, Conde E y Diaz A. Infecciones de Transmisión Sexual en un Grupo de Alto Riesgo de la Ciudad de Montería, Colombia. Revista de Salud Pública Volumen 9 (1), Marzo 2007. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v9n1/v9n1a10.pdf>
8. Infecciones de transmisión sexual ITS-VIH SIDA. Características generales. <http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=200406281>
9. ITSs síntomas y consecuencias. Disponible en:
<http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=20040628161707>.



10. Pautas para la vigilancia de las infecciones de transmisión sexual.
Disponible en: [http://www.ops.org.bo –isi 12604.pdf](http://www.ops.org.bo-isi-12604.pdf)
11. Integración de servicios para las infecciones de transmisión sexual (ITS) en los programas de planificación familiar (PF). Disponible en:
<http://www.maqweb.org/spanish/present/its.pdf>
12. Bernal B, Hernández G. CONASIDA. Las enfermedades de transmisión sexual (ETS): otro reto para la prevención y control de la epidemia del VIH/SIDA. Revista SIDA-ETS. Agosto-octubre, 1997 Vol.3, No.3 PP. 63-67 . Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/conasida/revista/1997>
13. OMS/FNUAP. Las prioridades de salud sexual y reproductiva reciben un espaldarazo al más alto nivel. Comunicado de prensa .2006. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr34/es/index.html>
14. FHI. Preservación de la fertilidad. Network 2004, Volumen 23, Número 2. Disponible en: http://www.fhi.org/sp/RH/Pubs/Network/v23_2/index.htm
15. Corcho B, C, Lazo MA, GALINDO BM et al. Sífilis: pasado y presente. Rev Cubana Hig Epidemiol. [online]. Mayo-ago. 2004, vol.42, no.2 [citado 01 Octubre 2007], p.0-0. Disponible en la World Wide Web: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15613003200400200008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1561-3003.
16. Corcho B, Farina AT y Ramos I. Las enfermedades de transmisión sexual en embarazadas. Rev Cubana Med Gen Integr. [online]. nov.-dic. 2001, vol.17, no.6 [citado 01 Octubre 2007], p.532-539. Disponible en la World Wide Web: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08642125200100600004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-2125.
17. OPS/OMS. Comunicado de prensa. Los condones protegen contra el cáncer del cuello uterino. Disponible en:
<http://salud.ops.org.bo/servicios/?DB=B&S11=10131&SE=SN>
18. Allen Betania, Cruz-Valdez Aurelio, Rivera-Rivera Leonor, Castro Roberto, Arana-García María Ernestina, Hernández-Avila Mauricio. Afecto, besos y condones: el ABC de las prácticas sexuales de las trabajadoras sexuales de la Ciudad de México. Salud pública Méx [periódico en la Internet]. [citado 2007 Oct 25]. Disponible en:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-



36342003001100004&lng=es&nrm=iso. doi: 10.1590/S0036-36342003001100004

19. Negroni-Belén Mirka, Vargas-Guadarrama Galileo, Rueda-Neria Celina Magally, Bassett-Hileman Sarah, Weir Sharon, Bronfman Mario. Identificación de sitios de encuentro de parejas sexuales en dos ciudades de la frontera sur de México, mediante el método PLACE. Salud pública Méx [periódico en la Internet]. [citado 2007 Oct 25]. Disponible en:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003001100010&lng=es&nrm=iso. doi: 10.1590/S0036-36342003001100010
20. Francisco Diez Canseco Montero, Aydeé Carrasco Contreras, Rosa María Cueto Saldívar. Línea de base para el proyecto de salud sexual y reproductiva con adolescentes afectados por la violencia. Ayacucho, Perú Septiembre, 2000. Disponible en:
<http://www.saludsinlimitesperu.org.pe/pdf/InformeLineaBaseProyectoS.pdf>
21. ONUSIDA Punto de vista: Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2008. Disponible en: <http://www.unaids.org>
22. Boys in the picture. 2000.
<http://www.promundo.org.br/BoysinthePicture.pdf>
23. SIDA y militares, derechos y justicia. World security Trenes. Febrero 2007. Disponible en: <http://worldtrends.blogspot.com/2007/02/sida-y-militares-derechos-y-justicia.html>
24. Contreras Zaravia, Norma Roxana, Delgado Camacho, Arturo Uldarico, Iizarbe Castro, Víctor Oswaldo, Vábar Peña, Juan Carlos Sida: conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo de estudiantes preuniversitarios en la ciudad del Cusco. Abril - Agosto 97, Año V N° 10. Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/situa/1997_n10/sida.htm
25. Judith Bäßler, Ralf Schwarzer & Matthias Jerusalem, 1993 Spanish Adaptation of the General Self-Efficacy Scale Auto-Eficacia Generalizada. Disponible en: <http://userpage.fu-berlin.de/~health/spanscal.htm>
26. Nobao P, Serrano I. Autoeficacia en la negociación sexual: retos para la prevención de VIH/SIDA en mujeres puertorriqueñas.



- Revista Latinoamericana de Psicología 2006, volumen 38, No 1, 21-43.
Disponible en: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/rlp/v38n1/v38n1a02.pdf>
27. Fernández Costa Susana, Juárez Martínez Olga, Díez David Elia.
Prevención del sida en la escuela secundaria: recopilación y valoración de programas. Rev. Esp. Salud Publica. [periódico en la Internet]. 1999 Nov [citado 2007 Nov 06] ; 73(6): . Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271999000600004&lng=es&nrm=iso.
28. José L. Rodríguez, Begona Gros, Cristina Martínez, María José Rubio.
Un software multimedia para la prevención del SIDA en adolescentes. 1999. Disponible en: <http://greav.net/portal/files/1999/SIDA.pdf>
29. Becco G. Vigotsky y las Teorías del Aprendizaje Conclusiones y Reflexión Final 2000. Disponible en:
http://perso.wanadoo.es/angel.saez/pagina_nueva_165.htm
30. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Informe sobre la epidemia mundial del SIDA. Disponible en:
http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/Global_report.asp
31. Gómez, W. Damaso, B. et. Al. Comportamientos sociales y sexuales asociados a las infecciones de transmisión sexual en jóvenes del Alto Huallaga, Perú. An Fac Med. 2008; 69(1):17-21. Disponible en:
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/379/37911588004.pdf>
32. Vasallo, C. II Taller Nacional de Educación en Bioética Simposio: Extensión Universitaria con temas de Ética y Bioética: Conferencia: Sexualidad. Salud Sexual. Prevención del VIH-SIDA. Facultad de Ciencias Médicas General Calixto García Iñiguez. La Habana. 2006. Disponible en:
http://www.ucmh.sld.cu/rhab/rhcm_vol_6num_5/rhcm14507.htm
33. World Health Organization (WHO). Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual 2001. Disponible en:
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/es/mngt_stis/guidelines_es.pdf
34. Arango, M. La prostitución universitaria "las prepago". Universidad Pontificia Bolivariana. Escuela de Ciencias Sociales. Facultad de Psicología, Medellín, Colombia, 2006. Disponible:
<http://eav.upb.edu.co/banco/files/TesisLasPrepagos.pdf>



35. Raza, M. Curioso, W. et. Al. Enfermedades de Transmisión Sexual. Epidemiología. Portal de Salud Global. Perú. Disponible en:
http://portal.saludglobalperu.org/index.php?option=com_content&task=view&id=92&Itemid=81&lang=es
36. Escobar, E. Infecciones de Transmisión Sexual en la adolescencia. Disponible en:
[http://www.gineadol.com.ar/Documentos/ITS%20en%20la%20Adolescencia%20Dra%20%20Escobar%20\(2\).pps](http://www.gineadol.com.ar/Documentos/ITS%20en%20la%20Adolescencia%20Dra%20%20Escobar%20(2).pps).
37. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Un Enfoque Cultural de la Prevención y la Atención del VIH /SIDA Proyecto de Investigación UNESCO/ONUSIDA Colección Especial de Manuales Metodológicos, N° 1. División de Políticas Culturales y Diálogo Intercultural UNESCO, 2003. Disponible en:
<http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001255/125589s.pdf>
38. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Junta Ejecutiva del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y del Fondo de Población de las Naciones Unidas Segundo período ordinario de sesiones de 2001 Nueva York, 10 a 14 de septiembre de 2001 Tema 7 del programa provisional FNUAP. Disponible en:
www.unfpa.org/exbrd/2001/secondsession/dpfpamng3_spa. Doc
39. ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA: Resumen de orientación. Edición especial con motivo del décimo aniversario del ONUSIDA. Disponible en:
http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2006/2006_GR-xecutiveSummary_es.p
40. WHO. Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections overview and estimates. Disponible en:
http://www.who.int/hiv/pub/sti/who_hiv_aids_2001.02.pdf
41. Schaalma, P. Gerjo, K. et Al. Educación sobre el VIH para los jóvenes. Perspectivas, 32(2): 1-28. 2002. Disponible en:
<http://www.ibe.unesco.org/publications/Prospects/ProspectsPdf/122s/122ssch.pdf>
42. Vera LM, López N, et. Al. Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infección por VIH en jóvenes. Ac. Med Colomb; 26(1):16-23. 2001. Disponible en:
<http://ceupromed.ucol.mx/morfo/articulos/articulos/a60740165AD5.pdf>



43. Gonzales, F. Universidad Católica de Colombia. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en jóvenes entre 14 y 25 años de edad de estratos 1 y 2 del SISBEN de un municipio del departamento de Cundinamarca. Una aproximación al paradigma dominante. *Acta Colombiana de Psicología* 12(1): 59-68. 2004. Disponible en: http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/acta/pdfs/n12/art_5_acta_12.pdf
44. García, T. Rodríguez, R. et. Al. Efectividad de las técnicas participativas en los conocimientos sobre el SIDA en. *Rev. Cubana Med. Gen Integr.* 2000:16(5):474-479.. Disponible en: www.inlatina.org/bv/archivos/autores-g/g%20-%20001%20-%201.pdf
45. Vera L, Lopéz N. Diferencias en los conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales relacionados con el SIDA, entre hombres y mujeres jóvenes de Bucaramanga. *Rev. Médica Colombiana.* 32(1): 32-40. 2001. Disponible en: <http://www.bioline.org.br/request?rc01007>
46. Rivas, E. y cols. Conocimientos y actitudes sobre VIH/SIDA de estudiantes de Enfermería de las universidades de la frontera y austral de Chile. Temuco - Valdivia. Chile. *Rev. Ciencia y enfermería* 15(1): 109-119. 2004. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n1/art12.pdf>
47. Velásquez, A. Efecto de un CD Multimedia (Planeta Riesgo Xero) en los Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH/SIDA de adolescentes de Colegios de Lima Metropolitana. *Ana. de la Fac. de Med.* 66(3): 232-240. 2005. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/379/37966307.pdf>



ANEXOS

Anexo 1

Formulario No 1

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA
“EVALUACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS
ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS ESTUDIANTES DEL CICLO DE
COMUNES DE FILOSOFÍA, FRENTE A LAS INFECCIONES DE
TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH/SIDA”
Cuenca, 2009**

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

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

SECCIÓN I

01 NUMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CUESTIONARIO

Fecha día mes año

FUENTE-ESCUELA:

- Ciclo Común Filosofía Ciencias de la Educación
 Lengua, literatura y Lenguajes Audio Visuales Cultura Física
 Historia y Geografía Lengua y Literatura Inglesa
 Lic. Ciencias Humanas Mención Gestión. Desarrollo Cultural
 Lic. Educación General Básica Matemáticas y Física
 Psicología Educativa Derecho

	Preintervención <input type="checkbox"/>	Posintervención <input type="checkbox"/>
RESULTADO		
Número	Preguntas	Categorías de codificación
SECCIÓN II		



P01	¿En qué día, mes y en qué año nació?	Día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
P02	¿Cuántos años tiene?	
P03	Genero	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
P04	Estado Civil	Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/>
P05	Religión	Católica <input type="checkbox"/> Evangélica <input type="checkbox"/> T. de Jehova <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
P06	Residencia	Urbano <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>
SECCIÓN III		
P07	¿Qué infecciones de transmisión sexual conoce?	Condiloma 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Herpes 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Sifilis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> SIDA 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Gonorrea 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Tricomoniasis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Clamidiasis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Otras 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Señale cuales----- -----
P08	¿Usted sabe cómo se transmiten estas infecciones?	Contacto sexual 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> sin penetración 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Contacto sexual con penetración 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Por una transfusión de sangre 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> De una madre infectada a su hijo por el embarazo, parto o lactancia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> A través del beso o el sudor 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Otras 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P09	¿Usted sabe cómo se manifiestan las infecciones de transmisión sexual?	Dolor el vientre bajo 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Secreción por los genitales externos 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Verrugas en genitales externos 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Manchas en la piel 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Inflamación de Los ganglios 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Otras 1. Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P10	Son curables estas	Sífilis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Condiloma 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>



	infecciones?	Blenorragia o Gonorrea 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Clamidiasis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> SIDA 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Trichomoniasis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P11	Si conociera a un amigo o (a) con una ITS. ¿A dónde le recomendaría acudir para recibir atención?	A un hospital cercano 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> A su médico de familia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> A una farmacia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> A otro amigo o (a) para que le sugiera tratamiento 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Conversar con sus padres 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Otras 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Cuales _____
P12	Si un amigo o (a) tuviera una ITS; ¿Cuál sería su actitud?	Me alejaría de el o ella 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Le ayudaría a curarse 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Le diría que aprendió a hacer el amor 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Que es propio de la edad 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Le sugeriría visitar a su médico de familia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P13	¿Qué le aconsejaría a sus amigos para no infectarse con una ITS?	Tener conocimientos sobre las infecciones 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> No tener relaciones sexuales 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Fidelidad a su pareja 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Escoger bien la pareja 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Usar condón en todas las relaciones sexuales 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Tener relaciones sin penetración 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P14	¿Qué sugerencia le daría a un amigo o (a) que le comunica tiene relaciones sexuales con desconocidos o poco conocidos?	Protegerse con el uso del condón 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Lavarse los genitales después de concluida la relación sexual 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Visitar al médico buscando orientación 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> No tener relaciones sexuales con desconocidos 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P15	¿Ha tenido relaciones sexuales?	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P16	¿A qué edad inició su vida	<input type="text"/> <input type="text"/> Años



	sexual?	
P17	¿Con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Personas
P18	Ha tenido durante su vida relaciones sexuales con :	Personas del mismo sexo 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Personas del sexo contrario 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Personas de ambos sexos 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P19	¿Qué tipo de hábito sexual utiliza durante sus relaciones sexuales?	Sexo oral 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Sexo anal 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Coito genital 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P20	¿Ha padecido de alguna ITS?	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Mencione cual o cuales _____
P21	¿Conversa con su pareja sobre estas infecciones?	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P22	¿Ha tenido relaciones sexuales en estado de embriaguez o bajo los efectos de sustancias afrodisíacas ?	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P23	¿Utiliza condón en tus relaciones habituales con tu pareja?	1. Siempre <input type="checkbox"/> 2. Ocasionalmente <input type="checkbox"/> 3. Nunca <input type="checkbox"/>
P24	Si no lo ha utilizado.	Disminuye la sensibilidad 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> No se utilizarlo 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>



	¿Por qué?	Me da pena negociarlo con mi pareja 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Siento vergüenza al adquirirlo en la farmacia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Considero que mi pareja es estable 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P25	¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales con personas desconocidas o poco conocidas?	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P26	¿Ha utilizado el condón en relaciones fortuitas?	1. Siempre <input type="checkbox"/> 2. Ocasionalmente <input type="checkbox"/> 3. Nunca <input type="checkbox"/>



SECCIÓN V I: ESCALA DE AUTOEFICACIA PARA PREVENIR EL SIDA, DE 27 ELEMENTOS, SEA-27

A continuación se presentan una serie de preguntas en las cuales vas a encerrar en un círculo según el grado de seguridad que creas tener

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

B) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de	Nada seguro	Algo seguro	Medio seguro	Muy seguro	Totalmente seguro
1. Preguntar a tu novio/a si se ha inyectado alguna droga?	1	1	1	1	1
2. Discutir sobre la prevención del SIDA con tu novio/a	2	2	2	2	2



3. Preguntar a tu novio/a sobre sus relaciones sexuales tenidas en el pasado?	3	3	3	3	3
4. Preguntar a tu novio/a si ha tenido alguna experiencia homosexual?	4	4	4	4	4

C) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de....	Nada seguro	Algo seguro	Medio seguro	Muy seguro	Totalmente seguro
1. Usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales?	1	1	1	1	1
2. Usar correctamente el condón	2	2	2	2	2
3. Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado bebiendo alcohol?	3	3	3	3	3
4. Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado consumiendo o utilizado alguna droga?	4	4	4	4	4
5. Insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu novio/a prefiere no usarlo?	5	5	5	5	5
6. Negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón?	6	6	6	6	6
7. Contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones?	7	7	7	7	7
8. Acudir a la tienda a comprar condones?	8	8	8	8	8
9. Acudir a la tienda a comprar condones hasta contraer matrimonio?	9	9	9	9	9
10. Mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida?	10	10	10	10	10
11. Platicar con tu papá sobre temas sexuales	11	11	11	11	11
12. Platicar con tu mamá sobre temas sexuales	12	12	12	12	12

Autores:

Paúl Pardo, María José Arpi, Fernanda Argudo.



Clave de calificación:

Conocimientos

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

Conocimiento de las ITSs

Si reconoce:

Sífilis: 2 puntos

Gonorrea: 2 puntos

SIDA: 2 puntos

Condiloma: 1 punto

Trichomona: 1 punto

Clamidia: 1 punto

Herpes: 1

Otras relacionadas: 1 punto

Pregunta 08. Puntuación final 12 y -2

Conocimiento de las vías de transmisión de las ITSs

Si reconoce:

Contacto con penetración: 3 puntos

Materna: 3 puntos

Transfusión: 3 puntos

Otra con relación: 1 punto

Si reconoce:

Beso, sudor: -2 puntos

Contacto sexual sin penetración: 2 puntos

Pregunta 09. Puntuación final 10 y -2

Conocimiento de los síntomas y signos de las ITS

Si reconoce:

Secreción: 2 puntos

Dolor: 2 puntos

Verrugas: 2 puntos

Autores:

Paúl Pardo, María José Arpi, Fernanda Argudo.



Inflamación: 1 punto

Manchas: 1 punto

Otras relacionadas: 2 puntos

Otras no relacionadas: -2 puntos

Pregunta 10. Puntuación final entre 10 y -3

Conocimiento sobre curación de las ITS

Si reconoce:

Sífilis: 3 puntos

Trichomona: 2 puntos

Blenorragia: 3 puntos

Clamidia: 2 puntos

SIDA: -2 puntos

Condiloma: -1 punto

Actitudes

Pregunta 11. Puntuación final entre 10 y menos 3

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

Si reconoce:

Médico Familia: 3 puntos

Hospital: 3 puntos

Conversar padres: 3 puntos

Otros relacionados: 1 punto

Si reconoce:

Farmacia: -1 punto

Otro amigo: -1 punto

Otros no relacionados: -1 punto

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

Actitud ante un amigo con una ITS

Si reconoce:

Acudir a médico de familia: 6 puntos

Autores:

Paúl Pardo, María José Arpi, Fernanda Argudo.



Ayudar a curarse: 4 puntos

Aleja: -2 puntos

Aprender a hacer el amor: -2 puntos

Propio de la edad: -2 puntos

Pregunta 13. Puntuación final entre 10 y menos 1 punto

Recomendación a un amigos para no infectarse con una ITS

Si reconoce:

Uso del condón: 3 puntos

Fidelidad a la pareja: 3 puntos

Contacto sin penetración: 2 puntos

Conocimiento: 1 punto

Escoger bien: 1 punto

No relación: -1 punto

Pregunta 14. Puntuación final entre 10 y cero

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

Si reconoce:

Protegerse condón: 3 puntos

No relación con desconocidos: 3 puntos

Lavarse genitales: 2 puntos

Visitar al médico: 2 puntos

Prácticas

Pregunta 15

No se evalúa.

Pregunta 16

No se evalúa

Pregunta 17. Puntuación final entre 10 y 4

Relaciones sexuales en los últimos 12 meses: número de parejas

Autores:

Paúl Pardo, María José Arpi, Fernanda Argudo.



1 persona: 4 puntos

2 personas: 6 puntos

Más de 2 personas: 10 puntos

Pregunta 18. Puntuación final entre 10 puntos y 4

Relaciones heterosexuales, bisexuales, homosexuales

Personas del sexo contrario: 4 puntos

Personas de ambos sexos: 6 puntos

Personas del mismo sexo: 10 puntos

Pregunta 19. Puntuación final entre 10 y uno

Tipo de práctica sexual

Anal: 5 puntos

Genital: 4 puntos

Sexo oral: 1 puntos

Pregunta 20. Puntuación final entre 10 y cero puntos

Padecimiento de ITS

No: 0 puntos

Si: 10 puntos

Pregunta 21. Puntuación final entre 10 y cero

Conversar con la pareja sobre ITS

Si: 0 puntos

No: 10 puntos

Pregunta 22. Puntuación final entre 10 y cero

Relaciones sexuales bajo el efecto de alcohol u otras sustancias

No: 0 puntos

Si: 10 puntos

Pregunta 23: puntuación final entre 8 y 4 puntos

Autores:

Paúl Pardo, María José Arpi, Fernanda Argudo.



Uso del preservativo

Si siempre: 4 puntos

Si ocasionalmente: 6 puntos

Si nunca: 8 puntos

Pregunta 25.

Relaciones sexuales con desconocidos

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

Si: 10 puntos

Pregunta 26. Puntuación final entre 10 y 4 puntos

Uso del preservativo en relaciones sexuales con desconocidos

Siempre: 4 puntos

Ocasionalmente: 6 puntos

Nunca: 10 puntos



Anexo 2

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN
EN “EVALUACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS
ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE
COMUNICACIÓN SOCIAL DE LA FACULTAD DE FILOSOFIA DE LA U. DE
CUENCA, FRENTE A LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)
Y VIH/SIDA”**

Cuenca, a _____, de _____, del 2009.

Sr.

Nos proponemos realizar una investigación sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS), cuya importancia radica en dar conocer lo que saben los jóvenes sobre estas infecciones y así poder prevenirlas para proteger a la comunidad.

Esta investigación no conlleva ningún riesgo para la salud física y mental ni tiene costo alguno. Su participación es voluntaria y podrá retirarse del estudio si así lo creyera conveniente.

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

Por medio de la presente acepto participar en el estudio.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

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

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

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

Nombre y firma del
Entrevistado

Nombre y firma de los investigadores

Autores:

Paúl Pardo, María José Arpi, Fernanda Argudo.

Página 107



Anexo 3

DE LA INTERVENCIÓN

Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Objetivos.

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

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

1.1. Sexualidad Sana. Valores humanos.

1.2. Anatomía

1.3. Infecciones de Transmisión sexual

1.4. Uso correcto del preservativo

2. Actividades.

Actividad 1: *Errores que se cometen.*

Objetivo

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

Método

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

Procedimiento

Un portavoz de cada grupo narra la historia:

Juan, Pedro y María, acuden a la cruz roja, a donar sangre . Al cabo de unos días, María recibe una llamada, para comunicarle que tiene en la



sangre una infección de transmisión sexual y le recomiendan que acuda a su centro de salud para estudio.

Una vez en la consulta, el médico le pregunta si ha notado alguna molestia en sus genitales, y si ha tenido alguna relación sexual en la que no ha usado el preservativo. Es entonces, cuando María recuerda que hace unos meses mantuvo una relación sexual con un antiguo novio sin preservativo, que coincidió con ella en una fiesta de la universidad, y un mes más tarde notó que tenía una pequeña herida en los labios mayores, a la que no le dio importancia porque no le dolía y desapareció sola. Posteriormente, ha iniciado una relación estable y como protección usa píldoras anticonceptivas.

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

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

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

Materiales

Fotocopias de la historia
1 hora

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

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

Método: Análisis de la historia.

Procedimiento:

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



Carolina y Javi estaban enamorados. Nunca habían tenido relaciones sexuales completas entre ellos ni con ninguna otra persona. Se divertían mucho juntos y se lo estaban tomando con calma. En verano, Carolina decidió irse a trabajar a otra ciudad. Planearon escribirse, hablar por teléfono y continuar con su relación

Carolina conoció a Dani, un chico atractivo y con mucha experiencia que consideraba que el sexo, en una relación, es prioritario. Carolina no lo tenía muy claro pero al final tuvieron relaciones con penetración. A pesar de su insistencia en que utilizaran preservativos, la mayoría de las veces Dani no los tenía a mano. . Su historia duró todo el verano. Pero cuando estaban terminando las vacaciones Dani le dijo que era el final. Tenía otros planes de vuelta al colegio

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

Intentó hablar con su madre. Le dijo que una compañera suya podría tener una infección de transmisión sexual. Su madre, antes de que terminara, ya estaba descalificando a su compañera sugiriendo que eso le ocurría por tener relaciones con uno y con otro. Carolina no insistió. Lo comentó con dos de sus mejores amigas pero a pesar de querer ayudarla desconocían cómo.

Esperó a que su profesor abordara el tema en unas clases programadas para tratar sobre infecciones de transmisión sexual, pero no parecía muy cómodo hablando de sexo y era de la opinión de que esos temas debían tratarse en casa, ya que si los exponía él podría tener problemas y se le podría achacar que inducía a sus alumnos a tener relaciones sexuales.



Grado de responsabilidad:

- 1 ninguna responsabilidad
- 2 algo de responsabilidad
- 3 mucha responsabilidad

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

Materiales

Fotocopias de la historia.

Pasos para el uso correcto del preservativo

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

1. adquiere preservativos de calidad que estén **homologados**.
 2. comprueba siempre la **fecha de caducidad**.
 3. **protégelos** del sol, el calor y la humedad porque se pueden deteriorar.
 4. **abre el envoltorio con cuidado**, asegúrate de no romper el preservativo. ¡Cuidado con uñas, dientes y anillos!
 5. coloca el preservativo **antes de cualquier contacto genital** con o sin penetración y recuerda que también con el sexo oral debes protegerte ¡ah! Si utilizas lubricantes procura que sea de base de agua, nunca grasos ya que pueden romper el preservativo.
 6. sin soltar la punta del preservativo desenróllalo a lo largo hasta que cubra la totalidad del pene.
 7. después de la eyaculación y **antes de que el pene pierda su erección**, retíralo sujetando el preservativo por la base.
 8. después de quitarte el preservativo, hazle un nudo y **tíralo a la basura**
 9. usa un preservativo nuevo en cada relación sexual
 10. no esperes a última hora. Ten siempre un preservativo a mano. Los puedes comprar en farmacias o supermercados.
- 1hora

Sociodrama: 1 hora

TOTAL INTERVENCIÓN: 6 horas

Autores:

Paúl Pardo, María José Arpi, Fernanda Argudo.