



RESUMEN

Se realizó un estudio Cuasiexperimental sin grupo control en el periodo Mayo-Noviembre de 2009 para evaluar y modificar conocimientos, actitudes y prácticas frente a las ITS y VIH/SIDA en los estudiantes de la Escuela Derecho de la Universidad de Cuenca, se contó con 80 estudiantes para las PreCAPs e intervención educativa y 70 para las PosCAPs.

Se aplicó un cuestionario de 29 preguntas cerradas con dos instrumentos de medición: antes y 2 meses después de la intervención educativa basada en la teoría cognoscitivo-social de Albert Bandura. El análisis estadístico se realizó mediante SPSS 15.0 y Excel

Resultados: la media de edad de inicio de vida sexual fue de $16,91 \pm 2,11$ años y la media de número de parejas sexuales en los 2 últimos meses $1,82 \pm 2,24$. En relación a conocimientos de Condiloma, Tricomoniasis y Clamidiasis, se obtuvo modificación estadísticamente significativa ($p < 0,05$); en las manifestaciones de las ITS el dolor de vientre bajo e inflamación de ganglios el incremento fue estadísticamente significativo ($p < 0,05$); los conocimientos sobre curación tuvieron aumentos significativos ($p < 0,05$) en



Condiloma, Sífilis, Tricomoniasis y Clamidiasis. En actitudes se encontró diferencia significativa ($p < 0,05$) en aconsejar a un amigo acudir al médico en caso de contraer una ITS. En cuanto a las prácticas consideradas de riesgo se obtuvo disminución sin diferencia significativa excepto en la pregunta en relación a coito genital ($p < 0,05$). No se obtuvo incremento en el uso consistente (uso en todas las relaciones sexuales) del preservativo. Mejoró la autoeficacia con valor de $p < 0,05$ en negarse a relaciones sexuales bajo presión, estado de embriaguez; mejora el nivel de seguridad con valor de $p < 0,05$ en preguntar a la pareja sobre relaciones sexuales pasadas; se encontraron valores de $p < 0,05$ en la intención de uso de condón, fidelidad, confianza con los padres.

Con lo que concluimos que la intervención educativa modificó los conocimientos, las actitudes y las prácticas elevó la autoeficacia en relación a ITS y VIH/SIDA

Palabras Clave: ITS, prevención, CAPs, Autoeficacia, VIH/SIDA.



ABSTRACT

We performed a quasi-experimental study without control group from May to November 2009 to evaluate and modify knowledge, attitudes and practices concerning STIs and HIV/AIDS among senior students from Law School of University of Cuenca. We found 80 students for PreCAPs and educational intervention and 70 senior students for PosCAPs.

Students were given a questionnaire of 29 questions with two measurement tools: before and 2 months after the educational intervention based on social-cognitive theory of Albert Bandura. Statistical analysis was performed using SPSS 15.0 and Excel 2007.

Results: The onset of sexual life was at the mean age of 16.91 ± 2.11 years old. The average number of sexual mates in the last 2 months was 1.82 ± 2.24 . We obtained statistically significant change ($p < 0.05$) in knowledge related to condyloma, trichomoniasis and chlamydia. In the manifestations of STIs, stomach pain and swollen glands the increase was statistically significant ($p < 0.05$). In the knowledge on healing of condyloma, Syphilis, Trichomoniasis and Chlamydia had significant increase ($p < 0.05$).



There was not significant difference ($p < 0.05$) in attitudes to driving a friend to see a doctor in case of an STI.

In terms of practices considered risk reduction there was not significant difference except for the question regarding genital intercourse ($p < 0.05$). No increase was obtained in the consistent use (use in all sex) condom. Improved efficacy with p value < 0.05 in refuse sex under pressure, the influence of alcohol, improving the security level of p value < 0.05 in asking the partner about past sexual relationships, and were found p values < 0.05 in the intention of condom use, fidelity, trust with parents.

Thus we conclude that the educational intervention changed the knowledge, attitudes and practices which increased self-efficacy in relation to STIs and HIV/AIDS.

Keywords: STI prevention, CAPs, Self-Efficacy, HIV / AIDS.



ÍNDICE

Contenido	Página
Capítulo I	
1.1 Introducción.....	14
1.2 Planteamiento del Problema.....	17
1.3. Justificación.....	21
Capítulo II	
2. Marco teórico.....	23
2.1 Situación mundial de la epidemia de VIH.....	24
2.2 Las Infecciones de Transmisión Sexual.....	30
2.3 Prevención de ITS y VIH/SIDA.....	46
2.4 Las teorías del aprendizaje.....	50
2.5 Teoría Social Cognitiva de Albert Bandura.....	52
Capítulo III	
3.1. Hipótesis.....	65
3.2. Objetivos.....	65
Capítulo IV	
4 Diseño Metodológico.....	67
4.1 Tipo de estudio.....	67
4.2 Universo y muestra.....	67
4.3 Área de estudio... ..	67
4.4 Procedimientos, Técnicas e Instrumentos.....	68
4.5 Descripción de los instrumentos de medición.....	69
4.6 Plan de Análisis.....	77



4.7 Operacionalización de las Variables	77
4.8 Como se procedió a recolectar los dato.....	77
4.9 De la intervención educativa	78
4.10 Manejo bioético	80
4.11 Análisis Estadístico	80
4.12 Recursos humanos y técnicos.	81
Capítulo V	
5 Resultados.....	82
5.1 Cumplimiento del estudio.....	82
5.2 Tabla base.....	82
5.3 Resultados antes y después de la intervención educativa.....	84
5.4 Promedio de edad de inicio de la actividad sexual y rotación de parejas.....	87
5.5 Conocimientos, actitudes y prácticas antes y después de la intervención	87
5.6 Porcentaje de conocimientos, actitudes y prácticas antes y después de la intervención educativa	97
5.7 Escala de Autoeficacia sobre el nivel de seguridad para la prevención de ITS y IH/SIDA.....	104
Capítulo VI	
6 Discusión.....	117



Capítulo VII

7.1 Conclusiones.....	127
7.2 Recomendaciones	128

Capítulo VIII

8 Referencias bibliográficas	129
------------------------------------	-----

Capítulo IX

9 Anexos.	145
----------------	-----



**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 DERECHO DE LA
UNIVERSIDAD DE CUENCA FRENTE A
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y
VIH/SIDA”**

**Tesis previa a la obtención del
título de Médico**

AUTORES:

José Zhispón Peralta

Claudia Vega Altamirano

Gustavo Ullaguari Pineda

DIRECTORA:

Dra. Eulalia Freire Solano

ASESORA DE INVESTIGACIÓN:

Dra. Eulalia Freire Solano

CUENCA –ECUADOR

2009



DEDICATORIA

A los adolescentes que con sus ganas de experimentar y entregarse a la vida no ponen precauciones en el trayecto y no conocen a los peligros que se exponen adquiriendo una infección de transmisión sexual.

A todas las personas que conviven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana y a las que han muerto por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida víctimas de la ignorancia, discriminación y estigmatización.

A las personas que están junto a nosotros siempre dándonos ánimos para salir adelante e impulsarnos para alcanzar cada una de nuestras metas.

A nuestros padres, por darnos la estabilidad emocional, económica, sentimental; para poder llegar hasta este logro.



Madre, serás siempre mi inspiración y mi fuerza para alcanzar mis metas, por enseñarme que todo se aprende y que todo esfuerzo es al final recompensa.



AGRADECIMIENTO

Primeramente a Dios por darnos la vida, la sabiduría, la experiencia y la fortaleza para hacer nuestro sueño realidad y guiarnos en nuestro camino para poder salir adelante en los momentos más difíciles.

A nuestra querida directora y asesora de tesis la Dra. Eulalia Freire por su dirección, su valioso tiempo, paciencia, entrega y sus valiosos consejos para el desarrollo de la tesis.

Al Dr. Iván Orellana por avernos apoyado incondicionalmente en la parte técnica de este estudio.

Un agradecimiento especial a la Facultad de Derecho que sin su ayuda no hubiera sido posible la realización de esta tesis especialmente a los profesores y estudiantes de cuarto año que nos han devuelto una sonrisa y una mano amiga.



A la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de Cuenca que ha venido
guiando nuestra formación.

Los autores



RESPONSABILIDAD

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

.....
Claudia Vega Altamirano

.....
Gustavo Ullaguari Pineda

.....
José Zhispón Peralta



CAPITULO I

EVALUACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE DERECHO DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA FRENTE A INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH/SIDA

1.1 Introducción

El presente estudio forma parte del proyecto de prevención de ITS y VIH/SIDA en estudiantes universitarios de Jurisprudencia, Filosofía y Artes de la Universidad Estatal de Cuenca.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) afectan indistintamente a cualquier persona, con independencia de su cultura, género, edad, origen o situación socioeconómica, las tendencias indican que estas se presentan con agudeza en las regiones más pobres del mundo debido a las condiciones de desigualdad económica, la falta de acceso a la prevención, a la información y sistemas integrales de salud.

La población más vulnerable y en riesgo para contraer las ITS incluyendo el VIH/SIDA es la población joven, dichas



enfermedades son causa de morbimortalidad importante. La infección por VIH ha cobrado muchas vidas alrededor del mundo, debemos tener en cuenta que estas enfermedades no solo son una amenaza a los jóvenes sino también a la familia y la sociedad en general. Las personas jóvenes (menores de 25 años) representan la mitad de todas las infecciones con VIH recientes a nivel mundial. (1)

El término sexualidad se refiere a una dimensión fundamental del ser humano; es más amplio que el de sexo, implica conocimientos bio-psicológicos, socio-culturales, políticos, económicos y religiosos de la relación entre los sexos. Se expresa en formas de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades; se práctica y expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos; sin embargo, desde la antigüedad han existido enfermedades relacionadas con la sexualidad; el inicio de la vida sexual activa a más temprana edad, la libertad sexual cada vez mayor, la comercialización del sexo, la industria del sexo, turismo sexual, han favorecido que aumente la incidencia de las ITS y VIH/SIDA a nivel global (2)

La infección por VIH y como consecuencia el SIDA, se ha convertido en una pandemia que aunque existiendo



actualmente medicamentos que controlan la enfermedad, no se ha llegado a encontrar un tratamiento definitivo para la misma. Algunas ITS por el aumento de la resistencia bacteriana plantean dificultades en el tratamiento siendo un problema importante a escala mundial que resulta en mayor morbilidad, mortalidad y costo del cuidado de la salud. (3)

Tenemos que entender que la sexualidad es algo positivo, que hace agradables nuestras vidas y por ende la importancia de tener buenos niveles de conocimiento y capacidad de autodeterminación que son elementos claves, para reducir los riesgos de contagio de ITS y VIH-SIDA en la población joven.

El conocimiento y la información son las primeras líneas de defensa para los jóvenes, sin embargo, el acceso a la educación sobre VIH/SIDA e ITS está lejos de ser universal. Teniendo en cuenta todo lo anterior, así como el incremento de las ITS y el VIH-SIDA en los jóvenes, surge la necesidad de ejecutar intervenciones educativas en este grupo encaminadas a promover una sexualidad responsable.



1.2 Planteamiento del Problema

En los últimos años principalmente después del avance epidemiológico del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), las ITS han adquirido especial relevancia como un importante problema de salud pública especialmente en la población joven, por ello nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Cuales son los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los estudiantes de la Escuela de Jurisprudencia de la Facultad de Derecho de la Universidad de Cuenca sobre las ITS y VIH/SIDA?

La sexualidad como dimensión humana, debe ser objeto de un proceso educativo donde la información, la formación y el desarrollo de valores en materia sexual por medio de las actividades educativas de padres, maestros y otros profesionales, eliminen paulatinamente los efectos del desconocimiento, la desinformación, los tabúes y los prejuicios asegurándoles a los jóvenes el acceso a información y recursos preventivos que les brinden elementos necesarios para asumir actitudes positivas, responsables y los preparen para poder tomar decisiones acertadas. La decisión de comenzar relaciones sexuales durante la adolescencia no debe ser tomada a la ligera. (4)



Las ITS son un conjunto de enfermedades infecciosas agrupadas por ser la misma vía de transmisión: de persona a persona a través de las relaciones sexuales. La actividad sexual brinda oportunidad para que los microorganismos encuentren nuevos huéspedes, estos abarcan desde virus microscópicos (VIH) a insectos visibles (piojo púbico). Las mujeres jóvenes son más susceptibles a la ITS debido a la constitución de la mucosa vaginal, más delicada que la de las mujeres adultas. Las ITS comúnmente reportadas en mujeres adolescentes sexualmente activas tanto con síntomas del tracto genital bajo como sin ellos, incluyen Clamidiasis (10% a 25%), Gonorrea (3% a 18%), Sífilis (0% a 3%), Tricomoniasis (8% a 16%) y el virus del herpes simple (2% a 12%). Entre adolescentes sin síntomas de uretritis, las tasas aisladas incluyen *C. Trachomatis* (9% a 11%) y gonorrea (2% a 3%). (5)

Según el informe ONUSIDA 2008, 33,2 millones de personas vivían con VIH y ha provocado un estimado de 25 millones de fallecimientos en todo el mundo. En algunos países de Asia, América Latina y África subsahariana, el número anual de nuevas infecciones producidas por el VIH y la tasa estimada de fallecimientos por SIDA se encuentra



en disminución debido a un avance integral en la puesta en práctica de políticas y programas eficaces.(6)

En la población joven, se manifiesta que los esfuerzos de prevención están teniendo cambios positivos en el comportamiento de riesgo en algunos de los países más afectados por la epidemia (Botswana, Camerún, Haití, Kenya, Malawi, Togo, Zambia y Zimbabwe). Mientras que en Cuba se han obtenido datos en los últimos años que motivan a reflexionar sobre la necesidad de una educación sexual orientada hacia los valores morales y espirituales sobre los que descansa el comportamiento sexual de los jóvenes. (6) (7)

África tiene 11.6 millones de huérfanos a causa del SIDA. A fines de 2007, las mujeres representaban el 50% de todos los adultos que viven con VIH en todo el mundo. Las personas jóvenes (menores de 25 años) representan la mitad de todas las infecciones con VIH recientes a nivel mundial. En países en vías de desarrollo y en transición, 9,7 millones de personas tienen necesidad inmediata de medicamentos para el SIDA para salvar sus vidas; de éstos, sólo 2,99 millones (31%) los están recibiendo. (6) (7)

La OMS obtuvo cifras en los jóvenes de 15 - 24 años que constituyen la mitad de los 5.000.000 de nuevos casos que



cada año se suman en todo el mundo, entre algunas de sus causas, falta de información, conocimientos y servicios para protegerse así mismos contra la infección del VIH-SIDA. (6)(7)

A continuación se presenta un cuadro sobre las regiones que tienen mas alta prevalencia e incidencia de VIH/SIDA a nivel del mundo (7):

Región	Adultos & niños que viven con VIH/SIDA	Adultos & niños recientemente infectados	Frecuencia en Adultos	Muertes de adultos & niños
África Subsahariana	22,0 millones	1,9 millones	5,0%	1,5 millones
África del Norte & Oriente Medio	380.000	40.000	0,3%	27.000
Asia	5 millones	380.000	0,3%	380.000
Oceanía	74.000	13.000	0,4%	1.000
América Latina	1,7 millones	140.000	0,5%	63.000
El Caribe	230.000	20.000	1,1%	14.000
Europa Oriental & Asia Central	1,5 millones	110.000	0,8%	58.000
América del Norte, Europa Occidental y Central	2,0 millones	81.000	0,4%	31.000
Total mundial	33,2 millones	2,7 millones	0,8%	2,0 millones

En el Ecuador se declaró la epidemia de VIH/SIDA en el año de 1984. El total de casos reportados hasta octubre del 2008 por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, fue de 15.318, de los cuales 10.382 son personas infectadas por el VIH, 4.640 presentaron el SIDA y 1947



fallecimientos. Todavía en el Ecuador hay un predominio de la infección en hombres. Sin embargo, del 2002 al 2007 la razón hombre/mujer en personas con VIH avanzado (SIDA), bajó de 5.01 a 2.96 debido probablemente al incremento de tamizaje en gestantes y en los últimos dos años se ha estabilizado. (8)

1.3 Justificación

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

- Los universitarios son un grupo vulnerable a las ITS y VIH/SIDA
- La incidencia de las ITS es mayor en personas jóvenes, sobre todo en edades comprendidas entre 15 y 29 años, donde se concentra algo más de 70% de los sero positivos: con un predominio del sexo masculino (79,3%). (9)
- Es, entonces, importante intervenir en es este grupo de riesgo como contribución a los planes de control y prevención de las ITS y VIH/SIDA.
- 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 activa en los jóvenes ocurre actualmente a edades tempranas, es que creemos urgente, planes de edu-comunicación para mejorar varios aspectos esenciales dentro del desenvolvimiento social.



CAPÍTULO II

2 MARCO TEORICO

A partir de 1980 el término enfermedades venéreas fue sustituido por uno más amplio, el de infecciones de transmisión sexual (ITS), ya que muchas de ellas están presentes de forma asintomática en 8 de cada 10 mujeres y 5 de cada 10 hombres. Son un conjunto de enfermedades infecciosas con distinta sintomatología y que tienen diferentes etiologías (9); con un aspecto epidemiológico común que se contagian preferentemente durante las relaciones sexuales vaginales, anales u, ocasionalmente, orales.

La infección significa simplemente que un germen, virus, bacteria, o parásito que puede causar una enfermedad está presente dentro del cuerpo de una persona y enfermedad significa que la infección está realmente causando que la persona infectada se sienta enferma. Aunque el uso del preservativo puede reducir o evitar la transmisión de muchas de estas enfermedades (10), las ITS siguen siendo frecuentes y afectan cada año a 340 millones de personas en todo el mundo, se encuentran entre las 10 primeras causas de morbilidad, y son las mujeres quienes corren mayor riesgo de infección respecto a los hombres, en ellas



es mucho más difícil la detección, pues alrededor de 70 por ciento de las que padecen alguna infección no presentan síntomas, en comparación con 10 por ciento de los hombres que experimentan la misma situación (11). La sexualidad, como dimensión humana, debe ser objeto de un proceso educativo donde la información, la formación y el desarrollo de valores en materia sexual, brinden a los jóvenes elementos necesarios para asumir actitudes positivas y responsables. Es muy importante que padres, maestros y otros profesionales, les aseguren el acceso a información y recursos preventivos que los preparen para poder tomar decisiones acertadas. (4)

2.1 Situación de la epidemia mundial de VIH ONUSIDA 2008

Es preocupante las cifras de la “Organización Mundial de la Salud” (OMS) sobre la incidencia y prevalencia del VIH/SIDA en los adolescentes y jóvenes entre los 15 - 24 años que constituyen la mitad de los 5.000.000 de nuevos casos que cada año se suman en todo el mundo, debido a la carencia de información, conocimientos y servicios para protegerse así mismos contra la infección del VIH-SIDA, que es la más letal de las ITS. (12)(7)



Sólo en 2007, 33.2 millones de personas vivían con el VIH, 2,7 millones de personas contrajeron el virus y 2 millones de personas fallecieron por causas relacionadas con el VIH; 2,2 millones defunciones de en el 2005. (7)

África subsahariana continúa siendo la región más afectada por el VIH, con 1.9 millones de personas que se infectaron en el 2007, siendo el coito genital heterosexual la mayor fuerza impulsora, además le correspondieron el 67% de todas las personas que viven con el VIH y el 72% de los fallecimientos a causa del sida. En países como la Federación de Rusia y otros países de ingresos altos existe un aumento en la incidencia de la infección VIH. A nivel mundial, el porcentaje de mujeres entre las personas que viven con el VIH se ha mantenido estable (en el 50%) durante varios años, aunque la proporción de infecciones en las mujeres está aumentando en varios países. En casi todas las regiones fuera del África subsahariana, el VIH afecta en forma desproporcionada a usuarios de drogas inyectables, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y profesionales del sexo. (6) (7) En África meridional, las reducciones de la prevalencia del VIH son especialmente impactantes en Zimbabwe



En Asia alrededor de 5,0 millones de personas vivían con el VIH en 2007, las diversas vías de transmisión del VIH hacen que la epidemia en Asia sea una de las más heterogéneas, siendo las relaciones sexuales sin protección el factor de riesgo más importante. (6) (7)

De las personas que viven con el VIH en Europa oriental y Asia central se elevó a 1,5 millones en 2007. Teniendo el 62% por el uso de drogas inyectables. (6) (7)

Sabemos que 2,0 millones de personas tienen VIH en América del Norte y en Europa occidental y central en 2007, de los cuales 1,2 millones viven en los Estados Unidos de América. (6) (7)

En Oriente Medio y África del Norte a excepción de Sudán, las epidemias en esta región son comparativamente pequeñas. (6) (7)

En Oceanía 74 000 personas vivían con el VIH en 2007, de las cuales 13 000 se habían infectado ese mismo año, siendo el coito heterosexual la vía principal. (6)



Resumen mundial de la epidemia de SIDA, Diciembre de 2007 (7)

Personas que vivían con el VIH en 2007		
Total	33,2 millones	[30,6–36,1 millones]
Adultos	30,8 millones	[28,2–33,6 millones]
Mujeres	15,4 millones	[13,9–16,6 millones]
Menores de 15 años	2,5 millones	[2,2–2,6 millones]

Defunciones causadas por el SIDA en 2007		
Total	2,1 millones	[1,9–2,4 millones]
Adultos	1,7 millones	(1,6–2,1 millones)
Menores de 15 años	330 000	(310 000–380 000)

Nuevas infecciones por el VIH en 2007		
Total	2,5 millones	[1,8–4,1 millones]
Adultos	2,1 millones	[1,4–3,6 millones]
Menores de 15 años	420 000	[350 000–540 000]

2.1.1 Prevalencia e Incidencia Del VIH en Latinoamérica.

Un tercio de todas las personas que viven con el VIH en América Latina se encuentran en Brasil, propagándose a usuarios de drogas inyectables y a la población general, con cifras cada vez más altas de mujeres infectadas, la prevalencia nacional del VIH en adultos ha permanecido en torno al 0,5% desde 2000, además el acceso generalizado



a la terapia antirretrovírica redujo a la mitad las tasas de mortalidad por sida. Las relaciones sexuales no protegidas entre hombres representan alrededor de la mitad de las infecciones por el VIH que se transmiten sexualmente en el Brasil. No obstante, El enfoque simultáneo del Brasil en asegurar el acceso a los servicios de prevención y tratamiento ha contribuido a mantener estable su epidemia. (13)

Las relaciones sexuales no protegidas se han convertido en la principal vía de transmisión del VIH en la Argentina, el uso de drogas inyectables, que había sido un factor importante en la epidemia de la Argentina, ha disminuido durante la última década. La mayoría de las 120 000 personas que se estima que vivían con el VIH en 2005 se localizaba en las provincias de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe. (13)

Uruguay se estima que casi 10 000 personas estaban viviendo con el VIH a finales de 2005, las relaciones sexuales no protegidas son responsables de cerca de los dos tercios de los casos de VIH, además en un estudio efectuado en Santiago, el 93% de las profesionales femeninas del sexo encuestadas dijo que siempre había utilizado preservativos durante las relaciones remuneradas.



Bolivia, Ecuador y Perú, el VIH sigue afectando principalmente a homosexuales. En Bolivia, en este grupo de población, se han registrado prevalencias del VIH del 22% y 15% en Santa Cruz y La Paz. En el Perú, la prevalencia promedio del VIH en hombres que tenían relaciones sexuales con hombres se mantuvo en torno al 18-22%, Las relaciones sexuales entre hombres también son el principal factor de transmisión del VIH en Colombia, con una prevalencia del 10-18%, las relaciones sexuales remuneradas no protegidas constituyen otro factor fundamental, en 2006, se registraron prevalencias del VIH del 3,3% y 5% entre profesionales femeninas del sexo de Barranquilla (13).

Mientras que en América Central, los sistemas deficientes de vigilancia epidemiológica del VIH obstaculizan un estudio actualizado, sin embargo, la información que se dispone señala que la transmisión del VIH durante relaciones sexuales no protegidas en homosexuales, relaciones sexuales peligrosas remuneradas, y la migración es un factor importante en la propagación del virus. Se están produciendo epidemias ocultas de VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en varios países de América Central, incluidos Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Nicaragua y Panamá(13).



En varios estudios efectuados en México en el 2005 se registró una prevalencia del 2-4% entre usuarios de drogas inyectables, las profesionales femeninas del sexo que tomaban drogas inyectables también tenían niveles más altos de otras ITS, y era más probable que tuvieran relaciones sexuales peligrosas con sus clientes, las relaciones sexuales no protegidas en homosexuales representan más de la mitad (57%) de las infecciones por el VIH registradas hasta ahora en México (2006). Mientras que en América Latina el total estimado de nuevas infecciones por el VIH en 2007 fue de 140 000 y, en consecuencia, el número de personas que viven con el VIH asciende a 1,7 millones, teniendo que la transmisión del VIH es principalmente entre homosexuales, profesionales del sexo y, en menor medida, entre usuarios de drogas inyectables. 18%–22% en Perú, 14% en Buenos Aires, 22% en Montevideo, 15% en cuatro ciudades bolivianas y en Quito, Ecuador, y 10%–25% en algunas ciudades de Colombia. (13)

2.1.2 Situación de la Epidemia de VIH/SIDA e ITS en el Ecuador

Ecuador en el año de 1984 declara oficialmente la epidemia de VIH/SIDA con la detección de los primeros 6 casos. El



total de casos reportados hasta octubre del 2008 es de 15.318, de los cuales 10.382 son personas infectadas por el VIH, 4.640 presentaron el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y 1947 fallecimientos, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, establecen que hasta el año 2007, 4920 personas han fallecido a causa de esta infección. Desde 1984 la tasa anual de SIDA así como la de mortalidad tiene tendencia al aumento, situación que podría atribuirse a que los casos aun son captados tardíamente debido a que muchas de las personas o no conocen su estado serológico o prefieren ocultar su situación por no ser discriminados o estigmatizados, por ello se debería mejorar el acceso de la población a la prueba voluntaria para VIH gratuita. Hasta octubre 2008, todas las 24 provincias han diagnosticado y notificado casos de VIH, llama la atención que el 81.59% de los casos estén distribuidos en cinco provincias, de las cuales 1493 casos (53.78%) correspondan a Guayas, los Ríos 247, Manabí 203 , Esmeraldas 154, El Oro 107, la región costa agrupa el 82.42% de todos los caso a nivel nacional, la región sierra agrupa el 10,95%, siendo Pichincha la de mayor frecuencia con 168 casos ,la región oriente con 1,73% .



Desde el año 2002 hasta octubre del 2008 se concentra con mayor proporción en hombres, un 73.8% de los casos SIDA y un 26.17% son mujeres, existiendo un crecimiento relativo de casos en este grupo en los últimos cinco años. El promedio de crecimiento anual en este periodo para hombres es de 6.7% y para mujeres del 14.9%. En VIH positivos el promedio de crecimiento anual en mujeres es de 28.9% en relación al 25.4% observado en hombres, diferencia que se puede explicar porque el grupo de mujeres tiene mejor acceso al tamizaje que el grupo de hombres. En este mismo periodo se puede observar una disminución significativa de la razón hombre mujer en SIDA estabilizándose en una relación de 3:1, mientras que la razón hombre mujer en VIH se mantiene prácticamente 1:1 la justificación es similar al anterior, el mejor acceso de las mujeres a la prueba de tamizaje especialmente en el embarazo.

El grupo de edad de 25 y 44 años concentra el 58.7% de los casos de VIH reportados en el periodo del 2002 al 2008, de 20 a 24 concentra el 20.6% siendo este de mayor riesgo, además de un incremento en el grupo de 15 a 19 sobre todo en los últimos tres años considerándose como infecciones recientes. En SIDA el grupo que reporta el mayor porcentaje de casos es el de mayor de 25 años con



un 79%, pero de igual manera al comparar la tasa de incidencia acumulada se observa una tendencia en el crecimiento del grupo de 20 a 24 años.(13)

Distribución de casos de SIDA por grupos de edad en el Ecuador 2007

En el año 2007, los grupos de edad más afectados están entre 20 y 44 años de edad, registrándose un porcentaje de 81.4%, tendencia que se mantiene desde el 2004; El mayor número de niños afectados por SIDA se encuentra entre niños de 1 y 4 años, mientras que en el grupo de 5 a 14 años se producen los fallecimientos, aunque la mortalidad a en esta edad a disminuido debido a que en el año 2005 se implementó en el país la prevención de la transmisión vertical de VIH sumado a la entrega gratuita de ARV desde el año 2003 debido a las medida cautelares por las PVV. (14)



2.1.2.1 Prevalencia de ITS en el año 2007

Casos y tasas de incidencia de gonorrea (ECUADOR)

PROVINCIA	CASOS	Tasa (por 100000)
Loja	587	135,25
Carchi	131	78,76
Los Ríos	391	52,68
Guayas	1470	40,6
Morona	21	15,99
Pichincha	80	2,98
Azuay	17	2,5
El Oro	10	1,64
Cañar	1	0,44
Cotopaxi	1	0,25

Fuente: epi-2elaborado: Eduardo Aguilar J. - epidemiología-MSP año 2007. (15)

Casos y tasas de incidencia de herpes genital (ECUADOR)

PROVINCIA	CASOS	Tasa (por 100000)
Galápagos	12	52,91
Pastaza	26	34,31
Sucumbíos	42	25,70
Guayas	823	22,75
Pichincha	235	8,76
Chimborazo	6	1,35
Orellana	2	1,31

Fuente: epi-2elaborado: Eduardo Aguilar J. - epidemiología - MSP. (16)

2.2 Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

Son patologías que han dejado de estar vinculadas a la vida promiscua y que pueden prevenirse con información,



educación e higiene. El sexo femenino es el más afectado, por ser más vulnerable biológicamente, culturalmente y socioeconómicamente. Actualmente existen 30 tipos de ITS, de las cuales 26 atacan principalmente a las mujeres y 4 a ambos sexos. En un 70% de las mujeres y en 30% de los hombres las ITS son asintomáticas. (60-70% de infecciones por chlamydias y gonococo). (17)

Las ITS son un problema de salud pública. Según la OMS, unos 685 mil hombres y mujeres, contraen una ITS, cada día. (18)

Prevalencias de ITS comúnmente reportadas entre las muchachas adolescentes sexualmente activas indican síntomas del tracto genital bajo como sin ellos, incluyen *Chlamydia Trachomatis* (10% a 25%), gonorreas de *Neisseria* (3% a 18%), sífilis (0% a 3%), *Trichomonas vaginalis* (8% a 16%), y el virus del herpes simple (2% a 12%). Entre muchachos adolescentes sin síntomas de uretritis, las tasas aisladas incluyen *C. Trachomatis* (9% a 11%) y gonorreas de *N.* (2% a 3%). (5)

Aunque la mayoría tienen tratamiento, algunas de ellas, como las producidas por virus, nunca curan de manera definitiva, sino que el agente causal permanece en estado latente, dentro del organismo al que ha infectado, pudiendo



reaparecer cíclicamente. Este tipo de relación entre el organismo y el agente infeccioso facilita la transmisión de éste, es decir, su infectividad. (19)

En América se estima que unos 40-50 millones de hombres y mujer contraen una enfermedad de transmisión sexual cada año. La infección VPH (virus papiloma humano), es la ITS mas frecuente a nivel mundial, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes (18). Por lo menos 50 % de las mujeres y hombres sexualmente activos contraerán la infección genital del VPH en algún momento de sus vidas. Las investigaciones han demostrado que en la mayoría de las mujeres (90%), la infección por VPH cervical se vuelve indetectable en un período de dos años. (20)

Cada año hay alrededor de 15 millones de nuevos casos de ETS en Estados Unidos y aproximadamente un cuarto de estos casos afectan a los adolescentes. (18)

Aunque la gonorrea se da en todas las zonas geográficas y clases sociales, no presenta una distribución uniforme en la población ya que tiene una mayor incidencia en zonas urbanas importantes, poblaciones con niveles inferiores de educación, personas de nivel socioeconómico inferior, personas con edad comprendida entre 15 y 29 años, personas con parejas sexuales comunes. (21)



Las fallas en el diagnóstico y tratamiento en estadios tempranos, pueden ocasionar graves complicaciones y secuelas: infertilidad, pérdida fetal, embarazo ectópico, cáncer ano-genital y la muerte prematura, así como infecciones en recién nacidos y lactantes. (18)

Factores biológicos para contraer ITS

EDAD: La mujeres jóvenes son mas susceptibles a la ITS debido a la constitución se la mucosa vaginal, más delicada que la de las mujeres adultas.

El SEXO: es más fácil que un hombre transmita la ITS a una mujer que al contrario, porque la mujer tiene una mayor superficie mucosa (la vagina), expuesta durante la relación sexual. (22)

ITS curables	ITS no curables
<ul style="list-style-type: none">• Gonorrea• Clamidiasis• Sífilis• Chancro• Linfogranuloma• Granuloma inguinal	<ul style="list-style-type: none">• VIH• Condiloma• Hepatitis "B" y "C"• Herpes simple tipo II



2.2.1 Uretritis y Cervicitis

Uretritis

Consiste en la producción de secreciones anormales por la uretra, siendo este su principal síntoma, su color puede ser claro, verdoso o amarillento. (23)

Según sea el agente causante, existen dos clases fundamentales de uretritis: gonocócica y no gonocócica. (23)

En general el paciente con una uretritis se queja de que le sale pus por el pene y tiene molestias al orinar. Es importante realizar el correcto diagnóstico e inicio de su tratamiento lo más rápidamente posible y de ese modo evitar sus complicaciones. (23)

Cervicitis: (mujer)

La cervicitis es una infección del cuello del útero, que puede ser causada por Chlamydia y Gonorrea. (24)

Las mujeres infectadas con Chlamydia en el 80 % son asintomáticas o tienen leucorrea escasa de corta duración o con síntomas ureterales (disuria, polaquiuria). (25)



2.2.2 Gonorrea

Es ocasionada por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae* y su transmisión suele producirse durante la relación sexual, tanto por vía vaginal como anal u oral. La gonorrea es una enfermedad altamente contagiosa. (26)

Los Síntomas aparecen entre los 2 y 21 días después de tener relaciones sexuales y pueden desaparecer o resultar en un estado de portador. (20)(26)

La mayoría de mujeres no presenta síntomas pero puede haber flujo vaginal, disuria, dolor en la parte baja del abdomen y sangrado anormal de vagina o ano, en hombres hay oliguria, disuria y secreción blanca amarillenta. Diagnóstico: por examen de una secreción de cuello uterino, uretra, recto o faringe en un laboratorio. (26)

2.2.3 Chancro Blando

Es una ITS producida por el microorganismo *Haemophilus Ducrey*. (24)

Los síntomas aparecen 2 a 5 (hasta 14) días después de un contacto sexual sin uso del condón con una persona infectada. Inicia como una mancha inflamatoria en el sitio afectado que luego se hace ulcera dolorosa, sangrante con



pus y por último se rompe, se acompaña de ganglios inguinales que aumentan de tamaño. (24)

2.2.4 Sífilis

Causada por el *Treponema Pallidum*, se transmite a través del contacto directo con una úlcera sifilítica dura e indolora que aparece en los genitales externos, la vagina, el ano o el recto, también en los labios y boca. Se presenta en tres etapas: sífilis primaria, sífilis secundaria y sífilis terciaria. (24) (27)

Etapla primaria: El tiempo que transcurre entre la infección por sífilis y la aparición del primer síntoma puede variar de 10 a 90 días (con un promedio de 21 días). Por lo general, el chancro es firme, redondo, pequeño e indoloro que dura de 3 a 6 semanas y desaparece sin ser tratado. (27)

Etapla secundaria: surge alrededor de 6 a 12 semanas después de que desaparece la llaga. Aparecerá una erupción en todo el cuerpo y síntomas de gripe; si no es diagnosticada ni tratada durante mucho tiempo entra en etapa latente. (5) (27)

Etapla terciaria (tardía): esta etapa 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. Diagnóstico: mediante la sospecha clínica y con un análisis de una muestra líquida del chancro (la úlcera infecciosa). (27)

2.2.5 Tricomoniiasis

Causada por Trichomona Vaginalis. Cada año se registran 7.4 millones de casos nuevos. (24)(28)

Síntomas: periodo de incubación de 4 a 20 días		Diagnostico:
hombres	Mujeres	Se realiza de acuerdo a las manifestaciones clínicas y prueba de laboratorio, para detectar el parásito
<ul style="list-style-type: none">• la mayoría no presentan síntomas• secreción leve o ardor después de orinar o eyacular.	<ul style="list-style-type: none">• Flujo vaginal espumoso, amarillo verdoso de mal olor,• manchas pequeñas, rojas y picazón en la vagina,• dolor abdominal bajo.	

2.2.6 Herpes

Es causada por los virus del herpes simple tipo 1 (VHS-1) y tipo 2 (VHS-2). Suele transmitirse por la vía sexual, mientras que el VHS-1 por lo general infecta la boca. Ambos tipos de virus pueden infectar los genitales, la piel



que rodea el recto o las manos y pueden ser transmitidos a otras partes del cuerpo (como la superficie de los ojos). El primer brote (primario) es más doloroso, prolongado y generalizado que los subsiguientes, pudiendo causar fiebre y malestar, este se inicia de 4 a 7 días después de la infección. Las úlceras se curan en aproximadamente 10 días, pero pueden dejar cicatrices. El diagnóstico es por las manifestaciones clínicas y examen de sangre. (5)

2.2.7 Condiloma o Verrugas Genitales

Producidas por el virus del papiloma humano genital (VPH). Aparecen en vulva, vagina, ano o alrededor de los mismos, cuello uterino, pene, escroto, ingle o muslos como pequeños granitos individuales o en grupos. Aparecen de 1 a 6 meses después de la infección como protuberancias del color de la piel, con una superficie parecida a la de una coliflor, puede acompañarse de picazón, sangrado e infección sobreañadida en el sitio de la verruga. El diagnóstico es mediante el examen visual de las lesiones y mediante pruebas de Papanicolaou en el cuello uterino. (5)



2.2.8 VIH y SIDA

La epidemia VIH/SIDA no es un problema sólo de sexualidad sino de desarrollo social y de acceso a recursos, de justicia social y de equidad en la distribución de los bienes y servicios. Los adolescentes entre los 13 y los 19 años, especialmente entre grupos de la minoría, representan uno de los grupos VIH positivos de mayor crecimiento. (29)

El Continente más afectado ha sido el africano. De tal manera que de cada 100 muertes ocurridas en niños en todo el mundo, desde el inicio de la epidemia, 98 de ellas han afectado a niños africanos y de cada 100 defunciones en adultos, 70 corresponden a personas africanas. (6) El VIH o virus de inmunodeficiencia humana es una infección viral que destruye gradualmente el sistema inmunológico lo cual hace que el cuerpo sea más débil para combatir infecciones. (30) El uso de métodos efectivos para tener relaciones sexuales seguras reduce significativamente el riesgo de la transmisión de la enfermedad. (29)

Las con VIH son más vulnerables a infecciones y al cáncer. Se estima que el 25-30% de los seropositivos desconocen que están infectados por el VIH y se piensa que son los responsables del 50-70% de las nuevas infecciones. La



mortalidad disminuyó mucho con el advenimiento de los medicamentos antirretrovirales. (31)

Vías de transmisión:

Contagio por vía sexual.- responsable de más del 75% de todos los casos de transmisión del VIH. (31) El virus se transporta en el semen y en las secreciones vaginales y penetra en el cuerpo del receptor a través de abrasiones en la mucosa rectal, vaginal u oral o por contacto directo con las células que revisten las mucosas. (29)

Transmisión parenteral Representan el 43% de las personas que desarrollaron SIDA en el 2006 y el contagio por contacto directo con sangre infectada o trasplantes de órganos es extremadamente bajo. (31)

Transmisión vertical.- de madre a hijo durante el embarazo, el parto, o la lactancia. En el 2007 constituyó el 0.3% de los casos de VIH. (31)

Síntomas:

Fase asintomática: puede ser hasta de 10 años, la mayoría de personas no muestra ningún síntoma del VIH, pueden sentirse y verse completamente bien. (29)



Fase sintomática: los síntomas se presentan debido a que el VIH debilita el sistema inmunológico de la persona volviéndola más vulnerable a las infecciones oportunistas. (29)

Las ITS facilitan la transmisión del VIH

- Porque se rompen las barreras de la piel o mucosa.
- Porque existe mayor concentración de células como linfocitos y monocitos en los procesos inflamatorios de los genitales, Estas son las células donde vive el VIH.
- Porque hay mayor concentración de virus en las secreciones causadas por las ITS. (32)

SIDA: Es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida

Cabe destacar la diferencia entre estar infectado por el VIH y padecer de SIDA. Una persona infectada por el VIH es seropositiva, y pasa a desarrollar un cuadro de SIDA cuando su nivel de linfocitos T CD4 desciende por debajo de 200 células por mililitro de sangre. (33)

Síntomas pueden incluir: Nódulos linfáticos inflamados (por más de tres meses), falta de energía, pérdida de peso, fiebre y sudoración frecuente, diarrea, erupciones o descamación de la piel persistentes, enfermedad pélvica



inflamatoria. Y los mas importantes son la aparición de enfermedades marcadoras (oportunistas) como micóticas (isosporidiosis, histoplasmosis, aspergilosis); bacterianas (infección por *Pneumocystis carinii*); parasitarias; y otras como el Sarcoma de Kaposi. (34)

Tratamiento: No existe tratamiento que elimine el virus del organismo, pero el uso de antirretrovirales limita el avance de la infección, al igual de profilaxis para evitar infecciones oportunistas con el uso de vacunas. (35)

2.3 Prevención de ITS Y VIH/SIDA

Para evitar el contagio de ITS y VIH/SIDA lo mas importante abstenerse del contacto sexual o tener una relación estable y mutuamente monógama con una pareja que se haya hecho las pruebas de detección. (27)

Sexo seguro

La manera más efectiva de prevenir ITS es evitar el contacto de las partes del cuerpo o de los líquidos que pueden llevar a una transferencia, no necesariamente actividad sexual con una pareja infectada. Idealmente, ambos miembros de la pareja deben conseguir pruebas para ITS antes de iniciar el contacto sexual, o si una de las parejas estuvo en contacto con algún otro, pero incluso



entonces, ciertas ITS, particularmente ciertos virus persistentes como VPH, pueden ser imposibles de detectar con los procedimientos médicos actuales mientras que pueden ser asintomáticos. La prevención es también clave en el manejo de la ITS viral como el VIH y herpes, pues actualmente son incurables. Hay disponibles algunas vacunas para proteger contra algunas ITS virales, tales como la hepatitis B y algunos tipos de VPH. Es aconsejada la vacunación antes de la iniciación del contacto sexual para asegurar la máxima protección. (36)

Los condones.

Proporcionan protección cuando son usados correctamente como barrera desde, y hacia el área que cubre. Las áreas descubiertas todavía son susceptibles a muchas ITS. En el caso del VIH, las rutas de transmisión sexual implican casi siempre el pene, puesto que el VIH no puede esparcirse a través de la piel intacta, así al proteger el pene, con un condón correctamente usado, de la vagina y del ano, se detiene con eficacia su transmisión. Los condones de látex para hombres, cuando se usan de manera habitual y correcta, pueden reducir el riesgo de transmisión de ITS. Abstenerse del uso de drogas intravenosas e inyecciones. Es importante que las parejas sexuales hablen entre ellas



sobre si tienen el VIH o si en el pasado han tenido otras ITS, de manera que puedan tomar acciones preventivas.
(36)

Uso correcto de un condón

Tener los preservativos a mano y cuantos más mejor.

Comprar sólo preservativos homologados por las autoridades sanitarias.

Controlar la fecha de caducidad

Almacenar el condón en lugar fresco, seco y al abrigo del sol/luz.

Manejar el condón cuidadosamente para no dañarlo (rasgarlo con las uñas, dientes, anillos, etc.).

Colocar el preservativo antes de cualquier contacto genital para evitar la exposición a fluidos que puedan contener agentes infecciosos.

Comprimir el extremo cerrado para expulsar el aire y colocarlo sobre el pene erecto, dejando un espacio libre en la punta de 1,5cm para que se deposite el semen. Desenrollar el condón cubriendo totalmente el pene evitando que este demasiado apretado o demasiado flojo.



Usa el condón durante toda la penetración. Tras la eyaculación, retirar el pene lentamente antes de que haya desaparecido la erección, sujetando el condón por su base para asegurar que no haya salida de semen durante la retirada.

Quitar y desechar el condón tirándolo a la basura, nunca al WC.

Nunca reutilizar un condón. (37)

Los condones lubricados con espermicidas no son más eficaces para prevenir las ITS que los otros condones lubricados. Cualquier secreción, úlcera o irritación anormal, en particular en el área de la ingle, debe considerarse como una señal para dejar de tener relaciones sexuales. (38)

Evitar

- La inversión derramando su contenido una vez usado, independientemente de que se haya o no eyaculado en él, incluso por un segundo.
- Evitar los condones hechos de sustancias diferentes del látex y el poliuretano, pues no protegen contra el VIH. (38)



2.4 Las teorías del aprendizaje:

Existen dos grandes paradigmas en la psicología del aprendizaje:

2.4.1 Conductismo

En esta teoría se plantaron dos variantes: el condicionamiento clásico y el condicionamiento instrumental y operante. El primero de ellos describe una asociación entre estímulo y respuesta contigua, de forma que si sabemos plantear los estímulos adecuados obtendremos la respuesta deseada. Esta variante explica tan solo comportamientos muy elementales. La segunda variante, el condicionamiento instrumental y operante persigue la consolidación de la respuesta según el estímulo, buscando los reforzadores necesarios para implantar esta relación en el individuo. Será esta variante en la que nos vamos a centrar. Se plantea la ley del efecto según la cual se consolidan las respuestas deseadas en el individuo a las que la sigue un estímulo satisfactorio y en la ley del ejercicio según la cual la respuesta se consolida con relación al número de veces que se conecte con un estímulo satisfactorio (39)



2.4.2 Cognitivismo

Tiene a Piaget, Bruner, Ausubel, Vigotsky como sus máximos exponentes.

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

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

Vigotsky consideraba que el medio social es crucial para el aprendizaje, pensaba que lo produce la integración de los factores social y personal. El fenómeno de la actividad social ayuda a explicar los cambios en la conciencia y fundamenta una teoría psicológica que unifica el comportamiento y la mente. El entorno social influye en la cognición por medio de sus "instrumentos", es decir, sus objetos culturales (autos, máquinas) y su lenguaje e instituciones sociales (iglesias, escuelas). El cambio cognoscitivo es el resultado de utilizar los instrumentos culturales en las interrelaciones sociales y de internalizarlas

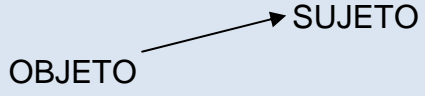
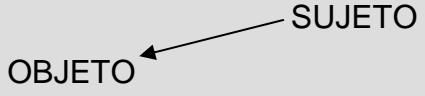


y transformarlas mentalmente. La postura de Vigotsky es un ejemplo del constructivismo dialéctico, porque recalca la interacción de los individuos y su entorno. Plantea la inclusión de los nuevos recursos de forma que estos agilicen el proceso de aprendizaje, deroga las tendencias del monólogo de clase, e introduce la interacción del maestro con el alumno, para un aprendizaje interactivo. Permite la inclusión de la tecnología para contrarrestar los cambios socio-político económico que se ha dado a través del tiempo; así, en vez de dar lectura de un manuscrito de 500 páginas sobre la independencia patria, introduce la opción de mirar filmes, donde se desempeñen estos hechos en 90 minutos; lo cual para el educando de hoy, resulta más fácil de captar. (40)(41)

Las teorías de **Bruner** tienen como punto de referencia a Vigotsky y Piaget; el punto de unión más fuerte entre la teoría de Vigotsky y la de Bruner, es que, para ambos, la interacción y el diálogo son puntos claves en su teoría. (40)

2.5 La teoría de *Albert Bandura* se acerca más a la teoría cognitivista al incursionar en lo social, aunque posee algunas características de la teoría conductista. (42)



	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		
Características del Sujeto	<ul style="list-style-type: none"> • Cada individuo nace con la mente vacía en el cual se imprimen los datos de la realidad. • Es pasivo y reactivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Posee estructuras previas que le permiten conocer • Es activo y productor.
Conocimiento	Copia de la realidad	El sujeto construye su propio conocimiento.
Protagonismo	Hay un protagonismo del ambiente (Objeto)	El Sujeto es protagonista del proceso de conocimiento
	<ul style="list-style-type: none"> • Se apoya en el Empirismo. • Anticonstructivista • Asociacionista • Todas las conductas humanas se explican en términos de asociaciones de elementos simples. • Ambientalista: protagonismo en el objeto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se apoya en el Racionalismo. • Se tomó como modelo de análisis de la mente a la Cibernética o "metáfora del ordenador": La mente recibe, organiza y almacena información de una forma análoga a una computadora. • Es constructivista.



TEORÍAS DEL APRENDIZAJE

Fuente: Freire, E. 2002

Teoría Social Cognitiva de Albert Bandura:

“...el entorno de uno causa nuestro comportamiento”.

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

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

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

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

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



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

El enfoque de la reciprocidad triádica de Bandura: en la cual la conducta, los factores personales, cognitivos y de otro tipo, y los acontecimientos ambientales actúan como determinantes interactivos. De esta manera, en la perspectiva cognitiva social, no se considera al ser humano gobernado por fuerzas internas ni controlado por estímulos externos sino que se considera el funcionamiento humano en términos del modelo de reciprocidad triádica. (41)(42)(43)

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. (40)



2.5.1 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” (41), las creencias de autoeficacia afectan el comportamiento humano de cuatro formas:

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

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

La tercera forma mediante la cual la autoeficacia afecta al comportamiento humano es influyendo sobre los patrones de pensamiento y las reacciones emocionales. Las



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

La cuarta forma en la cual la autoeficacia afecta el comportamiento es permitiendo al sujeto ser un productor de su propio futuro y no un simple predictor. Aquellos sujetos que se perciben a sí mismos eficaces se imponen retos, intensifican sus esfuerzos cuando el rendimiento no es suficiente de acuerdo a las metas que se habían propuesto, experimentan bajos grados de estrés ante tareas difíciles y presentan una gran cantidad de intereses por actividades nuevas. 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 autorreferente 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.
(44)(46)(47)

2.5.2 ¿Las intervenciones modifican las conductas?

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

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

La intención de conducta y la autoeficacia se revelan como 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



posintervención de tres meses o más, la utilización de un modelo teórico de conducta y el número de sesiones superior a cuatro; aseguran la máxima calidad del estudio, cuando éste se refiere a prácticas.(45)(46)

2.5.3 Calidad de la intervención para prevención del VIH/SIDA:

Los estudios de calidad alta son aquellos que en la intervención cuentan con el respaldo de una teoría de cambio conductual y un mínimo de cuatro sesiones, si cumplen un criterio se asegura una mejor calidad y si no cumple ninguno, será de baja calidad. Las intervenciones deben dar mensajes claros y constantes de cambios de conducta y debe medirse las intenciones de conducta, lo que se facilita a través de la escala de autoeficacia. (18)

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

Un estudio realizado en Brasil detectó y analizó los obstáculos y dificultades para llevar a cabo consistentemente prácticas de sexo seguro entre jóvenes, como parte de la evaluación de un taller sobre sexualidad y



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

La importancia de otros costos sociales por encima del temor a la infección por VIH fue documentada también por un estudio cualitativo realizado con jóvenes de Sri Lanka,



quienes mostraron mayor preocupación por la pérdida de la virginidad, de posibilidades de matrimonio, por el embarazo y la pérdida de la reputación frente a la familia, que frente al riesgo de infección por VIH, a pesar de tener suficientes conocimientos al respecto.

Estas normas culturales parecen haber protegido relativamente a los jóvenes de Sri Lanka pues parecen favorecer actividades no penetrativas vaginales, pero hay evidencias de comportamientos de riesgo que no desafían estos cánones morales como el sexo anal, la utilización de sexo comercial, sexo entre hombres y penetración parcial del pene en la vagina.

En todo caso, los tres estudios insisten en la necesidad de que las intervenciones preventivas sean más abarcativas que el solo trabajo sobre VIH/SIDA, pues las conductas de riesgo de las poblaciones vulnerables se inscriben en contextos más amplios que las determinan.

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



una revisión de las estrategias de prevención y control del SIDA en México, Sepúlveda et al afirman que “las campañas masivas no cambian de manera importante los comportamientos, pero son útiles para mantener un estado de alerta y para crear el clima que haga aceptable otro tipo de intervenciones más puntuales y específicas”. Asimismo, los autores aseguran que “es indispensable desarrollar intervenciones que toquen aspectos más profundos de los individuos a los que se quiere llegar”. Estos aspectos profundos implican la comprensión de los contextos de la sexualidad, a nivel emocional, social, cultural y económico. (45)(46) (47) (48)

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

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



- Datos sobre públicos específicos para complementar la información de las encuestas de la población en general.
- Comparaciones y ofrecen un grado de homogenización que suele estar ausente cuando los datos los recopilan una variedad de organismos diferentes.(48)



CAPITULO III

3 HIPOTESIS Y OBJETIVOS

3.1 Hipótesis

Los conocimientos sobre ITS y VIH/SIDA, las actitudes inadecuadas y prácticas de riesgo pueden modificarse con intervenciones educativas diseñadas para el efecto.

3.2 Objetivos

Objetivo General:

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

3.2 Objetivos específicos

- Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los estudiantes de la Escuela de Jurisprudencia de la Facultad de Derecho de la Universidad de Cuenca que cursan el año lectivo 2008-2009 sobre ITS, y autoeficacia en prevención del SIDA a través de la aplicación de un cuestionario antes de la intervención educativa.



- Realizar una intervención educativa basada en la Teoría cognoscitivo social de Albert Bandura, Ausubel y Vigotsky para modificar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los estudiantes de la Escuela de Jurisprudencia de la Facultad de Derecho de la Universidad de Cuenca que cursan el año lectivo 2008-2009 sobre ITS y VIH/SIDA.
- Determinar y comparar los conocimientos, actitudes y prácticas y autoeficacia en prevención del SIDA que tienen los estudiantes de la Escuela de Jurisprudencia de la Facultad de Derecho de la Universidad de Cuenca que cursan el año lectivo 2008-2009 sobre ITS, antes y después de la intervención educativa.



CAPITULO IV

4. METODOLOGÍA

4.1. Tipo de estudio:

Se realizó un estudio Cuasiexperimental con PreCAPs y PosCAPs sin grupo control.

4.2 Universo y Muestra:

El universo lo conformaba la Escuela de Derecho de la Facultad Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca, mientras que la muestra fueron todos los estudiantes de cuarto año de dicha Escuela, en el año lectivo 2008-2009, la misma que fue de 80 estudiantes.

4.3. Área de estudio:

El estudio fue realizado en los predios universitarios correspondientes a la Facultad de Derecho, ubicado en el campus de la Universidad de Cuenca, con dirección Av. 12 de Abril (oeste), Av. Loja (sur), Av. Solano (norte), Av. Remigio Tamariz (este).



4.4 Procedimientos, Técnicas e Instrumentos.

4.4.1 Solicitud de permiso a las autoridades de la Escuela de Derecho de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca

En el mes de Mayo se solicitó el permiso correspondiente a las autoridades de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca. Los permisos fueron dados satisfactoriamente por las autoridades para las intervenciones educativas por la razón de que se creía conveniente que se impartiera esta clase de charlas.

4.4.2 Como se escogieron los grupos para las intervenciones educativas

El grupo estudiado fue el cuarto año de la Escuela de Derecho de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca que cursaban el año lectivo 2008-2009. Se trabajó con 80 estudiantes en las PreCAPs e intervenciones y con 70 en las PosCAPs. El criterio para incluirlos en el estudio fue que aceptara y firmara la carta de Consentimiento Informado. (Anexo 1)



4.5 Descripción de los Instrumentos de medición (Anexo 2)

Se utilizarán dos instrumentos de medición:

4.5.1 El primer instrumento: fue una encuesta de valoración de CAPs que midió conocimientos, actitudes y prácticas sobre las infecciones de transmisión sexual, fue 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.

4.5.1.1 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 relacionaron con mayores puntuaciones.

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



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

4.5.2.1 Validación del segundo instrumento:

La escala de autoeficacia estuvo conformada por varias sub-escalas reconociéndose tres sub-escalas: A, B y C.

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

4.5.3 Descripción del Cuestionario

Ambos instrumentos de medición – CAPs y escala de autoeficacia- fueron integrados en un solo cuestionario; el mismo que se aplicó siguiendo la técnica de encuesta administrada.

4.5.3.1 Secciones del cuestionario. Las secciones del cuestionario aplicado a los estudiantes del cuarto año de la Escuela de Jurisprudencia de la Facultad de Derecho de la



Universidad de Cuenca que cursan el año lectivo 2008-2009 serán los siguientes:

Sección I

Identificación del cuestionario

Sección II

Variables sociodemográficas del encuestado

Sección III

Preguntas de conocimientos sobre ITS

Sección IV

Preguntas de actitudes

Sección V

Preguntas de prácticas

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



Sección VI

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

4.5.3.2 Descripción de las secciones III-IV-V del cuestionario:

Variables de conocimientos:

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

Variables de actitudes

- Actitud ante el nivel de atención médica de estas infecciones
- Actitud ante una ITS
- Prevención de las ITS
- Actitud ante relaciones sexuales con desconocidos o pocos conocidos



Variables de prácticas

- Parejas en los 12 últimos meses: cuantas
- Práctica sexual: Homosexual, heterosexual, bisexual
- Hábito sexual: Anal, oral, genital
- 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.
- Portador de una ITS en alguna ocasión: Mencionarla.
- Conversar con su pareja sobre el tema.
- Relaciones sexuales embriagado o bajo los efectos de drogas.



- 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).

4.5.3.3 Puntuación final de las variables del primer instrumento

Variables de conocimiento

Buena: 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: menos de 3 puntos
----------------------------	-------------------------------	-------------------------

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

Variables de prácticas

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



Las variables de prácticas deben ser evaluadas luego de mínimo tres meses luego de la intervención.

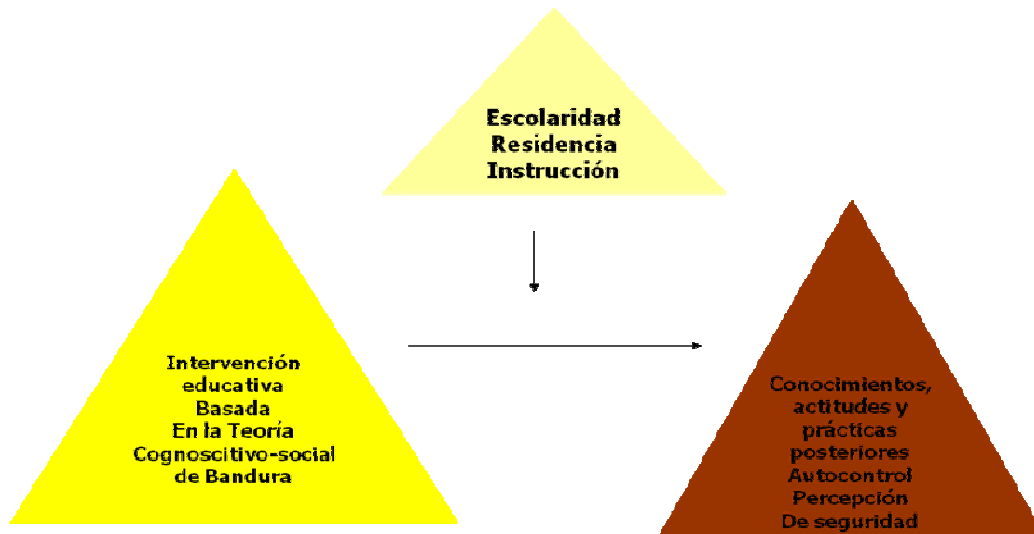
4.5.3.4 La sección VI del formulario:

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

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

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

MATRIZ DE VARIABLES



4.6 Plan de Análisis

4.7 Operacionalización de las Variables (Anexo 3)

4.8 Como se procedió a recolectar los datos

Se realizó mediante el cuestionario llenado por los estudiantes antes de la intervención educativa y 2 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. La recolección de la información se realizó a través de un cuestionario que se escogió para esta investigación y que aclara brevemente al encuestado los objetivos de la investigación, previamente se le pidió, al encuestado, su consentimiento informado.



4.9 De la Intervención Educativa:

La intervención educativa se realizó en el mes de Mayo a razón de 1 hora por día por 6 días en las aulas de clases de cada curso. Las Intervenciones fueron interactivas con la participación de los estudiantes, quienes podían exponer sus dudas y comentarios.

4.9.1 Las cuatro primeras sesiones consistieron en:

Exposición en Power Point sobre sexualidad sana, abarcando los conceptos de la OMS, una descripción de la anatomía genital masculina y femenina.

Presentación en Power Point sobre descripción, signos y síntomas de las ITS.

Prevención de las ITS: el uso correcto del preservativo, fidelidad y abstinencia: presentación en Power Point.

4.9.2 Las dos sesiones últimas consistieron en:

El análisis de historias narradas (Anexo 4):

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



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

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

Al finalizar la sexta sesión se entregó a cada uno de los estudiantes un manual de las ITS (Anexo 5).

4.9.3 Materiales utilizados:

- Esferográficos.
- Las intervenciones educativas se expusieron con la ayuda del computador y un proyector in focus para las presentaciones en Power Point. (Ver información en CD adjunto)
- Manual de prevención de las ITS.
- Gigantografía.

Los equipos (in foccus, CPU) fueron facilitados por las autoridades de la Escuela de Derecho.



Se aplicó el mismo cuestionario a los 2 meses de realizada la intervención educativa, debido a que el termino del año lectivo estaba próximo.

4.10 Manejo Bioético: el estudio cumplió con el procedimiento ético solicitando a los estudiantes que llenaren el documento de consentimiento informado (Anexo N° 2).

4.11 Análisis Estadístico:

La información fue recolectada en el cuestionario (Anexo N° 1), con la misma se elaboró la base de datos en el programa SPSS 15.0 para Windows.

Se realizó contraste de hipótesis Preintervención y Posintervención por medio de la prueba T para muestras independientes de conocimientos, actitudes y prácticas.

La escala de autoeficacia fue analizada tomando en cuenta el nivel de seguridad de muy seguro o total seguro de la misma; aplicando la prueba chi cuadrado.

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

Los cuadros y gráficos se realizaron en el programa excel

4.12 Recursos humanos y técnicos



Se contó con el permiso y la colaboración correspondiente de las autoridades de la Escuela de Derecho, previa una solicitud en el mes de Mayo.

Recursos humanos: Director de tesis, Estudiantes Universitarios, Investigadores.



CAPITULO V

5. RESULTADOS

5.1 cumplimiento del estudio

Este estudio fué realizado en los alumnos de cuarto año de la Escuela de Derecho de la Universidad de Cuenca; se contó con 80 en las Pre CAPS y en la intervención educativa; posteriormente se contó con 70 estudiantes para la realización de las Post CAPS, debido a deserción estudiantil o perdida de año.

Limitaciones: La aplicación de la segunda encuesta se realizó a los dos meses de la primera; no fue posible realizar a los tres meses luego de la aplicación de la primera encuesta, por retraso en la aprobación del protocolo y la terminación del año lectivo 2008-2009.

5.2 Tabla Base

Se elaboró una tabla base tomando en cuenta las variables sociodemográficas para observar la distribución de frecuencias y porcentajes, las cuales se pueden observar en la Tabla N° 1.



Edad: se encontró que 73 (91.25%) estudiantes, se encontraban en edades entre 20 a 25 años siendo esta la mayoría, y solo 7 (8.75%) alumnos estaban en edades mayores a 25 años.

Sexo: se observó que no hay una diferencia notoria entre géneros, siendo mayor el número de varones que el de mujeres, 53,75% y 46,25% respectivamente.

Estado Civil: La mayoría de estudiantes 66 (82.5%) eran solteros, 9 (11.25%) casados 3 (3.75%) en unión libre y solo 2 (2.5%) eran divorciados.

Religión: El 77,5% de estudiantes eran católicos, el 17,5% pertenecía a otras religiones con iguales porcentajes de 2.5% Evangélicos y T. de Jehová.

Residencia: se encontró que el 85% (68) eran de residencia urbana y la diferencia rural 15% (12). (Ver Tabla N° 1).



TABLA N° 1

Variables sociodemográficas de los estudiantes del cuarto año de Derecho de la Universidad de Cuenca.

Cuenca-2009

VARIABLE	INDICADOR	N° N=80	%
EDAD	De 20 a 25	73	91,25
	De 26 a 30	6	7,5
	De 36 a 40	1	1,25
SEXO	Masculino	43	53,75
	Femenino	37	46,25
ESTADO CIVIL	Soltero	66	82,5
	Casado	9	11,25
	Viudo	0	0
	Divorciado	2	2,5
	Unión Libre	3	3,75
RELIGION	Católica	62	77,5
	Evangélica	2	2,5
	T. de Jehová	2	2,5
	Otro	14	17,5
RESIDENCIA	Urbano	68	85
	Rural	12	15

Fuente: formularios de investigación

Elaboración: los autores

5.3 Resultados antes y después de las intervenciones:

5.3.1 Resultados antes y después de la intervención promedio de proporciones.

En conocimientos se logró un incremento de 13,16%, ya que en la preintervención un 51,16% de los encuestados tenían nociones sobre estas enfermedades.

Teniendo en cuenta que desde antes de la intervención en relación a las actitudes se contaba con un porcentaje



relativamente alto (53,21%), se logró un incremento de 2,59%.

En prácticas se observó un descenso de 2,12% lo cual es positivo debido a que el puntaje mayor en prácticas se relaciona con prácticas negativas. Siendo en la preintervención como en la posintervención 38,74% y 36,62% los porcentajes respectivos. (Tabla 2).



TABLA Nº 2

Promedio de porcentajes de conocimientos, actitudes prácticas y de seguridad de los estudiantes del cuarto año de Derecho de la Universidad de Cuenca, antes y después de la intervención.

Cuenca-2009

VARIABLE	Preintervención	Posintervención
Conocimientos	51,16%	64,32%
Actitudes	53,21%	55,8%
Practicas	38,74%	36,62%

Fuente: formularios de investigación

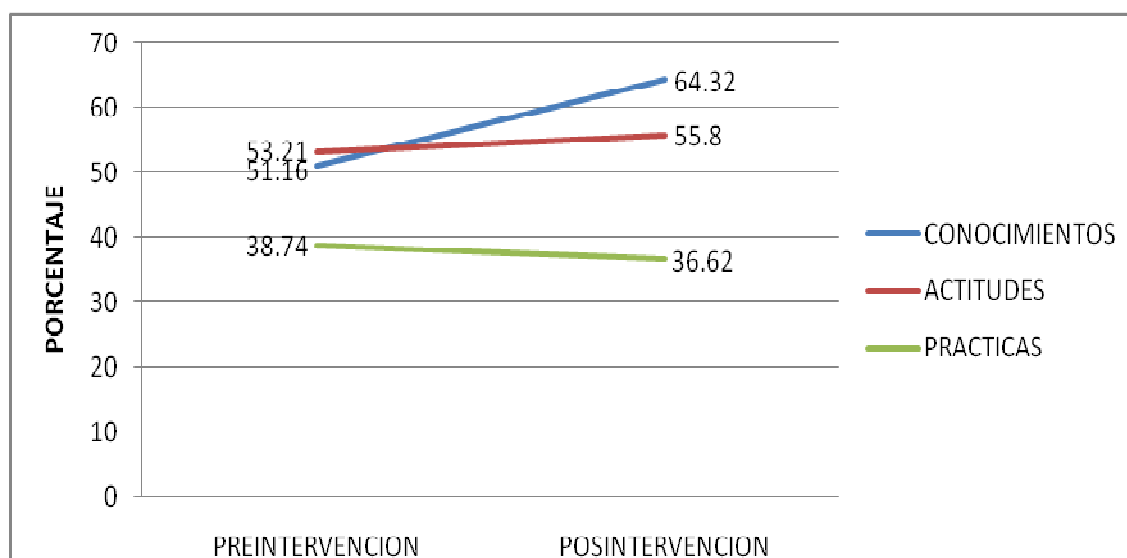
Elaboración: los autores

En el gráfico Nº 1 se observan las modificaciones en conocimientos, actitudes y prácticas antes y después de la intervención educativa.

Gráfico Nº 1

Promedio de porcentajes de conocimientos, actitudes y prácticas de los estudiantes del cuarto año de Derecho de la Universidad de Cuenca antes y después de la intervención.

Cuenca-2009



Fuente: tabla Nº 2

Elaboración: los autores



5.4 Promedio de edad de inicio de la actividad sexual y rotación de parejas

Prueba T de Student para muestras dependientes.

La media de edad de inicio de las relaciones sexuales fue de $16,91 \pm (2,11)$.

En cuanto al número de personas con las que tuvieron relaciones sexuales, en los 2 últimos meses la media fue de $1,82 \pm (2,24)$ en la preintervención y en la posintervención fue de $1,8 \pm (1,61)$.

5.5 Conocimientos, actitudes y prácticas antes y después de la intervención.

Prueba T de Student para muestras dependientes.

Variables de conocimientos

Clave de calificación:

- Buena: cuando los puntos alcanzados entre 8 y 11 puntos.
- Regular: entre 7,9 y 5 puntos.
- Mala: por debajo de 5 puntos.

Se obtuvo una diferencia significativa ($p < 0,05$) en las variables de reconocer cuales son ITS, cuales son las manifestaciones de las ITS y si son curables o no las ITS,



no así en la variable de las formas de contagio donde se obtuvo un valor $p > 0,05$. (Ver Tabla 3).

Pregunta 7: reconocer cuales son ITS

Antes de la intervención se tenía un promedio de $6,3 \pm (2,11)$ y posteriormente fue de $8 \pm (2,1)$. Se evidencia diferencias significativas ($p < 0,05$), siendo las más altas en Condiloma, Tricomoniasis y Clamidiasis.

Se considera una puntuación REGULAR en la preintervención y BUENA en la posintervención.

Pregunta 8: conocimiento sobre la formas transmisión de las ITS.

Se encontró un promedio de $9,89 \pm (2,12)$ antes de la intervención pero luego de éstas fue de $9,91 \pm (2,12)$.

La puntuación alcanzada fue BUENA tanto en la preintervención es como en las posintervención.

Pregunta 9: conocimiento sobre las manifestaciones de las ITS

Se encontró un promedio de $4,49 \pm (2,25)$ en la preintervención pero la puntuación fue de $6,5 \pm (2,4)$ en la posintervención. Teniendo al dolor de vientre bajo, manchas en la piel y verrugas las de mayor mejoría y una



disminución significativa en la opción del signo de inflamación.

Puntuación: MALA para la preintervención y REGULAR para la posintervención.

Pregunta 10: son curables o no las ITS.

El promedio de calificación para las preintervenciones fue de $4,71 \pm (3,17)$ y de $6,39 \pm (2,85)$ para la posintervención. Siendo Condiloma, Clamidiasis y Tricomoniasis las de mayor aumento.

En esta pregunta se obtuvo una puntuación correspondiente a MALA en la primera instancia y REGULAR en la segunda.



TABLA N° 3

Calificación de conocimientos sobre ITS y VIH-SIDA de los estudiantes del cuarto año de Derecho de la Universidad de Cuenca, antes y después de la intervención.

Cuenca-2009

PREGUNTA	Preintervención	Posintervención	Valor P
	$\chi \pm (DS)$ N=80	$\chi \pm (DS)$ N=70	
7	6,3 \pm (2,11)	8 \pm (2,1)	0,0001
8	9,89 \pm (2,12)	9,91 \pm (2,12)	0,938
9	4,49 \pm (2,25)	6,5 \pm (2,4)	0,0001
10	4,71 \pm (3,17)	6,39 \pm (2,85)	0,0007

Fuente: formularios de investigación

Elaboración: los autores

Variables de actitudes

Clave de calificación:

- Buena: entre 6 y 10 puntos.
- Regular: entre 5,9 y 3 puntos.
- Mala: por debajo de 3 puntos.

No se obtuvo diferencias significativas ($p < 0,05$) en ninguna variable, ya que fueron altas desde la preintervención, (Tabla 4).

Pregunta 11: actitud ante un amigo que padeciera una ITS adonde le recomendaría acudir.

En la preintervención el promedio fue de 5,41 \pm (2,62) mientras que en la posintervención fue de 6,39 \pm (2,37).



Puntuación: REGULAR en la preintervención y BUENA posterior a ésta.

Pregunta 12: actitud ante un amigo con una ITS

Antes de la intervención el promedio fue de $7,86 \pm (2,81)$ y posteriormente a esta fue de $8,34 \pm (2,15)$.

Puntuación: BUENA en ambas instancias.

Pregunta 13: consejo a un amigo para no infectarse con una ITS

Antes de la intervención se encontró un promedio de $6,76 \pm (1,67)$ mientras que en la posintervención fue de $6,67 \pm (2,35)$.

La puntuación alcanzada fue BUENA tanto en pre como en la posintervención.

Pregunta 14: consejo a un amigo que tiene relaciones sexuales con desconocidos.

El promedio de puntuación en la preintervención fue de $7,53 \pm (2,59)$ y en la posintervención fue de $8,07 \pm (2,43)$.

Se obtuvo una puntuación BUENA en ambas instancias.



TABLA N° 4

Calificación de actitudes sobre ITS y VIH-SIDA de los estudiantes del cuarto año de Derecho de la Universidad de Cuenca antes y después de la intervención.

Cuenca-2009

PREGUNTA	Preintervención	Posintervención	Valor P
	$\chi \pm (DS)$ N=80	$\chi \pm (DS)$ N=70	
11	5,41 \pm (2,62)	6,39 \pm (2,37)	0,184
12	7,86 \pm (2,81)	8,34 \pm (2,15)	0,264
13	6,76 \pm (1,67)	6,67 \pm (2,35)	0,814
14	7,53 \pm (2,59)	8,07 \pm (2,43)	0,216

Fuente: formularios de investigación

Elaboración: los autores

Variables de prácticas

Clave de calificación:

- Buena de 0 a 4 puntos.
- Regular de 5 a 6,9 puntos.
- Mala de 7 a 10 puntos.

En esta sección de preguntas sobre prácticas, las disminuciones en los promedios se relacionan con modificaciones positivas, excepto en el apartado de *si conversa con su pareja sobre las ITS, uso habitual de condón y uso de condón en sexo fortuito* donde el aumento en el puntaje refleja modificaciones positivas en las prácticas.



No se encontró diferencias significativas ($p < 0.05$) en ninguna de las variables excepto en la practica de usar el condón en el sexo fortuito, además se logró una modificación en la calificación de todas, incluso en algunas se logró pasar de calificaciones regulares a buenas.

Las prácticas en general no demostraron diferencias significativas ($p < 0,05$) aparte de lo anotado. (Ver Tabla 5).

Pregunta 17: con cuantas personas ha tenido relaciones sexuales en los últimos 2 meses.

En la preintervención se obtuvo una media de $4,96 \pm (3,2)$ y en la posintervención $4,88 \pm (2,51)$.

Se encontró una calificación de BUENA en las dos instancias.

Pregunta 18: relaciones heterosexuales, bisexuales, homosexuales.

Antes de la intervención la calificación promedio fue de $4 \pm (0)$ y luego de la intervención fué de $4 \pm (0,71)$.

En ambas instancias esta variable de prácticas alcanzó una puntuación de BUENA.

Pregunta 19: Hábito sexual (oral, anal o coito genital).



Antes de la intervención la calificación promedio fue de $5,6 \pm (5,59)$ y posterior a la misma fué de $4,85 \pm (2,15)$.

Esta variable de práctica fue REGULAR en la puntuación de la preintervención pero se logro una mejor calificación (BUENA) después de la intervención.

Pregunta 20: Padecimiento de una ITS.

El promedio de calificación en la preintervención fue de $0,29 \pm (1,68)$ y en la posintervención fue $0,16 \pm (1,2)$.

Con respecto a esta variable fue BUENA tanto en pre y posintervención.

Pregunta 21: Conversar con la pareja sobre las ITS.

El promedio fue de $4 \pm (4,39)$ en la preintervención y posteriormente fue de $3,44 \pm (4,77)$.

Puntuación: BUENA en ambas ocasiones.

Pregunta 22: Práctica de relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol.

El promedio fue de $5,71 \pm (4,98)$ en la preintervención pero en la posintervención fue de $4,57 \pm (5,02)$.



Se observaron cambios significativos ya que se logró mejorar la puntuación de REGULAR de la pre-intervención a BUENA en la posintervención.

Pregunta 23: Utilización del condón en las relaciones habituales con la pareja.

Antes de la intervención educativa se obtuvo un promedio de $5,31 \pm (1,66)$ y posterior a la misma fue de $5,55 \pm (1,7)$.

Puntuación: REGULAR en ambas instancias.

Pregunta 24: por qué no ha usado condón en relaciones sexuales habituales con su pareja.

Esta pregunta no se tomó en cuenta para la tabulación, ya que se tenía una dificultad en la concepción de “me da pena usarlo”.

Pregunta 25: sexo con personas desconocidas o poco conocidas.

El promedio de calificación fue de $5 \pm (5,05)$ en la preintervención y posteriormente fue de $4,38 \pm (5,01)$.

La puntuación fue REGULAR antes de la intervención educativa pero posterior a esta se logró una modificación positiva obteniendo una calificación de BUENA.



Pregunta 26: utilización de preservativo en relaciones fortuitas.

En la preintervención se obtuvo una media de $5,95 \pm (2,8)$ y en la posintervención fue de $4,57 \pm (2,47)$. El resultado obtenido en el PosCAPs refleja una mejor práctica, pues el mayor puntaje se relaciona con mala práctica (ver clave de calificación).

La puntuación alcanzada fue REGULAR antes de la intervención pero fue BUENA después de la misma.



TABLA N° 5

Calificación de prácticas sobre ITS y VIH-SIDA de los estudiantes del cuarto año de Derecho de la Universidad de Cuenca antes y después de la intervención.

Cuenca-2009

PREGUNTA	Preintervención	Posintervención	Valor P
	$\chi \pm (DS)$ N=80	$\chi \pm (DS)$ N=70	
17	4,96 \pm (3,2)	4,88 \pm (2,51)	0,882
18	4 \pm (0)	4 \pm (0,71)	1
19	5,6 \pm (5,59)	4,85 \pm (2,15)	0,402
20	0,29 \pm (1,68)	0,16 \pm (1,2)	0,607
21	4 \pm (4,39)	3,44 \pm (4,77)	0,478
22	5,71 \pm (4,98)	4,57 \pm (5,02)	0,208
23	5,31 \pm (1,66)	5,55 \pm (1,7)	0,532
24			
25	5 \pm (5,05)	4,38 \pm (5,01)	0,518
26	5,95 \pm (2,8)	4,57 \pm (2,47)	0,011

Fuente: formularios de investigación

Elaboración: los autores

5.6 Porcentaje de conocimientos, actitudes y prácticas antes y después de la intervención educativa.

Dentro de los conocimientos (enfermedades que conoce) sobre ITS se obtuvo un aumento de 19,26% siendo las de mayor incremento Condiloma, Tricomoniasis, Clamidiasis y Sífilis con una elevación de 24,82%, 43,93%, 39,82% y 12.32% respectivamente; habiendo en todas ellas diferencias significativas ($p < 0,05$).

En relación a las formas de contagio de las ITS se obtuvo un aumento de 3,57% en la concepción a cerca del



contagio sin penetración; en ninguna se obtuvo diferencias significativas.

Dentro de los conocimientos de los síntomas de las ITS se tuvo un incremento en dolor de vientre bajo, inflamación y secreción genital con diferencias significativas ($p < 0,05$).

En relación a los conocimientos sobre curación de las ITS en todas se incrementó con diferencias significativas ($p < 0,05$) siendo más significativas en Condiloma con 29,29%, 27,68% en Clamidiasis y 22,86% en Tricomoniasis; en la del SIDA que desde el inicio tenía un buen nivel de conocimiento no se encontró $p < 0,05$ (Tabla 6).



TABLA N° 6

Frecuencia y porcentaje de conocimientos sobre ITS y VIH-SIDA de los estudiantes del cuarto año de Derecho de la Universidad de Cuenca, antes y después de la intervención.

Cuenca-2009

CONOCIMIENTOS	Preintervención	Posintervención	Valor P
	N° (%) N=80	N° (%) N=70	
Conoce			
Condiloma	11 (13,75)	27 (38,57)	0,0001
Herpes	72 (90,00)	67 (95,71)	0,18
Sífilis	61 (76,25)	62 (88,57)	0,05
SIDA	76 (95)	69 (98,6)	0,224
Gonorrea	67 (83,8)	64 (91,4)	0,158
Tricomoniasis	14 (17,5)	43 (61,4)	0,0001
Clamidiasis	15 (17,5)	41 (58,6)	0,0001
Otras	11 (13,8)	21 (30)	0,015
Contagio			
Sin penetración	76 (95)	64 (91,4)	0,382
Con penetración	73 (91,3)	63 (90)	0,793
Transfusión sanguínea	74 (91,3)	64 (91,4)	0,969
Por madre contagiada	71 (88,8)	62 (88,8)	0,973
Beso-sudor	4 (5)	3 (4,3)	0,836
Otras	12 (15)	12 (17,1)	0,721
Síntomas			
Dolor de vientre bajo	20 (25)	64 (91,4)	0,0001
Secreción	60 (75)	63 (90)	0,06
Verrugas	57 (71,3)	64 (91,4)	0,145
Manchas en la piel	51 (63,8)	62 (88,6)	0,317
Inflamación	35 (43,8)	3 (4,3)	0,0001
Otras	13 (16,3)	12 (17,1)	0,002
Son curables			
Sífilis	54 (67,5)	63 (90)	0,001
Condiloma	28 (35)	45 (64,3)	0,0001
Blenorragia	57 (71,3)	60 (85,7)	0,033
Clamidiasis	27 (33,8)	43 (61,4)	0,001
SIDA	1 (1,3)	1 (1,4)	0,924
Tricomoniasis	24 (30)	37 (52,9)	0,004

Fuente: formularios de investigación

Elaboración: los autores



Con relación a las actitudes para afrontar una situación de ITS se encontró que la opción de ir al Hospital fue la más significativa, además un notorio descenso en la opción de acudir a un amigo, habiendo diferencias significativas en ambas.

En las actitudes ante una ITS de un amigo la única con $p < 0,05$ fue la iniciativa de recomendar acudir al médico observándose un aumento del 15,4%.

Con relación a la actitud para no infectarse se obtuvo que la elección de no tener relaciones fue la única con $p < 0,05$, teniendo un aumento de 12,9%, además se logró una disminución leve de la iniciativa de escoger bien la pareja y la utilización del condón.

Dentro de las conductas de tener sexo con desconocidos se encontró que las acciones como lavarse los genitales, ir al médico son las de mayor incremento (5,18% y 9,11%) respectivamente, pero en ninguna se obtuvo diferencias significativas.

Por último, se observó que en general las actitudes tuvieron modificaciones positivas de un 2,59%. (Tabla 7).



TABLA N° 7

**Frecuencia y porcentaje de actitudes sobre ITS y VIH-SIDA
de los estudiantes del cuarto año de Derecho de la
Universidad de Cuenca, antes y después de la
intervención.**

Cuenca-2009

ACTITUD	Preintervención N° (%) N=80	Posintervención N° (%) N=70	Valor P
Para recibir atención			
Hospital	66 (82,5)	65 (92,9)	0,057
Médico	41 (51,3)	41 (58,6)	0,369
Farmacia	8 (10)	5 (7,1)	0,535
Amigo	48 (60)	31 (44,3)	0,054
Padres	50 (62,5)	47 (67,1)	0,553
Otras	9 (11,3)	4 (5,7)	0,229
Ante una ITS de un amigo			
Alejarse	3 (3,8)	3 (4,3)	0,867
Ayudarle	60 (75)	52 (74,3)	0,92
Aprendió	2 (2,5)	2 (2,9)	0,892
Común de la edad	1 (1,3)	3 (4,3)	0,25
Ir al médico	62 (77,5)	65 (92,9)	0,009
Para no infectarse			
Adquirir conocimientos	74 (92,5)	66 (94,3)	0,662
No relaciones	8 (10)	16 (22,9)	0,032
Fidelidad	64 (80)	57 (81,4)	0,825
Escoger bien la pareja	64 (80)	55(78,6)	0,829
Condón	72 (90)	62 (88,6)	0,777
Sexo sin penetración	4 (5)	7 (10)	0,241
Sexo con desconocidos			
Protegerse con condón	74 (92,5)	65 (92,9)	0,933
Lavarse los genitales	45 (56,3)	43 (61,4)	0,521
Ir al médico	59 (73,8)	58 (82,9)	0,179
No sexo con desconocidos	62 (77,5)	55 (78,6)	0,874

Fuente: formularios de investigación

Elaboración: los autores

En la sección de preguntas sobre prácticas, las disminuciones en los porcentajes se relacionan con



modificación positiva, excepto en el apartado de si *conversa con su pareja sobre las ITS, uso habitual de condón y uso de condón en sexo fortuito* donde el aumento de porcentaje significa modificación positiva.

En relación al porcentaje de estudiantes que ya habían tenido relaciones sexuales se obtuvo que en la preintervención un 82,5% (de 80) ya se habían iniciado sexualmente, sin embargo en la posintervención este mismo hecho tenía un porcentaje de 78,6% (de 70), no se halló diferencia significativa.

En cuanto a relaciones de tipo heterosexual, homosexual y bisexual no se obtuvo significancias estadísticas.

De acuerdo a las prácticas de sexo oral, anal y genital se logró una modificación positiva, encontrándose diferencias significativas ($p < 0,05$) en las prácticas de sexo oral y genital.

No se encontró diferencia significativa en relación a haber padecido una ITS a pesar que hubo una disminución, además en ambas circunstancias se tenía porcentajes bajos.

Se observó un aumento de 8,4% en la práctica de conversar sobre las ITS con la pareja, (no hay $p < 0,05$). Igual porcentaje (8,4%) se logró en relación a mejorar la



práctica de tener sexo en estado de embriaguez (no hay $p < 0,05$).

En relación al uso habitual del condón, tener sexo con desconocidos y el uso de condón en sexo fortuito se obtuvo modificaciones positivas de 0,89%, 3,4% y 0,06% respectivamente sin encontrar diferencias significativas. (Ver Tabla)



TABLA N° 8

Frecuencia y porcentaje de prácticas sobre ITS y VIH-SIDA de los estudiantes del cuarto año de Derecho de la Universidad de Cuenca, antes y después de la intervención.

Cuenca-2009

PRACTICA	Preintervención	Posintervención	Valor p
	N° (%) N=80¹	N° (%) N=70²	
Ha tenido relaciones	66 (82,5)	55 (78,6)	0,543
Relaciones con personas	N=66¹	N=55²	
Del mismo sexo	0 (0)	1 (1,83)	0,271
Del sexo contrario	64 (96,97)	52 (94,54)	0,505
Ambos sexos	2 (3,039)	2 (3,63)	0,853
Tipo de sexo			
Oral	33 (50)	17 (30,9)	0,034
Anal	14 (21,2)	8 (14,5)	0,344
Coito genital	62 (92,5)	54 (98,2)	0,039
A padecido una ITS	3 (3,8)	2 (2,9)	0,761
Conversa con su pareja	45 (56,3)	45 (64,3)	0,316
Sexo en embriaguez	43 (53,8)	32 (45,7)	0,326
Uso habitual del condón			
Siempre	27 (41,5)	21 (38,2)	
Ocasionalmente	29 (44,6)	24 (43,6)	0,8
Nunca	9 (13,8)	10 (18,2)	
Sexo con desconocidos	31 (47)	25 (45,5)	0,868
Condón en sexo fortuito			
Siempre	29 (50,9)	31 (62)	
Ocasionalmente	13 (22,8)	12 (24)	0,277
Nunca	15 (26,3)	7 (14)	

* y ** representan los números totales de los estudiantes a los que se realizó las encuestas.

¹ y ² representan solo los estudiantes que habían respondido si haber tenido relaciones sexuales.

Fuente: formularios de investigación

Elaboración: los autores

5.7 Escala de Autoeficacia sobre el nivel de seguridad para la prevención de ITS y VIH-SIDA.

En estas variables dentro de cada una de las preguntas que tienen, se tomó en cuenta las respuestas positivas



(Seguridad), tanto de promedio de proporciones (Tabla 9) y de porcentajes de cada una de las subescalas A, B y C (Tablas 10, 11 y 12). Se tomó en cuenta las de mayor seguridad; es decir muy seguro y totalmente seguro.

5.7.1 Prueba T de Student para muestras relacionadas

Se encontró diferencias significativas ($p < 0,05$) en todas las subescalas.

Subescala A: se refiere al nivel de seguridad de decir no a las relaciones sexuales en diferentes circunstancias.

En la preintervención se obtuvo un promedio de $6,07 \pm (3,56)$ mientras que en la post-intervención fue de $7,74 \pm (3,75)$.

Subescala B: hace referencia a la seguridad de preguntar al novio/a sobre relaciones sexuales anteriores, uso de drogas, experiencia homosexual y discutir sobre el SIDA.

Antes de las intervenciones el promedio fue de $3,03 \pm (1,19)$ y en las post-intervenciones fue de $3,44 \pm (1,18)$.

Subescala C: valora el nivel de seguridad en relación al uso del preservativo, fidelidad con la pareja, abstinencia sexual, confianza con los padres.



El promedio antes de las intervenciones fue de $7,09 \pm (3,65)$ pero posteriormente a estas fue de $8,96 \pm (2,97)$.



TABLA N° 9

Autoeficacia de los estudiantes del cuarto año de Derecho de la Universidad de Cuenca medida por el nivel de seguridad de escalas, antes y después de la intervención.

Cuenca-2009

SEGURIDAD	Preintervención	Posintervención	Valor P
	$\chi \pm (DS)$ N=80	$\chi \pm (DS)$ N=70	
Subescala A	6,07 \pm (3,56)	7,74 \pm (3,75)	0,01
Subescala B	3,03 \pm (1,19)	3,44 \pm (1,18)	0,023
Subescala C	7,09 \pm (3,65)	8,96 \pm (2,97)	0,0001

Fuente: formularios de investigación

Elaboración: los autores

5.7.2 Porcentajes de la Escala de Autoeficacia sobre el nivel de seguridad para la prevención de ITS y VIH-SIDA, antes y después de la intervención

En la **Subescala A** ¿Qué tan seguro/a está de ser capaz de decir no, cuando le proponen tener relaciones sexuales? Se obtuvo diferencias significativas ($p < 0,05$) en las preguntas: A4 alguien a quien ha tratado con anterioridad, A6 alguien con quien ya ha tenido relaciones sexuales, A7 alguien a quien necesita que se enamore de ti, A8 alguien que lo presiona a tener relaciones sexuales, A9 alguien con quien ha estado bebiendo alcohol, A10 alguien con quien ha estado utilizando drogas, A11 alguien y su nivel de excitación sexual es muy alto. (Ver Tabla 10).



TABLA N° 10

Autoeficacia de los estudiantes del cuarto año de Derecho de la Universidad de Cuenca medida por el nivel de seguridad de escalas, antes y después de la intervención.

Cuenca-2009

PREGUNTA	Preintervención		Posintervención		Valor P
	N°	%	N°	%	
A1	42	52,5	47	67,14	0,69
A2	44	55	50	71,43	0,38
A3	53	66,25	54	77,14	0,141
A4	36	45	45	64,29	0,018
A5	42	52,5	45	64,29	0,137
A6	0	0	1	1,43	0,036
A7	43	53,75	49	70,00	0,041
A8	48	60	53	75,71	0,05
A9	40	50	51	72,86	0,004
A10	58	72,5	61	87,14	0,027
A11	35	43,75	47	67,14	0,004

Fuente: formularios de investigación

Elaboración: los autores

En la **Subescala B** ¿Qué tan seguro está de ser capaz de preguntar a su novio/a? Se encontró que en las preguntas B3 (preguntar sobre relaciones sexuales en el pasado) y B4 (preguntar a cerca de una experiencia homosexual) obtuvieron diferencias significativas ($p < 0,05$) entre pre y posintervención. (Tabla 11).



TABLA N° 11
Autoeficacia de los estudiantes del cuarto año de Derecho de la Universidad de Cuenca medida por el nivel de seguridad de escalas, antes y después de la intervención.

Cuenca-2009

PREGUNTA	Preintervención		Posintervención		Valor P
	N°	%	N°	%	
B1	65	81,25	59	84,29	0,624
B2	69	86,25	64	91,43	0,318
B3	56	70	60	85,71	0,022
B4	50	62,5	58	82,86	0,008

Fuente: formularios de investigación

Elaboración: los autores

En la **Subescala C** se pregunta sobre qué tan seguro/a está de ser capaz del uso frecuente y correcto del condón, monogamia y plática con los padres a cerca de sexualidad; los resultados demostraron que se encontró diferencias significativas ($p < 0,05$) en las preguntas C1, C3, C6, C7, C8, C9, C10, C11 que corresponden respectivamente a: usar el condón cada vez que tenga relaciones sexuales, usar el condón durante el acto sexual después de haber estado bebiendo alcohol, negarse a tener relaciones sexuales si su pareja no acepta usar el condón, contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones, acudir a la tienda a comprar condones hasta contraer matrimonio, mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida, platicar con su papá sobre temas sexuales, platicar con su mamá sobre temas sexuales. (Ver Tabla 12).



TABLA N° 12

Autoeficacia de los estudiantes del cuarto año de Derecho de la Universidad de Cuenca medida por el nivel de seguridad de escalas, antes y después de la intervención. Cuenca-2009

PREGUNTA	Preintervención		Posintervención		Valor P
	N°	%	N°	%	
	N°=80		N°=70		
C1	51	63,75	55	78,57	0,047
C2	63	78,75	61	87,14	0,176
C3	48	60	51	72,86	0,097
C4	49	61,25	50	71,43	0,225
C5	53	66,25	52	74,29	0,284
C6	43	53,75	50	71,43	0,033
C7	54	67,5	59	84,29	0,017
C8	57	71,25	61	87,14	0,018
C9	33	41,25	49	70,00	0,0001
C10	35	43,75	45	64,29	0,012
C11	30	37,5	43	61,43	0,003

Fuente: formularios de investigación

Elaboración: los autores



CAPITULO VI

6. DISCUSIÓN

Aunque los resultados que encontramos en nuestra investigación son comparables a los encontrados en otros países es necesario enfrentar los problemas en relación a salud sexual y reproductiva en los diferentes escenarios políticos sociales en los que nos desenvolvemos actualmente los jóvenes. En un mundo globalizado indiscutiblemente los comportamientos que adoptemos serán el resultado de la imposición de las costumbres del primer mundo que revelan en su mayoría sociedades en decadencia en las que ocupa un lugar preponderante, el consumismo.

Entonces, en comparación con otros estudios a nivel Latinoamericano tenemos:

En este estudio no se encontró diferencia significativa de género al comparar la población femenina con la masculina, el 53,75% fueron varones y el 46,25% fueron mujeres.

La media de edad de inicio de las relaciones sexuales en este estudio fue de $16,91 \pm (2,11)$ años. Al comparar la edad media de inicio de vida sexual encontramos lo



siguiente con respeto a América Latina: en el estudio realizado por *López N. (Bucaramanga-Colombia)* a 500 jóvenes en edades entre 15 a 22 años el promedio es de $15,7 \pm 2,2$ DS, el promedio en las mujeres es de aproximadamente $17 \pm 1,9$ DS años, en tanto que para los hombres es de aproximadamente 15 años, con desviación estándar de 2,2 años (49); en el estudio de *Ruiz A. et. al. (Chile)* en 1106 universitarios se encontró que la edad de inicio, tanto para hombres como para mujeres fue alrededor de los 17-18 años (50); según *Hernández J. et. al. (La Habana-Cuba)* en estudiantes universitarios la primera relación sexual fue en edades de 15 años o menos, (51); en un estudio realizado en 425 jóvenes de edades entre 14 y 25 años la edad de inicio de vida sexual en varones es en edades menores 14 años, mientras que las mujeres inician su vida sexual un año después, según *González F. (Cundinamarca-Colombia)* (52); en un estudio realizado por *Freire E. (Cuenca-Ecuador)* a 189 conscriptos, la edad de inicio de las relaciones sexuales fue de $14,9 \pm 1,5$ (53); la media de iniciación es de 14,9 años con una desviación estándar de 1,5 años en una muestra de 420 varones en edades entre 15 y 19 años, según *Necchi S. y Schufer M. (Buenos Aires-Argentina)* (54); en otro estudio realizado por *Alcarraz C. et. al. (Perú)* en estudiantes universitarios la edad de la primera relación sexual, esta en una media de



17,48 años (55); así mismo en el estudio realizado en 117 internos por *Cortés A. et. al. (La Habana-Cuba)* la media de la edad de inicio es marcadamente menor; 12,08 y 13,19 para el sexo masculino y femenino respectivamente (56).

En la población estudiada se encontró que, en relación a la media de número de parejas en los 2 últimos meses fue de $1,82 \pm (2,24)$ en la preintervención y en la posintervención fue de $1,8 \pm (1,61)$ notándose una mínima disminución; *López N. (Bucaramanga-Colombia)* (49), encontró que en las mujeres el promedio de parejas sexuales durante toda la vida fue de 2,2 con una desviación estándar de 2,1 mientras que para los hombres el promedio fue 6,5 parejas sexuales en la vida, con desviación estándar de seis; en tanto que, la mayoría (tres cuartas partes) había tenido hasta tres parejas sexuales según el estudio de *Ruiz A. et. al. (Chile)* (50); datos similares se encuentra en el estudio de *Hernández J. et. al. (La Habana-Cuba)* (51); según el estudio de *Freire E. (Cuenca-Ecuador)* (53) la media de número de parejas sexuales en los últimos 12 meses para los conscriptos del grupo intervenido fue de 4.7 ± 7 ; mientras que en el estudio realizado en 116 estudiantes secundarios por *Manrique D. et. al. (Huánuco-Perú)* nueve de cada diez varones refirieron haber tenido relaciones sexuales en los últimos tres meses, en comparación con



las mujeres que refirieron que 4 de cada 10 habían tenido relaciones sexuales en los últimos tres meses (57); en el estudio de *Cutié J. (La Habana-Cuba)* realizado en 612 jóvenes, se encuentra que las mujeres que comenzaron sus relaciones antes de los 17 años han tenido en promedio 4 parejas sexuales mientras que las que comenzaron después de esta edad era significativamente menor, en el sexo masculino encontró casi de forma general menos parejas sexuales (58); en un estudio realizado por *Cabada M. et. al. (El Cuzco-Perú)* en una población de jóvenes que tienen relaciones sexuales con extranjeros (“Bricheros”) el promedio de compañeros sexuales en los últimos 3 meses fue 3,0 ($\pm 2,7$) relativamente alto considerándose esto como un factor de alto riesgo para el contagio de ITS y VIH (59).

La educación sexual debe comenzar desde etapas tempranas de la vida. Sobre ello *Kurt Bach (La Habana-Cuba)* (60) expresaba su importancia, y citó: "El objetivo de la educación sexual es dotar de conocimientos necesarios sobre la propia sexualidad y las características del otro sexo"... y... "Es importante la capacitación de los niños y adolescentes, a fin de que más tarde preparen a sus propios hijos para el encuentro con otro sexo, mediante el ejemplo y una buena educación general y específica".



En relación a los conocimientos del SIDA la población del presente estudio tuvo un 95% de conocimiento previo a las encuestas y un 98,6% posteriormente a estas; en un estudio en *Bucaramanga-Colombia* (49) se encuentra que el 98% de los encuestados identificaban al SIDA; en un estudio realizado en *Cundinamarca-Colombia* (52) fue de 51.8%; *Velásquez A. (Lima-Perú)* (61) en su estudio realizado en 454 adolescentes encontró que tuvieron 3 veces más probabilidad de conocer el VIH y 6 veces más de conocer el sida luego de las intervenciones; según *Freire E.* (53) se data un 76.1% , antes y 95.8% después de las intervenciones; el conocimiento del VIH/SIDA es de 99.4% en las mujeres entre 15 a 44 años de edad según el informe final de 2004 de la encuesta nacional realizada en 7321 mujeres en *Paraguay* (62); así mismo en un estudio realizado por *García T. et. al. (Camagüey-Cuba)* (63) en 40 adolescentes se encuentra datos similares a estos, 80% y 100% respectivamente para pre y posintervención.

Los conocimientos sobre Gonorrea en el presente estudio se encontraron en 83,8% y 91,4% respectivamente para las pre y posintervención; *López N.* (49) encontró datos similares (93%) en su estudio; *González F.* (52) e su estudio obtuvo que el 9,6% reconocían esta entidad; *Velásquez A.* (53) obtuvo un incremento para Gonorrea de



26% entre antes y después de las intervenciones; en el estudio de *Freire E.* (54) los conocimientos sobre Gonorrea fueron de 72,4% antes de las intervenciones y de 96,5% posteriormente a las mismas; en el informe del 2004 en *Paraguay* se registró que el 73,4% tienen conocimiento a cerca de la Gonorrea. (56).

La Sífilis fue una entidad con alto porcentaje de reconocimiento en el presente estudio, teniendo cifras de 76,25% y 88,57% para antes y después de las intervenciones respectivamente; en el estudio de *López N.* el 80% tenía conocimiento de esta enfermedad (49); *González F* en su trabajo indica que apenas el 12,1% sabían de esta ITS (52); en el estudio de *Velásquez A.* se notó un incremento de 24% entre las pre y la posintervención (53); *Freire E* (54) encontró que el 41.7% de los militares conocía esta entidad antes de las intervenciones y después de las mismas sube a 90.2%; un porcentaje de 76.8 por ciento fue lo que se obtuvo en el estudio realizado en mujeres de *Paraguay* (62); en el estudio de *García T.* (63) la Sífilis tenía un 75,5% de reconocimiento el que posterior a las intervenciones fue de 100%; *Pérez J. (Baraguá-Cuba)* (64) indica que el 24,7% de 117 sancionados militares (reclusos) reconoce al chancro genital como signo típico de la sífilis, luego en la posintervención fue de 96,5%.



En lo referente a Clamidiasis en el presente estudio el 17,5% en la preintervención y el 58,6% en la posintervención la reconocían como ITS; así mismo en un estudio realizado por *Velásquez A.* un 2% antes de las intervenciones y un 24% posterior a estas sabían de Clamidiasis (61); en el informe de *Paraguay* del 2004 esta era conocida por menos del 10% de las encuestadas (62).

Los conocimientos a cerca de Condiloma en este estudio fue de 13,75% antes de las intervenciones y de 38,57% después de las mismas; en el estudio realizado por *Freire E* (53) las cifras fueron de 3,7% y 81,1% en la pre y posintervención respectivamente; menos del 10% de las encuestadas reconocen a esta entidad como ITS según el informe final del 2004 de *Paraguay* (62); el 29,9 % reconoció al Condiloma dentro de este grupo, previo a las intervenciones para luego de estas tener un porcentaje de 93,1% en el estudio de *Pérez J.* (64).

La Tricomoniasis tuvo un porcentaje de 17,5% en la preintervención y posteriormente a esta fue de 61,4% en el presente estudio; *Freire E* (53) encontró que los conocimientos a cerca de esta ITS antes de la intervención fue de 5,2% y después de la intervención subió a 67,8%; en el estudio de *García T.* cifras de 12,5% y el 100% se encontraron en la pre y posintervención respectivamente



(63); en el informe final de Paraguay del año 2004 menos de 10% de las encuestadas tenían conocimientos acerca de esta enfermedad (62).

El Herpes genital en este estudio tuvo un porcentaje de 90% antes de la intervención y 95,71% después de la misma; en el estudio de *González F.* el conocimiento acerca de esta ITS es solo de 12.2% (52); *Velásquez A.* indica un incremento del 21% posterior a la aplicación de la intervención educativa (61); datos mas o menos similares se encontró en el estudio de *Freire E* siendo de 34.3% antes de la intervención y luego de la misma subió a 93% (53).

Dentro de las situaciones de riesgo para infectarse, en el presente estudio se encontró que el sexo con penetración disminuyó en un 1,3% para la posintervención, en transfusión sanguínea aumentó de 91,3% a 91,4%, la transmisión por madre contagiada se mantuvo en el mismo porcentaje, la concepción de contagio beso-sudor disminuyó en un 0,7 %; en su estudio *López N.* indica que el 4% identificó la sangre como medio de transmisión de la enfermedad, 91% sabe que se transmite por relaciones sexuales genitales y 90% sabe que se transmite de madre a hijo en el embarazo, además el 73% de supo identificar penetración anal y sexo oral como prácticas de riesgo para infectarse por el VIH (49); en el estudio de *Gonzales F.* se



obtuvo que las ITS más conocidas pueden adquirirse por tener relaciones sexuales sin condón según el 84.1% de los encuestados (52); *Freire E.* encontró que el 37.5% tenía la idea errónea de transmisión por el beso o sudor luego de la intervención descendió a 30%, el 79.3% reconocía como vía de transmisión las transfusiones sanguíneas antes de la intervención, el porcentaje subió a 97.2% (53); el 77,7% de los encuestados manifestaron tener conocimientos para las vías de transmisión, y el 72,7% tenían el conocimiento de que todas las conductas sexuales estaban expuestas al riesgo de contraer la enfermedad (56); así mismo en el estudio de *Velásquez A.* un 23% más de adolescentes conocieron que las relaciones sexuales orales también pueden ser formas de transmisión del VIH y que se transmite también por tener relaciones sexuales anales (18% más) (61); en el estudio realizado por *García T.* se obtuvieron aseveraciones erradas como andar descalzado y bañarse durante la menstruación como situaciones en las que se puede contraer una ITS y una aseveración correcta como tener más de un compañero sexual era una situación de riesgo (63); la gran mayoría de los encuestados refirieron primariamente el contacto sexual y la vía sanguínea como formas de transmisión del SIDA, según *Pérez J.* (64).



En relación a las manifestaciones físicas, el dolor de vientre bajo tuvo un aumento de 66,4%, en la manifestación de secreción genital se encontró que antes de las intervenciones era de 75% y luego de las mismas fue de 90%, en el signo de inflamación se encontró un descenso de 39,5%; en el estudio de *Velásquez A.*, la picazón en los genitales y presencia de pus tuvieron aumentos de 16% y 18% respectivamente. (61).

En cuanto al conocimiento de la curación de las ITS se observó que el nivel de conocimiento en Sífilis aumentó un 22,5%, en Condiloma el aumento fue de 29,3%, en Blenorragia incrementó 14,4%, en Clamidiasis el nivel de conocimiento ascendió desde 3,8% a 61,4%, en SIDA fue de 1,3 a 1,4.y por último en Tricomoniasis se encontró un aumento desde 30% a 52,9%; *Freire E.* encontró que se eleva a expensas de la Sífilis, Gonorrea, Clamidiasis, Condiloma y Tricomoniasis (53); en el informe final del 2004 de Paraguay el 6,2% del total de las mujeres en edad fértil creía que existe curación para el SIDA (62).

Las actitudes en este estudio mejoran en relación a la conducta para recibir atención acudir al hospital tuvo una mejoría de 10,4% y la opción de preguntar a un amigo (mala conducta) mostró una disminución de 15,7%; en el estudio de *Freire E.* (53) teniendo en cuenta que acudir a la



farmacia es una actitud negativa antes de la intervención se encontró la cifra de 44.9% y luego de la intervención desciende esta actitud al 18.1%.

En relación a la actitud ante un amigo con una ITS alejarse (actitud negativa) se mantuvo el mismo numero de casos (3) tanto en la pre como en la posintervención, la opción de ayudarlo disminuyo en un 0,7% pero se evidencio un incremento de 15,4% en la conducta de ir al médico; *López N.* en su estudio indica que el 73% de los jóvenes opinan que están en desacuerdo con aislar las personas que padecen SIDA y 26% están de acuerdo con ello, pero el 99% estuvo de acuerdo con que deberían apoyarlo si fuera el/la mejor amigo/a (49); *Freire E.* encontró cifras de 28.5% antes de la intervención y luego de la misma desciende a 13.7%, y la opción de ayudar a curarse el 82.0% antes de la intervención mientras que luego de la intervención correspondió al 95.8% (53); según el estudio *Manrique D.* el rechazo sufre una variación favorable de 33% a 73% respectivamente (57).

En cuanto medidas de prevención en el presente estudio mejoraron de 10% a 22,9% para no relaciones, para fidelidad desde 80% a 81,4% y uso de condón de 90% a 88,6%; *López N.* en su estudio para la prevención del SIDA indicaron tener pareja sexual única y usar condón, 84% y



78% respectivamente y respecto al uso del condón el 85% (49); en el estudio de *Gonzales F.* un 70.8% indica que la manera de prevenirlos es conociendo la historia sexual de su pareja o teniendo un compañero sexual estable (52); la fidelidad con un 66.6% antes de la intervención y 95.1% luego de la misma fue la más acertada como medida preventiva en el estudio de *Freire E.*, y en relación al uso de condón se encontró que antes de la intervención el 79.3% recomendaba y posterior a la intervención ascendió a 95.8% (53); *Manrique D.* encontró una mejoría de 35% en cuanto a los conocimientos sobre el uso del condón como medida preventiva (57); *Velásquez A.* obtuvo diferencias de 11% para la abstinencia sexual, 27% en el retraso del inicio de las relaciones sexuales y evitando compartir objetos personales 11%, entre antes y después de intervenciones educativas (61).

En el presente estudio las actitudes frente a tener sexo con desconocidos las conductas de protegerse con condón y no hacerlo obtuvieron aumentos de 0,4 y 3,1% respectivamente.

En relación a las prácticas en el presente estudio se obtuvo que en el tipo de relación de las 0 personas que tenían relaciones homosexuales antes de la intervención 1 lo hacía después de las mismas, las relaciones



heterosexuales disminuyeron en un 1,43% así mismo las personas que tenían relaciones bisexuales fueron de 2 casos en ambas instancias, el sexo oral disminuyó en un 19,1%, el sexo anal en un 6,7% y el coito genital aumentó de 92,5% a 98,2%; en el estudio de *López N.* el 24% de los jóvenes afirmaron practicar relaciones anales y el 69% sexo oral (49); *Gonzales F.* en su estudio encontró que las preferencias sexuales estaban en cifras de 66,8% (heterosexual), homosexual masculina (16,6%), femenina (10%) y por último la conducta de tipo bisexual (6,6%) (52); según el estudio de *Alcarraz C.* sólo uno manifestó haber tenido relaciones heterosexuales y homosexuales (55); la práctica de sexo oro genital en el estudio de *Cortés A.* fue de 46,4% (56); en el estudio de *Cabada M.* el 86,2% de los “Bricheros” entrevistados se identificó como heterosexual, 9,4% como bisexual y 4,4% como homosexual (59); el estudio de *Velásquez A.* indica que el 22% de adolescentes refirió haber tenido relaciones coitales (61).

El uso de condón no se logró aumentar la frecuencia de uso de forma habitual pero si en el sexo fortuito; en el estudio de *López N.* el 31% de los individuos siempre usa condón y/o exige que su pareja sexual lo utilice, en tanto que 21% nunca lo utiliza (49); según el estudio de *Manrique D.* se logró un aumento de 57% en varones y de 76% en



mujeres; el 64,5% lo uso en su última relación, 33% no lo hicieron y 2,5% refirieron no recordarlo (55); en el estudio de *Alcarraz C.; Cabada M.* indica que el 37,6% reportó usar preservativo en todas sus relaciones sexuales y 16,4% nunca lo usa (59); el 31% de mujeres y 38% de varones afirmaron que los usan en todas las relaciones sexuales según el estudio de *Velásquez A.* (61); en el informe final de *Paraguay* del 2004 el 79,6% utilizaría condón si la persona con quien va a tener relaciones sexuales lo pidiese, lo han usado en alguna ocasión 91,9% y nunca han usado 70,2 por ciento (62).

En practicas varias en el presente estudio se encontró que en sexo en embriaguez hubo una disminución de 8,1%, en relación a que si conversa con su pareja aumentó un 8%, en cuanto padecimiento de una ITS se obtuvo un descenso de 0,95 y por ultimo en relación a que si tiene sexo con desconocidos la disminución fue de 31 a 25 casos; en el estudio de *López N.* el 4% ha tenido relaciones sexuales bajo efecto de drogas y 41% de individuos las ha tenido bajo efecto del alcohol y un 12% aceptó haber tenido relaciones sexuales con desconocidos (49); por otro lado en el estudio de *Ruiz A.* el 1% había tenido alguna enfermedad de transmisión sexual en la vida (50); *Hernández J.* en su estudio indica que el 96,6 % declaró no



haber contraído ITS (51); en otro estudio, realizado por *Alcarraz C.* un 44% de los que han tenido relaciones sexuales han estado al menos una vez bajo los efectos del alcohol (55); *Manrique D.* indica cifras que con las intervenciones obtuvo mejorías de 37% y 22% para varones y mujeres respectivamente en las practicas relaciones sexuales bajo efectos del alcohol o drogas (57); según el estudio de *Cabada M.* el 69,3% de los participantes admitieron consumir bebidas alcohólicas previas a la actividad sexual, mientras que 30,3% usan drogas (59); en el informe final de Paraguay del 2004 se encontró que el 34 por ciento respondió haber tenido alguna ITS alguna vez en su vida (62); por ultimo *Pérez J.* indica que el 23 % de los encuestados presentaron una ITS alguna vez en su vida (64).

En la Subescala A (¿Qué tan seguro/a está de ser capaz de decir no, cuando le proponen tener relaciones sexuales?) el 52,5% estaban seguros de hacerlo en la preintervención obteniéndose un aumento de 17,5% para la posintervención. En la Subescala B (¿Qué tan seguro está de ser capaz de preguntar a cerca de consumo de drogas y vida sexual pasada de su novio/a?) se obtuvo el 75% de respuestas positivas (seguridad) en la pre-intervención, observándose una mejoría de 10,71% en la seguridad de



ser capaz de hacerlo. Mientras que en la pregunta sobre qué tan seguro/a está de ser capaz del uso frecuente y correcto del condón, monogamia y plática con los padres acerca de sexualidad (Subescala C) un 58,75% en la preintervención estaba seguro y un 74,29% lo estaba en la post-intervención, al fin la mejoría en esta variable fue de 15,54%; la escala de Autoeficacia aplicada demostró que el grupo intervenido mejoró la percepción para las subescalas A, B y C de la escala de de prevención de ITS y VIH/SIDA con mayor nivel de seguridad para la percepción del uso del preservativo, confianza con los padres y fidelidad; por lo tanto los conscriptos se mostraron más autoeficaces luego de la intervención educativa (53).



CAPÍTULO VII

7 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 Conclusiones

- La intervención educativa elevó los conocimientos mejoró las actitudes y prácticas y la seguridad de autoeficacia ante las ITS y VIH/SIDA.
- En la evaluación del nivel de los conocimientos, actitudes, practicas y autoeficacia se evidenció un buen nivel antes de las intervenciones.
- Los conocimientos tuvieron la mejoría más significativa en comparación a las actitudes y practicas.
- La actitud de acudir al medico se vio muy incrementada para después de la intervención, sin embargo las demás actitudes fueron mas difíciles de cambiar.
- Las prácticas no tuvieron una mejoría muy notoria, no así el fortalecimiento de la autoeficacia que si lo tuvo.
- Las intervenciones educativas tuvieron buena acogida por el interés y el impacto que tienen en los jóvenes los temas sobre educación sexual.



7.2 Recomendaciones

- Es necesario introducir al pensum académico en las diferentes Escuelas y Facultades de nuestra Universidad un módulo educativo sobre ITS, VIH/SIDA y salud reproductiva para promover cambios positivos y así prevenir conductas sexuales de riesgo.
- La repercusión que tiene en los jóvenes la aplicación de sesiones educativas para promover cambios en los Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre ITS y VIH/SIDA justifican estudios como este.



CAPITULO VIII

8 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Las estadísticas del SIDA y VIH en el mundo. 2008
Disponible en: <http://www.avert.org/estadisticas-sida.htm>
2. 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
3. Hoja de Datos de Resistencia Bacteriana para
Enfermeras. © 2005 The United States Pharmacopeia
Convention, Inc. All Rights Reserved. Disponible en:
<http://www.usp.org/pdf/EN/dqi/icnamrFactSheetSpanish.pdf>
4. Juventud rebelde. CNP ITS/VIH/sida, MINSAP, ONU
SIDA. grupos vulnerables 27 de noviembre de 2009.
Disponible en:
<http://www.sld.cu/servicios/sida/temas.php?idv=925>



5. Merck Sharp & Dohme de España-Madrid, S.A. manual de Merk. Disponible en:
http://www.msd.es/publicaciones/mmerck_hogar/seccion_17/seccion_17_189.html

6. ONUSIDA punto de vista: informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2008 Disponible en:
http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp

7. Datos Mundiales Del Sida. ONUSIDA/07.27S / JC1322S (versión española, diciembre de 2007) Versión original inglesa, UNAIDS/07.27E JC1322E, diciembre de 2007: AIDS Epidemic Update: December 2007. Disponible en:
http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007_epiupdate_es.pdf

8. Ministerio De Salud Publica, Programa Nacional de Control y Prevención de VIH/SIDA e ITS. Situación de la Epidemia de VIH/SIDA en el Ecuador Periodo 2002-2008 Notificaciones de casos VIH-Sida y muertes relacionadas por SIDA. Disponible en:
http://www.aebe.com.ec/data/files/noticias/Noticias2008/informe_dia_mundial_sida.pdf



9. Fuare D, et al. La Incidencia de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en los Adolescentes. Del 3 al 9 de diciembre de 2009 Salud. Publicado en No.429. Publicado: 19/3/2009. Disponible en:
<http://www.mujeres.cubaweb.cu/articulo.asp?a=2009&nun=429&art=32>
10. López C, Irala J. Prevención de las enfermedades de transmisión sexual. Medicina preventiva y salud publica. Universidad de Navarra. 28 Octubre de 2009. Disponible en:
<http://www.cun.es/areadesalud/enfermedades/infecciones/prevencion-de-las-enfermedades-de-transmision-sexual/>
11. Gómez C. Infecciones De Transmisión Sexual, Puerta de Entrada al Sida, Advierte Experto De La OPS. Disponible en:
<http://www.jornada.unam.mx/2005/01/05/041n1soc.php>
12. La prevalencia mundial del VIH se ha estabilizado 20 de noviembre de 2007. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr61/es/index.htm>
13. América Latina situación de la epidemia de sida resumen regional. ONUSIDA/08.12S / JC1530S



(versión española, abril de 2008. Versión original inglesa, UNAIDS/08.12E JC1530E, marzo de 2008.

Disponible en:

http://whqlibdoc.who.int/unaid/2008/9789291736713_spa.pdf

- 14.** Chang C, Torres E, Velasco C, Cañizares R, Laspina C, Narvárez E, Rojas ME. Declaración de compromiso sobre VIH-SIDA, UNGASS. Informe del gobierno del Ecuador relativo al periodo 2006-2007. Ecuador 2008.

Disponible en:

http://data.unaids.org/pub/Report/2008/ecuador_2008_country_porgress_report_es.pdf

- 15.** Aguilar E. Epidemiología - MSP. Número de casos y tasas de incidencia anual de gonorrea según provincias y regiones - Ecuador 1998 – 2007. Disponible en:

<http://www.msp.gov.ec/images/gonorrea.pdf>

- 16.** Aguilar E. Epidemiología - MSP. Número de casos y tasas de incidencia anual de herpes genital según provincias y regiones - Ecuador 1998 – 2007.

Disponible en:

<http://www.msp.gov.ec/images/herpes%20genital.pdf>



- 17.** Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual.2005. Disponible en:
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9243546260.pdf>
- 18.** Patiño J. Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). Disponible en:
<http://www.medicosecuador.com/espanol/articulos/391.htm>
- 19.** Guaymás R. ¿Qué son las Enfermedades de Transmisión Sexual? Disponible en:
<http://www.slideshare.net/oriybelu/las-ets>
- 20.** Infección Genital por VPH. Fuente: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Disponible en:
<http://www.cdc.gov/>
- 21.** Presilla V. Las enfermedades de transmisión sexual: Capítulo 5: Gonorrea en el hombre (Causas y Factores de riesgo) Fecha publicación: 10/06/2005. Disponible:
<http://www.mailxmail.com/curso-enfermedades-transmision-sexual/gonorrea-hombre-causas-factores-riesgo>



22. Vargas R. Infecciones de Transmisión Sexual y Adolescentes. La Libertad, Perú. Disponible en:
<http://www.slideshare.net/consultoriauniversidad/infecciones-de-transmision-sexual-y-adolescentes>
- 23 Roca R. Uretritis del varón Última versión: 2008-15- 03. Disponible en:
<http://www.netdoctor.es/XML/verArticuloMenu.jsp?XML=000295>
24. ITS síntomas y consecuencias. 2005. Disponible en:
<http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=20040628161707>
25. Hernández M, et al. Manejo Del Síndrome Del Flujo Vaginal. Código ISPN de la Publicación: 10 de February de 2006. Disponible en:
<http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEFAyEAVykVQfgYuSm.php>
26. Pereyra A. Gonorrea. sexología y enfermedades de transmisión sexual. 23 de Mayo de 2009. Disponible en:
<http://doctor-alberto.blogspot.com/2009/05/gonorrea.html>.



27. Holmes K, Mardh P, Sparling P et al (eds). Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Sífilis. 2 de Marzo 2009. Sexually Transmitted Diseases, 3rd Edition. Disponible en:
<http://www.cdc.gov/STD/spanish/STDFact-Syphilis-s.htm>
28. Weinstock H, Berman S, Cates W. K. Holmes, P. Markh, P. Sparling. Tricomoniasis. Enfermedades de transmisión sexual. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades 21 de mayo de 2009. 3rd Edition. Disponible en:
<http://www.cdc.gov/std/spanish/STDFact-Trichomoniasis-s.htm>
29. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)/El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Diciembre de 2007. Disponible en:
http://www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/peds_infectious_sp/aidshiv.cfm
30. Gobierno de España. Ministerio de Educación. ¿Qué pasaría si las células que nos defienden fuesen destruidas?: El SIDA. Proyecto Biosfera. Disponible en:
<http://recursos.cnice.mec.es/biosfera/alumno/3ESO/salud/contenido13.htm>)



31. Fransi L VIH. SIDA. Centro - SERGAS - Vigo – España.
Guías Clínicas 2008; 8 (26) 27/10/2008. Disponible en:
<http://www.fisterra.com/guias2/vih.asp>
32. 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>
33. Muhammad A. Corroboración Tratamiento de la Sistémica en HIV. Centro médico docente adaptógeno. Hospital Venezolano. 2008. Disponible en:
http://www.adaptogeno.com/art_opinion/art257.asp
34. Equipo medica. Sida; signos y síntomas. Redacción: Noviembre 2009. Disponible en:
http://www.tuotromedico.com/temas/sida_sintomas.htm
35. Equipo medica. SIDA; diagnóstico y tratamiento. Redacción: Noviembre 2009. Disponible en:
http://www.tuotromedico.com/temas/sida_diagnostico.htm
36. Tango I. Comportamiento sexual seguro 5/12/2008.
Disponible en:



<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001949.htm>

37. Cruz Roja Bizkaia. Usar preservativos, SIDA. 1.998. Disponible en:

http://www.ctv.es/USERS/fpardo/crb_cdon.htm#v2

38. Castro JC. Enfermedades de transmisión sexual. 23 de junio de 2008. Disponible en:

<http://yosequesonlasets.blogspot.com/2008/06/enfermedades-de-transmision-sexual.html>

39. Garrido JL. Teorías del aprendizaje, actividades de evaluación. Disponible en:

<http://www.uco.es/grupos/ecoagra/juanluis/aprend.htm>

40. Foros Universia. Comunidades para aprendizaje. Disponible en:

<http://foros.universia.edu.ve/comunidades-de-aprendizaje-t19032.html>

41. 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

42. Rojas N. Teoría Social Cognitiva. Viernes 26 de octubre de 2007. Disponible en:



<http://bandurarrhh.blogspot.com/2007/10/del-conductismo-al-cognitivismo.html>

43. Tarú radionovela. Red de la iniciativa de la comunicación. Disponible en:

<http://www.comminit.com/es/node/31800>

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

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

45. Soto C, González Y, Ávila P. La importancia de explorar variables psicológicas de estudiantes en la educación a distancia. Disponible en:

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

46. Bäßler J, Schwarzer R, Jerusalem M. 1993 Spanish Adaptation of the General Self-Efficacy Scale Auto-Eficacia Generalizada. Disponible en;

<http://userpage.fu-berlin.de/~health/spanscal.htm>

47. Noboa P, Serrano-García 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>

48. Allen B, Cruz-Valdez A, Rivera-Rivera, Castro R, Arana-García María E, Hernández-Ávila. 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

49. López N, Vera LM, Orozco LC. Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infección por VIH en jóvenes de Bucaramanga. Colombia Médica 2001; 3232-40. Disponible en:

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=28332107>

50. Ruiz A. et al. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en una población universitaria. Chile Rev. Sogia 2005; 12(3): 86-93. Disponible en:



<http://www.cemera.cl/sogia/pdf/2005/XII3conocimientos.pdf>

51. Hernández J, et al. Intervención educativa sobre sexualidad y enfermedades de transmisión sexual. Rev Cubana Med Gen Integr 2000; 16(1):39-44. Disponible en:

http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_1_00/mgi07100.pdf

52. González F. 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. Acta colombiana de psicología 2004; 12, 59-68, 4. Disponible en:

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/798/79801205.pdf>

53. Freire E. Evaluación y modificación de los conocimientos actitudes y prácticas de los conscriptos de los cuarteles Dávalos y Portete, frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA. Ecuador 2007.

54. Necchi S, Schufer M. Adolescente varón: iniciación sexual y anticoncepción (Argentina). Revista chilena de pediatría v.72 n.2 Santiago 2001. Disponible en:57



http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0370-41062001000200015&script=sci_arttext.

55. Alcarraz C, et al. Factores Asociados a la realización de una prueba de detección de VIH en estudiantes universitarios. SCSF-UNMSM (Sociedad Científica de San Fernando). CIMEL 2008 Vol. 13, Nº 2. Perú 2008. Disponible en:61

http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/cimel/v13_n2/pdf/a05v13n2.pdf

56. Cortés A, et al. SIDA, adolescencia y riesgos. Rev Cubana Med Gen Integr 2000; 16(3):253-60. Cuba 2000. Disponible en:64

http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_3_00/mgi05300.pdf

57. Manrique D, et al. Efectividad de un programa educativo para promover cambios en los conocimientos, actitudes y prácticas de los adolescentes sobre Infecciones de Transmisión Sexual, VIH/Sida de la institución educativa pública Illathupa - Huánuco 2006-2007. Rev. Científica de la universidad Nacional Hemilio Valdizán. Perú 2007. Disponible en:60



<http://www.unheval.edu.pe/investigacion/revista/rv060809.pdf>

58. Cutié JS, et al. Primera relación sexual en adolescentes Cubanos. Rev Chil Obstet Ginecol 2005; 70(2): 83-86. La Habana 2005. Disponible en:62

<http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v70n2/art04.pdf>

59. Cabada M, et al. Conductas de riesgo en jóvenes que tienen contacto sexual con viajeros ("Bricheros") en la ciudad del Cuzco – Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, abril-junio, año/vol. 19, número 002 Instituto Nacional de Salud. 2002. Disponible en:65

http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/Medicina_Experimental/v19_n2/PDFs/conductas.pdf

60. Kurt Bach. La Educación sexual como preparación de niños y adolescentes para el amor, el matrimonio y la familia. — Kurt Bach.—La Habana.—Editorial Pueblo y Educación, 1986.

61. 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.



Anales de la Facultad de Medicina, año/vol. 66, número 003, Perú 2005. Disponible en: 54

<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=37966307#>

62. Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP). Conocimientos, actitudes Y Prácticas Sobre ITS, VIH/ SIDA. Informe final ENDSSR Paraguay 2004. Disponible en:58

http://www.cepep.org.py/endsr2004/informe_final/conocimientoitsvihsida.htm.

63. García T, et al. Efectividad de las técnicas participativas en los conocimientos de adolescentes sobre enfermedades de transmisión sexual. Rev Cubana Med Gen Integr v.15 n.5 Ciudad de La Habana sep.-oct. 1999. Disponible en:59

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000500008&lng=es&nrm=iso

64. Pérez JJ, et al. Intervención educativa sobre ETS en un grupo poblacional de riesgo. Rev Cubana Med Gen Integr 2000; 16(3):270-4. Cuba 2000. Disponible en:63

http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_3_00/mgi08300.pdf



65. López N, et al. Diferencias en los conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales relacionados con el SIDA, entre hombres y mujeres jóvenes de Bucaramanga. Revista Colombia Médica, Vol. 32, Núm. 1, 2001, pp. 32-40. Disponible en:56
<http://www.bioline.org.br/request?rc01007>



CAPITULO IX

9. ANEXOS

Anexo N° 1

Consentimiento informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN

**“EVALUACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS
ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA
DE DERECHO DE LA UNIVESIDAD DE CUENCA, FRENTE A LAS
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH/SIDA”**

Cuenca, a _____, de _____, del 2009.

COMPAÑERO/A:

Nos proponemos realizar una investigación sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA, la cual consta de tres partes durante toda la investigación:

1. PRE CAPs (Encuestas validadas) con una duración de una hora.
2. Intervención donde se impartirá conocimientos sobre ITS y VIH/SIDA, la misma que tendrá una duración total de 4 horas.
3. POS CAPs que se realizarán luego de 3 meses de la aplicación del PRE CAPs, con la aplicación de las encuestas validadas con una duración de una hora.

Dicha investigación es importante, debido a que siendo los jóvenes el grupo más vulnerable para contraer ITS y VIH/SIDA, se debe conocer lo que saben sobre estas infecciones, para así poder prevenirlas y proteger a la comunidad en general. Esta investigación no conlleva ningún riesgo para la salud física y mental ni tiene costo alguno en ninguna de los puntos anteriormente indicados y nos servirá para continuar con posteriores investigaciones.



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

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

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

Por medio de la presente acepto participar en el estudio.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

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

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

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

Nombre y firma del
Entrevistado

Nombre y firma de los investigadores



Anexo N° 2

Formulario

UNIVERSIDAD DE CUENCA
 FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
 ESCUELA DE MEDICINA

“EVALUACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE DERECHO DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA FRENTE A LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH/SIDA”

Cuenca 2009.

Estamos realizando la presente encuesta para averiguar sobre las infecciones de transmisión sexual. Le pedimos 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.

01 NUMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CUESTIONARIO

Fuente: ----- **Fecha** día mes año

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



		T. de Jehová <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>
P06	Residencia	Urbano <input type="checkbox"/>	Rural <input type="checkbox"/>
SECCIÓN III			
P07	¿Qué infecciones de transmisión sexual conoce?	Condiloma 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Herpes 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Sífilis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> SIDA 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Gonorrea 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Tricomoniasis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Clamidiasis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Otras 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Señale cuales----- -----	
P08	¿Usted sabe como se transmiten estas infecciones?	Contacto sexual sin penetración 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Contacto sexual con penetración 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Por una transfusión de sangre 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> De una madre infectada a su hijo por el embarazo, parto o lactancia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> A través del beso o el sudor 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Otras 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>	
P09	¿Usted sabe como se manifiestan las infecciones de transmisión sexual?	Dolor el vientre bajo 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Secreción por los genitales externos 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Verrugas en genitales externos 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Manchas en la piel 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Inflamación de los ganglios 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Otras 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>	
P10	¿Son curables estas infecciones?	Sífilis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Condiloma 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Bleenorragia o Gonorrea 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Clamidiasis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> SIDA 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Trichomoniasis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>	
P11	Si conociera a un amigo o (a) con una ITS. ¿A donde le recomendaría acudir para recibir atención?	A un hospital cercano 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> A su médico de familia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> A una farmacia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> A otro amigo/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 amigo 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 que edad inició su vida sexual?	<input type="text"/> <input type="text"/> Años
P17	¿Con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses?	<input type="text"/> <input type="text"/> Personas
P18	Ha tenido durante su vida relaciones sexuales con	Personas del mismo sexo 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Personas del sexo contrario 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Personas de ambos sexos 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P19	¿Qué tipo de hábito sexual	Sexo oral 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Sexo anal 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>



	utiliza durante sus relaciones sexuales?	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?	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>		
P23	¿Utiliza condón en sus relaciones habituales con su pareja?	1. Siempre <input type="checkbox"/> 2. Ocasionalmente <input type="checkbox"/> 3. Nunca <input type="checkbox"/>		
P24	Si no lo ha utilizado. ¿Por qué?	Disminuye la sensibilidad <input type="checkbox"/> No sabe utilizarlo <input type="checkbox"/> Le da pena negociarlo con su pareja <input type="checkbox"/> Siente vergüenza al adquirirlo en la farmacia <input type="checkbox"/> Considera que su pareja es estable <input type="checkbox"/>	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 VI: ESCALA DE AUTOEFICACIA PARA PREVENIR EL SIDA, DE
26 ELEMENTOS, SEA-26**

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

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



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



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



CLAVE DE CALIFICACIÓN:

Conocimientos

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

Conocimiento de las ITSs

- Si reconoce:
- Sífilis: 2 puntos
- Gonorrea: 2 puntos
- SIDA: 2 puntos
- Condiloma: 1 punto
- Trichomona: 1 punto
- Clamidia: 1 punto
- Herpes: 1 punto
- 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
- Beso, sudor: -2 puntos
- Contacto sexual sin penetración: 2 puntos

Pregunta 09. Puntuación final 10 y -2

Conocimiento de los síntomas y signos de las ITS

Si reconoce:

- Secreción: 2 puntos
- Dolor: 2 puntos
- Verrugas: 2 puntos
- Inflamación: 1 punto
- Manchas: 1 punto
- Otras relacionadas: 2 puntos
- Otras no relacionadas: -2 puntos



Pregunta 10. Puntuación final entre 10 y -3

Conocimiento sobre curación de las ITS

Si reconoce:

- Sífilis: 3 puntos
- Trichomona: 2 puntos
- Blenorragia: 3 puntos
- Clamidia: 2 puntos
- SIDA: -2 puntos
- Condiloma: -1 punto

Actitudes

Pregunta 11. Puntuación final entre 10 y menos 3

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

Si reconoce:

- Médico Familia: 3 puntos
- Hospital: 3 puntos
- Conversar padres: 3 puntos
- Otros relacionados: 1 punto
- Si reconoce:
- Farmacia: -1 punto
- Otro amigo: -1 punto
- Otros no relacionados: -1 punto

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

Actitud ante un amigo con una ITS

Si reconoce:

- Acudir a médico de familia: 6 puntos
- Ayudar a curarse: 4 puntos
- Aleja: -2 puntos
- Aprender a hacer el amor: -2 puntos
- Propio de la edad: -2 puntos

Pregunta 13. Puntuación final entre 10 y menos 1 punto

Recomendación a un amigos para no infectarse con una ITS



Si reconoce:

- Uso del condón: 3 puntos
- Fidelidad a la pareja: 3 puntos
- Contacto sin penetración: 2 puntos
- Conocimiento: 1 punto
- Escoger bien: 1 punto
- No relación: -1 punto

Pregunta 14. Puntuación final entre 10 y cero

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

Si reconoce:

- Protegerse condón: 3 puntos
- No relación con desconocidos: 3 puntos
- Lavarse genitales: 2 puntos
- Visitar al médico: 2 puntos

Prácticas

Pregunta 15

No se evalúa.

Pregunta 16

No se evalúa

Pregunta 17. Puntuación final entre 10 y 4

Relaciones sexuales en los últimos 12 meses: número de parejas

- 1 persona: 4 puntos
- personas: 6 puntos
- Más de 2 personas: 10 puntos

Pregunta 18. Puntuación final entre 10 puntos y 4

Relaciones heterosexuales, bisexuales, homosexuales

- Personas del sexo contrario: 4 puntos
- Personas de ambos sexos: 6 puntos
- Personas del mismo sexo: 10 puntos

Pregunta 19. Puntuación final entre 10 y uno



Tipo de práctica sexual

- Anal: 5 puntos
- Genital: 4 puntos
- Sexo oral: 1 puntos

Pregunta 20. Puntuación final entre 10 y cero puntos

Padecimiento de ITS

- No: 0 puntos
- Si: 10 puntos

Pregunta 21. Puntuación final entre 10 y cero

Conversar con la pareja sobre ITS

- Si: 0 puntos
- No: 10 puntos

Pregunta 22. Puntuación final entre 10 y cero

Relaciones sexuales bajo el efecto de alcohol u otras sustancias

- No: 0 puntos
- Si: 10 puntos

Pregunta 23: puntuación final entre 8 y 4 puntos

Uso del preservativo

- Si siempre: 4 puntos
- Si ocasionalmente: 6 puntos
- Si nunca: 8 puntos

Pregunta 25.

Relaciones sexuales con desconocidos

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

Pregunta 26. Puntuación final entre 10 y 4 puntos

Uso del preservativo en relaciones sexuales con desconocidos

- Siempre: 4 puntos
- Ocasionalment e: 6 puntos
- Nunca: 10 puntos



Anexo N° 3

Operacionalización de las Variables

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha	Tiempo	Años cumplidos	Años
Procedencia	Región geográfica (área de división política a la que pertenece una persona y su relación con centros poblados urbanos o rurales)	Región geográfica Centro poblado urbano o rural.	Provincia Urbano Rural	Nominal Si No
Sexo	Diferencia física y de conducta que distingue a los organismos individuales, según las funciones que realizan en los procesos de reproducción. Y desenvolvimiento social.	Masculino Femenino	Masculino Femenino	Masculino Femenino
Conocimientos sobre las ITS	Conjunto de información adquirida en relación a ITS	Conjunto de información adquirida	Encuesta CAP	Si No
Actitud sobre ITS	Intenciones frente a una situación probable	Intenciones	Encuesta CAP y escala de autoeficacia SEA27 Indicador: Actitudes correctas frente a ITS Escala de Autoeficacia A. B. C.	Si No Numérica
Prácticas sobre ITS	Comportamiento tomado frente a una situación específica	Comportamientos	Encuesta CAP Escala de autoeficacia SEA 27	Si No



			A B C	
--	--	--	-------------	--



Anexo N° 4

HISTORIAS NARRADAS

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 quince 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 les 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.

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



Anexo N° 5

Manual de ITS

Folleto adjunto



Anexo Nº 6

Fotos





