



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 PSICOLOGIA EDUCATIVA, FRENTE A LAS INFECCIONES DE
TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y VIH/SIDA”**

*Protocolo previa a la obtención
del título de Médico.*

**Autores: Johanna Tacuri Luna
Carlos Tigsi Mendoza
Jorge Siguenza Jara**

Director: Dra. Eulalia Freire Solano

Asesor de investigación: Dra. Eulalia Freire Solano

CUENCA –ECUADOR

2009

RESUMEN

Se realizó un estudio cuasiexperimental sin grupo control de conocimientos, actitudes y prácticas sobre las Infecciones de Transmisión Sexual ITS y VIH/SIDA a los estudiantes de la Escuela de Psicología Educativa de La Universidad Estatal de la Ciudad de Cuenca. Se aplicó un cuestionario con dos instrumentos de medición: antes y 2 meses después de la intervención educativa basada en la teoría cognoscitivo-social de Albert Bandura. La muestra estuvo constituida por 77 estudiantes que a la vez constituyeron el grupo intervención y control. El 70% tienen una edad entre 19 a 23 años, con una media de 22.7 años.

La media de edad de inicio de las relaciones sexuales fue de 17.8 ± 4.3 . El número de personas con las que tuvieron relaciones sexuales, en los 3 últimos meses fue de $1,9 \pm 2.6$.

Se obtuvieron como resultados que el grado de conocimientos aumento de 64.90% a 69.20 %, las actitudes buenas se incrementaron de un 70.20% a 78.00%. Las prácticas disminuyeron de un 36.30 % a 35.90%; en el grupo intervenido.

En el conocimiento sobre Condiloma se obtuvo un incremento significativo, al igual que sobre Herpes ($p < 0.05$).

En relación al nivel de autoeficacia aumentó en negarse a tener relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol y/o drogas ($p < 0.05$).

La autoeficacia en la intensión de uso de condón se elevó significativamente, igual que la confianza con los padres ($p < 0.05$).

Sobre las ITS las actitudes mejoran sin significancia estadística pero aumentaron los niveles de autoeficacia.

PALABRAS CLAVE: ITS, VIH, CAPS, AUTOEFICACIA.

ABSTRACT

An analytical study cuasiexperimental without control group of knowledge, attitudes and practices on the Sexual Transmission Infections STI and HIV/AIDS from the Faculty of Educational Psychology at the Cuenca University. A questionnaire which consists of two measurement instruments was applied: before and 2 months after the educational intervention based on Albert Bandura's cognitive-social theory. The sample was constituted by 77 students that at the same time constituted the intervention and control group. 70% has an age among 19 to 23 years, with a stocking of 22.7 años.

The stocking of age of beginning the sexual relationships was of 17.8 ± 4.3 . The number of people with those that had sexual relationships, in the last 3 months was of $1,9 \pm 2.6$.

The knowledge level increase from 64.90% to 69.20%, the good attitudes were increased from 70.20% to 78.00%. The practices diminished from 36.30% to 35.90%; in the intervened group.

In the knowledge Condiloma has more than enough a significant increment it was obtained, the same as it has more than enough Herpes ($p < 0.05$).

In relation to the self-efficacy level increase in refusing to have sexual relationships under the alcohol and drugs effects ($p < 0.05$).

The self-efficacy in the intensión of condom use rose significantly, the same as the trust with the parents ($p < 0.05$).

On the SIT the attitudes improve without statistical signfici but the self-efficacy levels increased.

WORDS KEY: STI, HIV, CAPS, SELF-EFFICACY.

RESPONSABILIDAD

Todas las ideas y criterios vertidos en este trabajo de investigación son responsabilidad absoluta de los autores

Carlos Tigsi Mendoza

Johanna Tacuri Luna

Jorge Siguenza Jara

AGRADECIMIENTO

Queremos expresar nuestros mas sinceros agradecimientos a todos los señores catedráticos de la Escuela de Medicina quienes con dedicaron y cariño han sabido inculcarnos valores tanto éticos, científicos y morales

A la Dra. Eulalia Freire quien con su acertada experiencia y enaltecida bondad nos ha ayudado en forma exitosa y desinteresada en el manejo y guía de nuestra investigación, buscando siempre nuestro adelanto y superación.

Al Dr. Orellana por el tiempo dedicado en la enseñanza del análisis de la presente Tesis

A todo el personal académico y administrativo de la Escuela de Psicología Educativa por la cooperación y ayuda brindada en la recolección de datos de una manera muy acertada.

DEDICATORIA

Esta Tesis va dedicada mis queridos padres Luis e Isabel quienes han dedicado su tiempo y esfuerzo para apoyarme en mis estudios y otros aspectos de mi vida, y a mis hermanos quienes me han acompañado y apoyado siempre en los momentos difíciles y en los mejores de mi vida.

Carlos

Agradezco a Dios por ser amigo y guía de mi vida. A mi papa y mama a quienes les debo el apoyo incondicional brindado durante toda la carrera universitaria. A mis compañeros que con su apoyo y amistad se logro cumplir este proyecto.

Jorge

Agradezco a Dios por haberme bendecido al permitiré seguir esta carrera. A mi papi Carlos y mi mami Lourdes, por haberme inculcado en el estudio y apoyarme incondicionalmente. A mis hermanas Paola, Verónica y mi tía Fanny por permanecer a mi lado en los momentos difíciles. A Paúl mi enamorado, por su paciencia y apoyo.

Johanna

ÍNDICE

Contenido	página
Capítulo I	
1.1 Introducción.....	9
1.2 Planteamiento del Problema.....	10
1.3. Justificación.....	15
Capítulo II	
2. Marco teórico.....	16
2.1 Incidencia de las ITS.....	16
2.2 Infecciones de transmisión sexual.....	18
2.3 Las teorías del aprendizaje.....	25
2.4 ¿Las intervenciones modifican las conductas?.....	28
2.5 Las encuestas CAPs.....	28
Capítulo III	
3. Hipótesis y objetivos.....	30
3.1. Hipótesis.....	30
3.2. Objetivos.....	30
Capítulo IV	
4. Metodología.....	31
4.1 Tipo de estudio.....	31
4.2 Area de estudio.....	31
4.3 Universo.....	31
4.4 Muestra.....	31
4.5 Plan de análisis.....	32
4.6. Operacionalización de las Variables	32
4. 7 Procedimientos, Técnicas e Instrumentos	34
4.8 Análisis Estadístico.....	41
4.9. Normas éticas.....	41
4.10 Recursos humanos y técnicos.....	41

Capítulo V	
5 Resultados.....	42
5.1 Cumplimiento de la muestra.....	42
5.2 Tabla Base.....	42
5.2. Resultados antes y después de la intervención educativa.....	44
5.2.1. Resultados antes y después de la intervención promedio de proporciones.....	44
5.3. Promedio de edad de inicio de la actividad sexual y rotación de parejas.....	44
5.4. Conocimientos, actitudes y prácticas antes y después de la intervención.....	46
5.5 Escala de autoeficacia para prevenir el SIDA.....	57
Capítulo VI	
6 Discusión.....	62
Capítulo VII	
7.1 Conclusiones.....	67
7.2 Recomendaciones.....	69
Capítulo VIII	
8. Referencias Bibliográfica.....	70
Capítulo IX	
9. Bibliografía consultada.....	77
Capítulo X	
10. Anexos.....	79

CAPITULO I

1.1 INTRODUCCION

La Facultad de Ciencias Médicas, tiene como uno de sus objetivos realizar programas de prevención de infecciones que produzcan resistencia bacteriana a los antibióticos; las infecciones de transmisión sexual favorecen la entrada del VIH en el organismo y algunos gérmenes causantes de estas infecciones han mostrado resistencia a los antibióticos

Cabe señalar que las “infecciones de transmisión sexual (ITS) se encuentran entre las primeras cinco causas que demandan atención médica.” Así mismo inciden en otros ámbitos, entre estos el social y el económico. Sin embargo, existen grandes dificultades en el control y manejo adecuado de ellas, lo que ha ocasionado un impacto y la necesidad de plantear nuevos programas de prevención que permitan reducir la magnitud y la trascendencia de estas infecciones, resultan preocupantes 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, visualizándose como algunas de sus causas, la carencia de información, conocimientos y servicios para protegerse así mismos contra la infección del VIH-SIDA, que es la más letal de las infecciones de transmisión sexual.(1)

La OMS ha estimado que cada año “se presentan más de trescientos treinta y tres millones de casos de ITS curables, un millón de nuevos casos de infección por VIH y millones de otras ITS virales como Herpes y la Hepatitis B de los cuales 36 millones corresponden a Latinoamérica y el Caribe”.

En un estudio descriptivo realizado en la Universidad de Cuenca, por Janina Bustamante, Paola Bustamante, Cecilia Cajamarca en 2007, se encontró un porcentaje disminuido de conocimientos de Clamidia, Tricomoniasis y Condiloma, también malas practicas sexuales. Es por lo tanto urgente desarrollar estudios destinados a evaluar estrategias educativas que modifiquen conocimientos actitudes y prácticas de riesgo.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El SIDA y las ITS constituyen enfermedades muy frecuentes, se estima que 370 000 niños menores de 15 años contrajeron el VIH en el 2007, y que el 45% de todas las nuevas infecciones por el VIH a nivel mundial representaban a jóvenes entre 15-24 años. (2)

Las mujeres jóvenes tienen una probabilidad mucho menor que los varones jóvenes de poseer un conocimiento preciso y exhaustivo sobre el VIH. Mientras que más del 70% de los varones jóvenes saben que los preservativos pueden proteger contra la exposición al VIH, sólo el 55% de las mujeres jóvenes cita el uso de preservativos como una estrategia eficaz de prevención. (3)

Un estudio realizado en México en una población total de 926 estudiantes universitarios cuya edad fue entre 18 y 25 años, el 47.4% de población total se refirió como sexualmente activa de los cuales el 22.5% había tenido ya más de 5 compañeros sexuales. El 3% de la población total refirió haber padecido una enfermedad de transmisión sexual. El 46.6% de los alumnos de medicina consideró al condón como el método más seguro para prevenir enfermedades de transmisión sexual, en contraparte; el 40.8% de los estudiantes de otras licenciaturas consideró a la abstinencia sexual, como el método más seguro. (4)

Cada día en el mundo, casi un millón de personas contraen una infección de transmisión sexual (ITS). La presencia de ITS como sífilis, chancro o infección genital por virus del herpes simple aumenta enormemente el riesgo de contraer o transmitir el VIH. (5)

En el 2006 se estimó que anualmente ocurren alrededor de 33 millones de casos nuevos de infección de transmisión sexual a nivel mundial; alrededor de 85% de estos casos ocurre en países en desarrollo. (6)

La ONUSIDA en el 2007 registró 2,7 millones de nuevas infecciones, constituyendo un total de 33 millones de personas que vivían con el VIH/SIDA, de los cuales 30.8 millones eran adultos. Mientras tanto la incidencia en América Latina del VIH en el 2007 fue de 100 000 personas, lo que eleva a 1,6 millones el número de total de personas que viven con el VIH en esta región. (7)

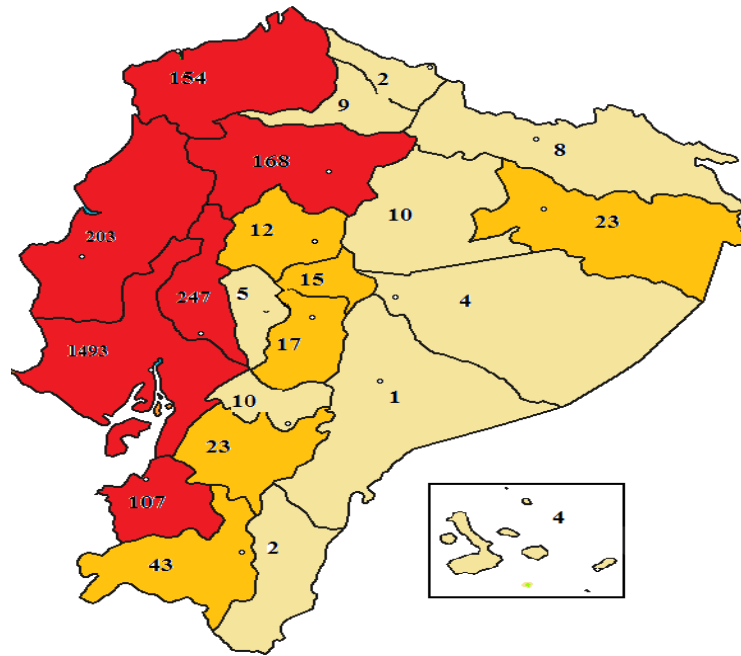
SIDA en el Ecuador: En el Ecuador el total de casos notificados de VIH/Sida hasta octubre del 2008 es de 15.318 (7). La razón de género en el 2006 se situó en 1,5:1 hombres por cada mujer cuando era de 6:1 cerca del año 1990. (8)

Con respecto al VIH/SIDA según preferencia sexual en el año 2007 se encuentra que 13,1% son homosexuales, 6,1% bisexuales y con un porcentaje alto la población heterosexual 80,1%. En relación con la edad, hay un mayor porcentaje entre las edades de 20 y 44 años concentra el 81.4% de los casos de SIDA en el periodo de 2007. (9)

Según la OPS el 20 % de adultos jóvenes y adolescentes sexualmente activos contraen una ITS cada año. En Ecuador el 60 % usó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual. El 30.7 % usa condón siempre y el 69,3 % lo usa a veces. (10)

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

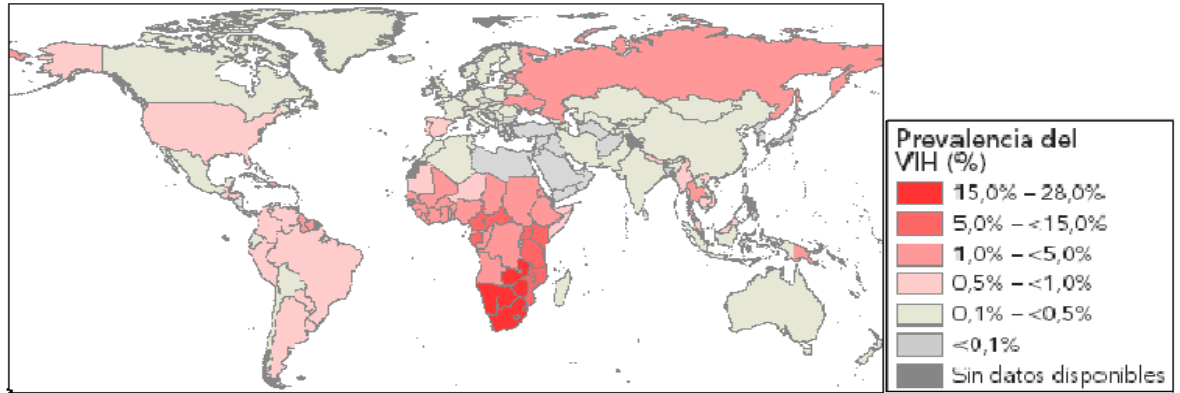
NÚMERO DE CASOS DE VIH NOTIFICADOS SEGÚN PROVINCIA. 2008 (7)



Los casos de VIH/SIDA en el año 2008 en el Ecuador. Según sexo corresponden a 26.17% a las mujeres y hombres 73.8%.

La prevalencia anual del Sida en el Ecuador (7):

3 por 100.000	hab.	Año	2002
2.5 por 100.000	hab.	Año	2003
3.5 por 100.000	hab.	Año	2004
3.5 por 100.000	hab.	Año	2005
3.5 por 100.000	hab.	Año	2006
4 por 100.000	hab.	Año	2007



Fuente: ONUSIDA, Informe Mundial del SIDA 2007

Prevalencia del VIH en el 2007:

África Subsahariana de 4.6 % en 1999 subió a 5.0% en el 2007. (Mayor prevalencia entre el 30 al 40 % en Swaziland y Botswana). Se estima que 1,5 millones de adultos y niños, murieron como consecuencia del SIDA en esta zona. (11) En Oriente Medio y África del Norte la prevalencia es de 0.2% a 0.4%. En Asia Meridional y Sudoriental de 0.2% a 0.4%. En Asia Oriental de 0.2%. En Oceanía de 0.3% a 0.7%. En Caribe de 0.9% a 1.2%. En Europa Oriental y Asia Central de 0.7% a 1.2%. Europa Occidental y Central de 0.2% a 0.4%. En América del Norte de 0.5% a 0.9%.

En Latinoamérica: 0,5%. Más de la mitad de los latinoamericanos que viven con VIH residen en: Brasil, Colombia, México y Argentina. Brasil tiene 600.000 personas que viven con VIH, esto equivale 0.5% de su población. A Bolivia corresponde una prevalencia de 0.2%, Guyana a 2.5%. En Argentina de 0.6%, Belice 2,1%, Colombia de 0.6%, El Salvador de 0.8%, Guatemala de 0.8%, Panamá de 1%, Nicaragua de 0,2%, Perú de 0.5% y México 0,3%, Ecuador y Chile tienen una prevalencia de 0.3% (12).

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

En diversos países, las tendencias favorables en la incidencia de la infección VIH se relacionan con programas de prevención y cambios de comportamiento. (13) Las modificaciones en la incidencia, junto con la mayor mortalidad por

SIDA, han provocado la nivelación de la prevalencia mundial del VIH (la proporción de personas que viven con el VIH/SIDA). África subsahariana, es la región con la mayor incidencia del VIH y de características muy diversas.

Entre las nuevas tendencias más destacables, ONUSIDA resalta, los descensos recientes de la prevalencia del VIH en dos países de África subsahariana (Kenya y Zimbabwe), y en zonas urbanas de Burkina Faso. En Camboya y Tailandia, los descensos han sido uniformes.

La prevalencia, en otros países: China, Indonesia, Vietnam y Papua Nueva Guinea, está en aumento, y los informes revisados en la bibliografía indican que en Bangladesh y Pakistán existen brotes de la epidemia. En Europa oriental y Asia central la prevalencia es mayor en Ucrania y la Federación de Rusia, que tiene la mayor epidemia de SIDA de toda Europa. La epidemia en varones que tienen sexo con hombres es oculta en América Latina y Asia.

Una ITS que no recibe tratamiento puede acrecentar hasta 10 veces el riesgo de infección y transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). (14) En el 2005 se comprobó que menos del 50% de jóvenes tenían conocimientos básicos sobre el VIH, mientras en el 2007 se ha mantenido por debajo del 95 % esos conocimientos, meta que se espera conseguir para el 2010. (1) Las mujeres jóvenes están menos informadas que los varones. Un resultado alentador es que el porcentaje de jóvenes que tienen relaciones sexuales antes de los 15 años ha disminuido y el uso del preservativo ha aumentado según el informe de ONUSIDA del 2007.

Los datos alarmantes acerca de las ITS y VIH/SIDA nos llevan a recapacitar sobre las prácticas sexuales y el uso de métodos anticonceptivos, por lo tanto nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Cuál es el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en los estudiantes universitarios?

1.3. JUSTIFICACIÓN

La difusión de conocimientos sobre ITS y VIH/SIDA a los estudiantes universitarios es importante por:

- Los jóvenes universitarios están en riesgo de contraer las ITS y el VIH/SIDA.
- Diversos estudios indican que los estudiantes universitarios cuentan con un bajo nivel de conocimientos sobre ITS y VIH/SIDA. Además muchos de ellos desconocen sobre la curabilidad de algunas ITS y las complicaciones que podrían tener si no se da un tratamiento farmacológico oportuno.
- Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) causan estragos en la salud del individuo, sin embargo, con el tratamiento adecuado se pueden curar, por el contrario el VIH/SIDA es una enfermedad que no tiene cura.
- La población de adultos jóvenes sexualmente activos tienen mas probabilidad de enfermar de alguna ITS o VIH/SIDA.
- El VIH es una amenaza no solamente para el estudiante sino también para su familia y su comunidad.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son infecciones que se transmiten de una persona a otra a través de las relaciones sexuales vaginales, anales u ocasionalmente, orales.

2.1 Incidencia de las ITS en el 2007:

Los datos sobre la situación mundial nos indican la existencia de 333 millones de nuevos casos por año de ITS curables. (15) Según datos de la OMS, a nivel mundial existen 12 millones de nuevos casos de sífilis, en Latinoamérica y el Caribe fue de 3 millones. (16). La incidencia global de tricomoniasis fue de 167,2 millones y 18,5 en América Latina y el Caribe. La incidencia global de Chlamydia de 92 millones y 9.5 millones en América Latina y el Caribe; de blenorragia 62 millones a nivel global y 7.5 millones en América Latina. (17)

La infección VPH, es la ITS más frecuente a nivel mundial, en Estados Unidos 20 millones están infectados, especialmente adolescentes y adultos jóvenes. (18)

Los jóvenes son destinatarios importantes de la educación preventiva sobre las ITS que incluye al VIH/SIDA. En un estudio realizado por CONASIDA demostró que alrededor de 50% de los jóvenes menores de 17 años son sexualmente activos (19); y el ritmo de rotación de pareja alcanza su máxima intensidad entre los adolescentes y los jóvenes de poco más de 20 años.

La utilización sistemática y apropiada del preservativo es limitada entre los jóvenes, lo que les predispone a contraer infecciones de transmisión sexual, por ejemplo, en los EEUU, se estima que 3 millones de jóvenes adquieren una ITS cada año y afecta a 1 de cada 6 adolescentes sexualmente activos (19). Los adolescentes latinos, comprendidos entre los 13 y 19 años, constituyeron 17% de los casos de SIDA en ese país, mientras el 22% constituyeron los que se encontraban en edades de 20 y 24 años.(20)

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

El comienzo de la actividad sexual sucede antes de cumplir los 18 años, en la mayoría de los países, existiendo países especialmente los con recursos más bajos, en los que los adolescentes comienzan su actividad sexual a edad muy temprana. La edad de la primera relación sexual en los adolescentes mexicanos es de 15 años en un 5,1% y el 57.9% de los adolescentes iniciaron su vida sexual antes de cumplir los 19 años. (21,22)

En Ecuador al menos de la mitad de las adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años inician las relaciones sexuales cada vez más temprano y sin protección. (23)

Desde las primeras investigaciones sobre el uso del condón realizadas a mediados de la década de 1980 en los jóvenes solteros, la curva del uso del condón se ha incrementado, pasando del 7% en 1985 a 51% en el año 2000 entre los hombres y de 5% a 23% entre las mujeres; el preservativo es utilizado mayoritariamente como método anticonceptivo por los adolescentes (22, 24). Los estudios sobre conocimientos, actitudes y prácticas de los jóvenes indican que estos tienen una combinación de ansiedad e ignorancia, se preocupan del embarazo accidental, pero los varones subestiman el riesgo de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA. El desconocimiento es el principal multiplicador del VIH/SIDA.

El reconocer que los jóvenes tienen vida sexual y que no cuentan con el conocimiento adecuado para protegerse, lleva a establecer programas de prevención. En educación y promoción de la salud, los avances en la investigación han dado soporte a las intervenciones programáticas que han ocurrido directa e indirectamente por la aplicación en la práctica de teorías y modelos desarrollados en las más diversas áreas del conocimiento, principalmente en las ciencias comportamentales y sociales, una de las teorías

que han respaldado algunas intervenciones es la Teoría cognoscitivo-social de Albert Bandura.

2.2. INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL

2.2.1 URETRITIS NO GONOCÓCICA Y CERVICITIS CLAMIDIAL

Son ITS causadas por la Chlamydia Trachomatis o en los hombres por el Ureaplasma Urealitycum.

Síntomas: Aparecen 1 hasta 5 semanas días después de un contacto sexual con una persona infectada sin utilizar un condón, un hombre infectado siente una leve sensación de quemazón en la uretra mientras orina. El pene produce una secreción clara o turbia. A primera hora de la mañana el orificio del pene tiene una coloración rojiza y sus bordes están pegados por las secreciones espesas. Las mujeres por lo general no tienen síntomas, a veces presentan necesidad frecuente al orinar, dolor en la parte inferior del abdomen y durante el coito y secreciones de mucosidad amarillenta y pus vaginal.

Diagnóstico: por examinar una secreción uretral o de cérvix en un laboratorio.

Complicaciones y pronóstico: Sin tratamiento, los síntomas desaparecen a las 4 semanas. En mujeres la infección puede ascender hasta las Trompas de Falopio causando dolor incluso infertilidad y embarazo ectópico. En hombres causa epididimitis con inflamación del escroto.

2.2.2 GONORREA

Es una de las más frecuentes ITS, y es causada por la bacteria Neisseria Gonorrhoea, que puede crecer en el cuello uterino, el útero, las trompas de Falopio y la uretra. También puede crecer en la boca, garganta, ojos y el ano.

Síntomas: Aparecen 2 a 7 días después de un contacto sexual con una persona infectada sin utilizar un condón por contacto con el pene, la vagina, la boca o el ano. En los hombres: sensación de ardor al orinar y una secreción blanca, amarilla o verde del pene además dolor en los testículos e inflamación.

En las mujeres: dolor o ardor al orinar, aumento del flujo vaginal y hemorragia vaginal entre períodos. En el recto hay síntomas de picazón, dolor y sangrado en el ano y dolor al defecar. En la garganta puede haber dolor.

Diagnóstico: por el examen de la secreción del cuello uterino, uretra, recto o garganta en un laboratorio.

Complicaciones y pronóstico: En mujeres produce enfermedad inflamatoria pélvica donde hay pus y dolor pélvico crónico prolongado, daño a las trompas de Falopio y producir infertilidad o riesgo de un embarazo ectópico. En los hombres: epididimitis e incluso infertilidad. (25)

2.2.3 CHANCRO BLANDO

Es una ITS producida por el microorganismo *Haemophilus Ducrey*. Los síntomas aparecen 2 a 5 o hasta 14 días después de un contacto sexual sin uso del condón con una persona infectada.

Síntomas: Inicia como una mancha inflamatoria en el sitio afectado que luego se hace vesícula o ampolla con pus y por último se rompe. Esta lesión dolorosa puede ser única o múltiple. Se acompaña de ganglios inguinales que aumentan de tamaño y fusionarse formando un absceso (pus). La piel que recubre dicho absceso es roja y brillante y puede romperse. La úlcera que se forma puede estar en el pene, el ano, la vulva, la vagina, el útero, los muslos, las mama, los labios, etc.

Diagnóstico: es clínico y por los resultados de los análisis de otras causas de úlcera.

Complicaciones: La úlcera se expande a otras partes del cuerpo y si se rompen pueden unirse entre sí. Los ganglios también pueden fusionarse entre sí.

2.2.4 LINFOGRANULOMA VENÉREO (LGV)

Es una ITS causada por una variedad de microorganismos: *Chlamydia Trachomatis* 1,2 y 3. Se transmite de persona a persona a través del contacto directo con lesiones, úlceras y otras áreas donde se localiza las bacterias a

través del contacto sexual sin uso del condón con una persona infectada. La infección puede ubicarse alrededor de los genitales, en región anal o bucal dependiendo del contacto sexual. Los síntomas aparecen algunos días o varias semanas desde que la bacteria entró por la piel o mucosa.

Síntomas: es de difícil diagnóstico. La lesión primaria consiste en una lesión genital o rectal pequeña, que puede ulcerarse en la zona de la transmisión después de un período de incubación de 3 a 30 días. Estas úlceras pueden permanecer sin detectarse en la uretra, la vagina o el recto. Al igual que con otras ITS que causan úlceras, el LGV puede facilitar la transmisión o adquisición del VIH. Aparece una erosión en el ano, los genitales, la piel o la mucosa, que pasa inadvertido porque no duele y desaparece. Después de algunos días aparecen ganglios en la región inguinal, que se acumulan y forman una masa dura que al romperse expulsa pus, causa fiebre, dolor de cabeza, malestar general, dolor de huesos y articulaciones. En mujeres muchas veces no hay síntomas.

Complicaciones: agrandamiento y ulceración de los genitales externos y obstrucción linfática, lo cual puede llevar a una elefantiasis de los genitales. Cicatrices por las hinchazones. Tumores o masas duras en el sitio afectado, perforaciones o fístulas, inflamación severa de los genitales y las piernas.

Diagnóstico: Se basa principalmente en los hallazgos clínicos o por la identificación directa de la bacteria de una muestra de la lesión o el sitio de la infección.

2.2.5 SÍFILIS

Es una ITS causada por la bacteria *Treponema Pallidum*. La sífilis se pasa de una persona a otra a través del contacto directo con una úlcera sifilítica, las cuales aparecen 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. Los síntomas aparecen 10 días hasta 3 meses desde un contacto sexual sin usar condón con una persona infectada. (16)

Sífilis primaria: se presenta una úlcera o chancro en los genitales (pene y en los labios mayores de la vagina) que no da dolor. La lesión puede presentarse también en el ano, la boca y los dedos. También pueden aparecer en el recto y el útero, donde no se notan. Esta lesión puede aparecer de 10 a 90 días después del contacto sexual con una persona infectada. La lesión primaria desaparece después de 4 a 6 semanas, pero la infección progresa en la sangre sin tratamiento.

Sífilis secundaria: Varias semanas o meses después, existe malestar general, fiebre, inflamación de los ganglios linfáticos, dolor de garganta, caída del cabello, dolor de cabeza, pérdida de peso, dolores musculares y fatiga. Los signos y síntomas de la sífilis secundaria desaparecen aun si no son tratados. Las erupciones o manchas de la piel en el tronco, palmas de las manos y plantas de los pies son de color rosado y escamoso.

Sífilis latente y terciaria: No tiene signos clínicos, pero la enfermedad permanece atacando al cuerpo hasta por 40 años. Esta fase latente puede durar años. En el 15% de las personas sin tratamiento, la enfermedad puede avanzar hasta las fases latente y terciaria. En la sífilis terciaria hay daño nervioso, cardíaco, ceguera, además parálisis, úlceras, deformaciones de los huesos y la muerte. Las mujeres pueden infectar a su bebé antes de nacer, producir abortos, partos prematuros, bebés nacidos muertos o con deformaciones.

Diagnóstico: mediante la sospecha clínica y con un análisis de una muestra líquida del chancro (la úlcera infecciosa) en un microscopio. También mediante un análisis de sangre con el VDRL o el FTA-ABS que detecta anticuerpos contra la bacteria que produce sífilis.

2.2.6 TRICOMONIASIS

Es causada por la *Trichomona vaginalis*. Cada año se registran 7.4 millones de casos nuevos de tricomoniasis.

Síntomas: se presentan 4 a 20 días después de la infección. En hombres: la mayoría no presentan síntomas, pero algunos pueden tener secreción leve o ardor después de orinar o eyacular. (25) En mujeres: puede presentarse flujo vaginal espumoso, amarillo verdoso de mal olor, manchas pequeñas, rojas y picazón en la vagina, dolor abdominal bajo.

Diagnóstico: Se realiza de acuerdo a las manifestaciones clínicas y prueba de laboratorio, para detectar el parásito.

2.2.7. VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO GENITAL (VPH)

Es la ITS más frecuente. Por lo menos 50 % de las mujeres y hombres sexualmente activos contraerán la infección genital del VPH en algún momento de sus vidas. Existen más de 40 tipos del VPH que pueden infectar el área genital y recto de hombres y mujeres. (25) Alrededor de un 10 % de las mujeres con VPH de alto riesgo pueden desarrollar cáncer de cuello uterino. Otros tipos de cáncer menos frecuentes son de vulva, vagina, ano y pene.

Síntomas.- La mayoría de las personas no presentan síntomas. Los tipos del VPH se clasifican como de “bajo riesgo” causantes de verrugas o de “alto riesgo” causantes de cáncer.

Las verrugas genitales o condiloma acuminado aparecen en vulva, vagina, ano o alrededor de los mismos, cuello uterino, pene, escroto, ingle o muslos como pequeños granitos individuales o en grupos. Pueden ser planas, elevadas, únicas, múltiples, pequeñas, grandes o tener forma de coliflor. Aparecen semanas o meses después del contacto sexual. Si no se tratan pueden desaparecer, permanecer igual o aumentar de tamaño y número. Puede acompañarse de picazón, sangrado e infección sobreañadida en el sitio de la verruga. No se convierten en cáncer. En el cáncer se presentan síntomas solo en etapas avanzadas.

Complicaciones: En el parto el recién nacido puede infectarse con el virus y desarrollar verrugas en la laringe.

Prevención: con la vacuna que se administra entre los 11 a 12 años de edad o en mujeres que no hayan recibido la vacuna, esta protege de cuatro tipos del VPH.

Diagnostico.- mediante el examen visual de las lesiones y mediante pruebas de Papanicolaou en el cuello uterino.

2.2.8. VIH y SIDA

La enfermedad de inmunodeficiencia adquirida se conoció en 1981, el virus causante fue aislado en 1983. El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), destruye las células del sistema inmunológico. El SIDA se presenta solo cuando el sistema inmunológico ha sido severamente debilitado. Para entonces, la persona puede desarrollar alguna o varias enfermedades severas o habrá perdido la mayoría de las células de su sistema inmunológico. Las personas 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. (20)

2.2.8.1 Vías de transmisión:

Contagio por vía sexual.- responsable de más del 75% de todos los casos. 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.

Transmisión parenteral.- los consumidores de drogas inyectables que comparten agujas o jeringuillas contaminadas representan el 43% de las personas que desarrollaron SIDA en el 2006 y el contagio por contacto directo con sangre infectada o transplantes de órganos es extremadamente baja.

Transmisión vertical.- de madre a hijo durante el embarazo, el parto, o la lactancia. En el 2007 constituyo el 0.3% de los casos de VIH. No todos los niños cuyas madres están infectadas con el VIH contraen el virus, esto se debe

al uso de medicamentos antirretrovirales administrados a la madre antes de que nazca el bebé o la cesárea.

2.2.8.2 Síntomas:

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

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.

SIDA: ya cuando el VIH ha destruido gran cantidad de las defensas del cuerpo las infecciones oportunistas producen una extensa gama de síntomas, algunos de ellos muy graves o algún tipo de cáncer que indican la progresión del VIH a SIDA.

Los 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.

2.2.8.3 Diagnóstico.- análisis de sangre que detecte la presencia del anticuerpo VIH mediante la prueba de Microelisa y Western Blot.

2.2.8.4 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.

2.2.8.5 PREVENCIÓN DE ITS Y VIH/SIDA

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

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. 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.

Los condones lubricados con espermicidas no son más eficaces para prevenir las ETS 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.

2.3. LAS TEORÍAS DEL APRENDIZAJE:

Existen dos grandes paradigmas en la psicología del aprendizaje:

2.3.1. **El conductismo** que tiene como representantes a: Watson, Thorndike, Skinner, Pavlov.

2.3.2. **El Cognitivismo** tiene a: Piaget, Ausubel, Vigotsky como sus máximos exponentes.

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

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. La postura de Vigotsky es un ejemplo del constructivismo dialéctico, porque recalca la interacción de los individuos y su entorno.

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

TEORÍAS DEL APRENDIZAJE

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

Teoría cognoscitivo-social de Albert Bandura

Componentes en prevención:

(1) Coanitivo (2) Conductual (3) fortalecimiento

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

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; siendo el autocontrol su fundamento básico.

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. (26, 27)

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

2.3.4. 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). La teoría social cognoscitiva establece que las personas con 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.

2.4. ¿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; el cambio de actitudes también parece relacionarse positivamente con el número de sesiones. 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. 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.

El tiempo entre la medida pre y la postintervención de tres meses o más, la utilización de un modelo teórico de conducta y el número de sesiones superior a cuatro; aseguran la máxima calidad del estudio, cuando éste se refiere a prácticas.

2.5 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.

CAPITULO III

3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

3.1. HIPÓTESIS

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

3.2. OBJETIVOS

3.2.1. Objetivo General:

- Evaluar y modificar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los estudiantes de la Facultad de Psicología Educativa de la Universidad de Cuenca, sobre ITSs y VIH/SIDA.

3.2.2. Objetivos específicos:

- ✓ Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los estudiantes de la Facultad de Psicología Educativa de la Universidad de Cuenca, sobre ITS y 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 Psicología Educativa sobre ITSs y VIH/SIDA.
- ✓ Evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre ITS y SIDA, que tienen los estudiantes de la escuela de Psicología Educativa después de la intervención educativa.

CAPITULO IV

4.- METODOLOGÍA

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio cuasiexperimental PRECAPS Y POSCAPs sin grupo control.

4.2. ÁREA DE ESTUDIO:

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

4.3. UNIVERSO:

Estuvo conformado por los estudiantes universitarios de la Facultad de Psicología Educativa de la Universidad de Cuenca del año lectivo 2008-2009 que en ese momento sumaban 355 estudiantes.

4.4. MUESTRA:

Para la obtención de la muestra, se utilizó la siguiente fórmula:

$$S = Z \times Z [P (1-P) / D \times D]$$

Por medio del programa Epi-Info se obtuvo los siguientes resultados:

Universo: 355 estudiantes.

Prevalencia: 10 % (Valor obtenido de acuerdo al estudio realizado por Janett Miranda Consultora para Universidades en el Proyecto VIH-SIDA publicado en la Revista capital, Economía y sociedad en la mitad del mundo, Julio, 2008. (28)

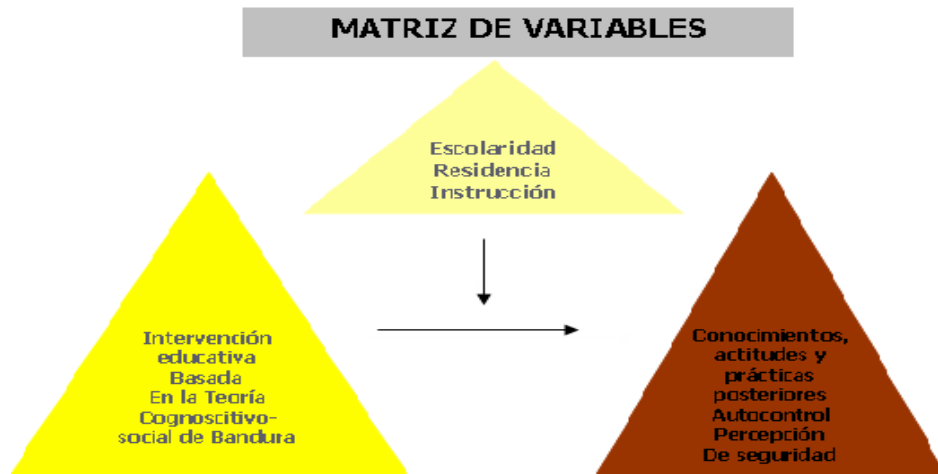
Intervalo de Confianza: 99.9 %

Muestra: 77 estudiantes. La muestra fue escogida al azar.

4.5. Operacionalización de las Variables:

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha.	Tiempo	Años cumplidos	Años
Sexo	Distinción orgánica que distingue una especie en dos tipos de individuos que desempeñan distinto papel de reproducción.	Hombre Mujer	Hombre Mujer	Hombre Mujer
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
Grado de instrucción	Escolaridad aprobada dentro del sistema de educación formal.	Primaria Secundaria Superior	Primaria Secundaria Superior	Si No
Conocimientos sobre las ITS y VIH/SIDA	Conjunto de información adquirida y en relación a ITS/SIDA.	Conjunto de información adquirida.	Encuesta CAP	Si No
Actitud sobre ITS y VIH/SIDA	Intenciones frente a una situación probable.	Intenciones	Encuesta CAP y escala de autoeficacia SEA27 Indicador: Actitudes correctas frente a ITS/SIDA	Si NO Escala de Autoeficacia A.B.C.
Prácticas sobre ITS y VIH/SIDA	Comportamiento tomado frente a una situación específica.	Comportamiento	Encuesta CAP SEA 27. A,B,C	1. Si 2. No Escala de autoeficacia

4.6. Plan de Análisis:



4.7. Procedimientos, Técnicas e Instrumentos:

4.7.1 Solicitud de permiso a las autoridades de la Facultad de Psicología Educativa:

En el mes de Enero se solicitó el permiso correspondiente a las autoridades de la Facultad de Psicología Educativa de la Universidad de Cuenca.

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

4.7.2 Como se escogieron los grupos para la intervención:

El grupo que recibió la intervención educativa estuvo conformado por los estudiantes de la Facultad de Psicología Educativa de la Universidad de Cuenca que cursaban el año lectivo 2008-2009. Se trabajó con toda la muestra y el control fue el mismo grupo luego de la intervención, así determinamos el cambio.

4.7.3 Descripción de los Instrumentos de medición:

Se utilizaron dos instrumentos de medición:

4.7.3.1. El primer instrumento: es una encuesta de valoración de CAPs mide conocimientos, actitudes y prácticas sobre las infecciones de transmisión sexual, es un instrumento validado y aplicado en un estudio realizado en la ciudad de la Habana en Cuba, por Fatjo Aymee, del Instituto de Medicina Tropical Pedro Kouri.

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

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

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

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

4.7.3.4. Validación del segundo instrumento: La escala de autoeficacia está conformada de varias subescalas reconociéndose tres subescalas: A, B y C.

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

4.7.4. Descripción del Cuestionario (Anexo II):

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

4.7.4.1. Secciones del cuestionario: Las secciones del cuestionario aplicado a los estudiantes de la Facultad de Psicología Educativa que cursaban el año lectivo 2008-2009 antes y después de la intervención fueron los siguientes:

Sección I

Identificación del cuestionario.

Sección II

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DEL ENCUESTADO.

Sección III

Preguntas de conocimientos sobre ITS.

Sección IV

Preguntas de actitudes

Sección V

Preguntas de prácticas

De la sección III hasta la sección V constituyeron el primer instrumento de medición, es decir a conocimientos, actitudes y prácticas sobre ITS; cada pregunta tiene varios ítems como puede constatarse en el anexo II, 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 datos.

Sección VI

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

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

Variables de conocimientos:

Infecciones de transmisión sexual que conoce.

Transmisión de estas infecciones.

Manifestaciones clínicas de las ITS.

Curación de las ITS/VIH/SIDA.

Variables de actitudes:

Actitud ante el nivel de atención médica de estas infecciones.

Actitud ante una ITS.

Prevención de las ITS.

Actitud ante relaciones sexuales con desconocidos o pocos conocidos.

Variables de prácticas:

Parejas en los 3 últimos meses: cuantas.

Práctica sexual: Homosexual, heterosexual, bisexual.

Hábito sexual: Anal, oral, genital.

Portador de una ITS en alguna ocasión: Mencionarla.

Conversar con su pareja sobre el tema.

Relaciones sexuales embriagado o bajo los efectos de drogas.

Uso del condón:

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

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

Nunca: Cuando no forma parte de sus prácticas sexuales.

Razones por lo que no lo usa:

Disminuye la sensibilidad.

No sabe utilizarlo.

Pena negociarlo con la pareja.

Vergüenza adquirirlo en la farmacia.

Pareja estable.

Relaciones sexuales con desconocidos.

Uso del condón en estas relaciones

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

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

Nunca: Cuando no forma parte de sus prácticas sexuales.

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

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

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

4.7.4.2.1. Puntuación final de las variables del primer instrumento:

Variables de conocimiento

Buena cuando los puntos alcanzados entre 8 y 11 puntos.

Regular entre 7.8 y 5 puntos.

Mala por debajo de 5 puntos.

Variables de actitudes

Buena: entre 6 y 10 puntos.

Regular entre 5.9 y 3 puntos.

Mala por debajo de 3 puntos.

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

Variables de prácticas

Buena de 0 a 4 puntos.

Regular de 5 a 6 puntos.

Mala de 7 a 10 puntos.

Las variables de prácticas serán evaluadas a los tres meses después de la intervención.

4.7.4.3. La sección VI del formulario:

Corresponde a la escala de autoeficacia, siguiendo la teoría de Albert Bandura, para prevenir el SIDA con 26 preguntas de intención.

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

Correspondió a la escala de autoeficacia, siguiendo la teoría de Albert Bandura, para prevenir el SIDA con 26 preguntas de intención.

4.7.5. Como se procedió a recolectar los datos:

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

4.7.5.1. De la intervención educativa:

La intervención educativa se realizó en las aulas de clases de cada grupo, se programó seis sesiones con duración de una hora cada una. Las charlas fueron interactivas con la participación de los estudiantes, quienes podían exponer sus dudas.

4.7.5.2. Las cuatro primeras sesiones consistieron en:

Analizar la definición de sexualidad sana, abarcando los conceptos de la OMS, una descripción de la anatomía genital masculina y femenina: presentación en power point.

Descripción de las ITS con signos y síntomas: presentación en power point.

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

4.7.5.3. Las dos sesiones últimas consistieron en:

El análisis de historias narradas (ANEXO IV: Historias Narradas):

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

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

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

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

4.7.6. Materiales utilizados:

- ✓ Esferográficos.
- ✓ Computador e in foccus (facilitados por la Facultad de Ciencias)
- ✓ CD
- ✓ Fotocopias de los cuestionarios.
- ✓ Fotocopias de dos historias narradas.
- ✓ Manual de prevención de las ITS.
- ✓ Se aplicó el mismo cuestionario a los 3 meses de realizada la intervención educativa.

4.8. Análisis Estadístico:

La información fue recolectada en el cuestionario (Anexo II), 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 dependientes de conocimientos, actitudes y prácticas.

La escala de autoeficacia fue analizada tomando en cuenta el nivel de seguridad de muy seguro o totalmente 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.

4.9. Normas éticas: Se guardó cuidado en el procedimiento ético, solicitando a los estudiantes que llenaran el documento de consentimiento informado. (Anexo III)

4.10. Recursos humanos y técnicos:

Se contó con el permiso y la colaboración correspondiente de la Facultad de Psicología Educativa, previa una solicitud realizada en el mes de Enero.

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

CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

5.1 Cumplimiento del tamaño de la muestra.

El estudio se realizó en 77 estudiantes de la Facultad de Psicología Educativa de la Universidad de Cuenca que constituyó el grupo de intervención.

5.2 Tabla Base

Se elaboró una tabla base del grupo tomando en cuenta las variables sociodemográficas

Distribución de 77 estudiantes de la Facultad de Psicología Educativa de la Universidad de Cuenca según variables demográficas.

La mayoría de los estudiantes intervenidos se encontraron en el grupo de edad entre 19 a 23 años, con una media de 22.7años

Por condición de género existe un predominaron de mujeres con el 85% y el 71% de toda la población fueron solteros.

En los entrevistados por religión, se encontró que el 77.9% la católica, el 9% la evangélica y un 10% tuvo otras religiones. El 81% de los entrevistados fueron residentes en la zona urbana.(Ver cuadro N°1)

Cuadro N° 1

Distribución de 77 estudiantes de la Facultad de Psicología Educativa de la Universidad de Cuenca según variables demográficas.

Cuenca 2009.

Grupos de edad	Frecuencia N ° 77	Porcentaje (%)
19 a 23	54	70,1
24 a 28	19	24,7
29 a 33	3	3,9
34 a 38	1	1,3
Genero		
Masculino	11	14,3
Femenino	66	85,7
Estado Civil		
Soltero	55	71,4
Casado	15	19,5
Viudo	1	1,3
Divorciado	1	1,3
Unión libre	5	6,5
Religión		
Católica	60	77,9
Evangelica	7	9,1
Testigo de Jehova	0	0,0
Otro	10	13,0
Residencia		
	Frecuencia	Porcentaje (%)
Urbano	63	81,8
Rural	14	18,2

Fuente: Base de datos.

Elaboración: Los autores.

5.3. Resultados antes y después de la intervención educativa:

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

En conocimientos después de la intervención se logró un incremento 4,3 %, en actitudes se logró un incremento de 1,7 %, y en prácticas se observó una disminución de 0.4 %. En el grafico N° 1 se observan las modificaciones en conocimientos, actitudes y prácticas antes y después de la intervención educativa. (Ver cuadro N° 2 y Grafico N°1)

Cuadro N° 2

Promedio de proporciones de conocimientos, actitudes y prácticas de los Estudiantes de la Facultad de Psicología Educativa de la Universidad de Cuenca antes y después de la intervención educativa.

Cuenca 2009

Preguntas	Preintervención	Postintervención
Conocimientos	64,90%	69,20%
Actitudes	76,20%	78,00%
Practicas	36,30%	35,90%

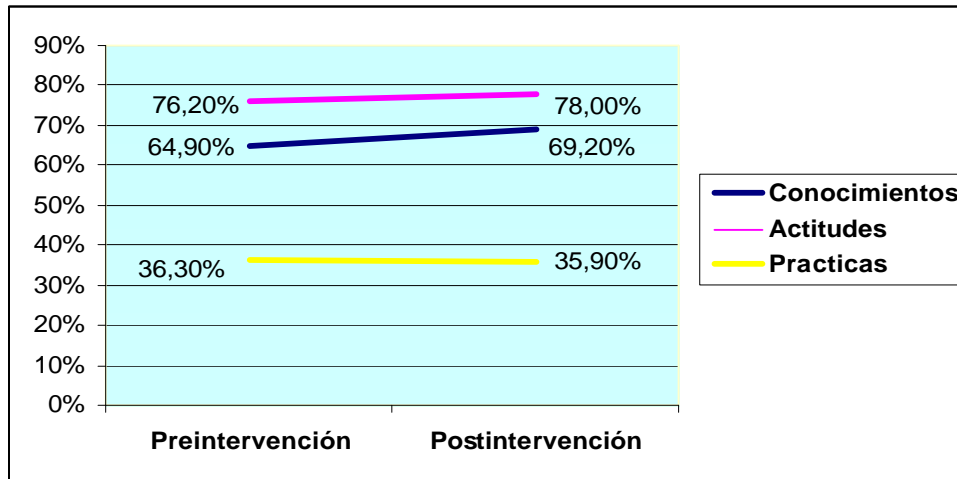
Fuente: Base de datos.

Elaboración: Los autores.

Grafico N° 1

Promedio de proporciones de conocimientos, actitudes y prácticas de los Estudiantes de la Facultad de Psicología Educativa de la Universidad de Cuenca antes y después de la intervención educativa.

Cuenca 2009



Fuente: Cuadro N° 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 17.8 ± 4.3 para los estudiantes de la Facultad de Psicología Educativa.

En cuanto al número de personas con las que tuvieron relaciones sexuales, en los 3 últimos meses fue de $1,9 \pm 2.6$ en la encuesta realizada antes de la intervención educativa, mientras que la media en la postintervención fue de $1,2 \pm 0,5$, la diferencia de medias da un valor de $p = 0.246$ que no es significativo. (Ver cuadro N°3)

Cuadro N 3

Edad Inicio relaciones Sexuales

	Frecuencia	Porcentaje	Media
13-17	18	23.4	17.88
18-21	22	28.57	
>21	5	6.5	
No relaciones	32	41.55	
Total	77	100	

Fuente: Base de datos.

Elaboración: Los autores.

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

Prueba T de Student para muestras dependientes.

Clave de calificación:

Variables de conocimiento:

Buena cuando los puntos alcanzados entre 8 y 11 puntos.

Regular entre 7.9 y 5 puntos.

Mala por debajo de 5 puntos.

Variables de actitudes:

Buena: entre 6 y 10 puntos.

Regular entre 5.9 y 3 puntos.

Mala por debajo de 3 puntos.

Variables de prácticas:

Buena de 0 a 4 puntos.

Regular de 5 a 6.9 puntos.

Mala de 7 a 10 puntos.

Conocimientos de los estudiantes de la Facultad de Psicología Educativa de la Universidad de Cuenca sobre ITS y VIH-SIDA antes y después de la intervención. Cuenca 2009

No se encontró un aumento significativo de los conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual (ITS) a excepción de condiloma y herpes: P 0.008 y 0.046 respectivamente.

En el conocimiento de las vías de transmisión de las ITS solo hubo aumento en el ítem: con penetración: P 0.048

En el conocimiento de los signos y síntomas de las ITS hubo un incremento significativo en los ítems Dolor en vientre bajo P 0.054, secreción P 0.045 y verrugas P 0.026, en los demás no hubo aumento significativo.

Sobre el tratamiento de las ITS, no se encontró una modificación en de los ítems, excepto en el ítem sobre SIDA p 0.053.

De acuerdo a la calificación, se observa antes y después de la intervención la puntuación fue buena.

En *conocimiento sobre ITS* En la cuales se encontró un promedio de 7.4 ± 1.8 DS, después de la intervención fue del $7.8 \pm 1,6$ con una puntuación regular según el instructivo de calificación.

En *conocimiento de las vías de transmisión de las ITS* antes de la intervención se obtuvo una media de 9.5 ± 1.6 y después de la intervención la media fue de $9,7 \pm 1,4$ lo cual nos indica que antes y después de la intervención la puntuación fue buena.

En *síntomas y signos de las ITS* antes de la intervención se obtuvo una media de 5.2 ± 2 y después de la intervención la media fue de 5.9 ± 1.8 lo cual nos indica una puntuación regular sin aumento significativo, al igual que en la pregunta *conocimientos sobre curación de ITS* que consta con resultados similares. (Ver cuadros N° 4 y 5)

Cuadro N° 4

Calificación de Conocimientos de los estudiantes de la Facultad de Psicología Educativa de la Universidad de Cuenca sobre ITS y VIH-SIDA antes y después de la intervención. Cuenca 2009

Pregunta	Preintervención		Postintervención		Valor P
	Media	DE	Media	DE	
7	7,4	± 1,8	7,8	± 1,6	0,109
8	9,5	± 1,6	9,7	± 1,4	0,250
9	5,2	± 2,0	5,9	± 1,8	0,027
10	5,9	± 2,8	6,4	± 2,9	0,301

Fuente: Base de datos.

Elaboración: Los autores.

Cuadro N° 5

Promedio de Conocimientos de los estudiantes de la Facultad de Psicología Educativa sobre ITS y VIH-SIDA. Cuenca 2009

PREGUNTA	Preintervención		Posintervención		VALOR P
	Nº = 77	%	Nº = 77	%	
# 7					
Condiloma	11	14,3	25	32,5	0,008
Herpes	72	93,5	76	98,7	0,046
Sífilis	68	88,3	71	92,2	0,415
Sida	76	98,7	77	100,0	0,316
Gonorrea	70	90,9	69	89,6	0,786
Tricomoniasis	15	19,5	18	23,4	0,556
Clamidiasis	36	46,8	38	49,4	0,747
Otro	9	11,7	7	9,1	0,597
# 8 Como Se Transmiten					
Sin penetración	40	51,9	36	46,8	0,519
Con penetración	74	96,1	77	100,0	0,048
Transfusión	73	94,8	76	98,7	0,173
Madre infectada	69	89,6	73	94,8	0,229
Beso o sudor	3	3,9	5	6,5	0,468
Otro	6	7,8	9	11,7	0,415
#9 Como se Manifiestan					
Vientre bajo	18	23,4	29	37,7	0,054
Secreción	64	83,1	69	89,6	0,045
Verrugas	61	79,2	68	88,3	0,026
Manchas	59	76,6	57	74,0	0,709
Inflamación	47	61,0	47	61,0	1,000
Otro	9	11,7	10	13,0	0,806
# 10 Son Curables					
Sífilis	48	62,3	54	70,1	0,307
Condiloma	48	62,3	47	61,0	0,868
Blenorragia	53	67,5	53	68,8	0,863
Clamidiasis	47	61,0	50	64,9	0,617
Sida	6	7,8	1	1,3	0,053

Actitudes de los estudiantes de la Facultad de Psicología Educativa de la Universidad de Cuenca sobre ITS y VIH-SIDA antes y después de la intervención Cuenca 2009

En la recomendación a donde debe acudir un amigo(a) que padece una ITS antes de la intervención se obtuvo una media de 7.4 ± 2.4 y después de la intervención la media fue de 7.8 ± 2 que indica que se mantiene una puntuación buena tanto antes y después de la intervención.

En la actitud ante un amigo(a) con una ITS antes de la intervención se obtuvo una media de $8,2 \pm 2,4$ y después de la intervención la media fue de $8,6 \pm 2,3$. Se mantuvo una puntuación buena antes y después de la intervención.

En la recomendación a un amigo(a) para no infectarse con una ITS, mantiene una puntuación buena antes y después de la intervención.

En la recomendación a un amigo(a) que mantiene relaciones con desconocidos(as) se observa que le corresponde puntuación buena antes y después de la intervención con una media antes de $7,9 \pm 2$ y de $7,8 \pm 2,1$ respectivamente. (Ver cuadro N°6)

Con respecto a las actitudes: hacia los padres, ir al hospital, al médico, acudir a los amigos, ayudar a un amigo con ITS, , recomendar que acuda a un médico, incrementa sus conocimientos sobre ITS, fidelidad, escoger bien a la pareja, uso del preservativo, no tener relaciones con desconocidos, no existe un aumento significativo.

Dentro de las actitudes acerca de acudir a la farmacia, que es propio de la edad, que aprendió a hacer el amor, hubo una disminución, aunque no significativas. (Ver cuadro N°7)

Cuadro N° 6

Promedio de calificaciones de Actitudes de los estudiantes de la Facultad de Psicología Educativa de la Universidad de Cuenca sobre ITS y VIH-SIDA antes y después de la intervención Cuenca 2009

Pregunta	Preintervención		Postintervención		Valor P
	Media	DE	Media	DE	
11	7,4	± 2,4	7,8	± 2,0	0,325
12	8,2	± 2,4	8,6	± 2,3	0,218
13	7,0	± 2,0	6,9	± 1,7	0,734
14	7,9	± 2,0	7,8	± 2,1	0,940

Fuente: Base de datos.

Elaboración: Los autores.

Cuadro N° 7

Actitudes de los estudiantes de la Facultad de Psicología Educativa de la Universidad de Cuenca sobre ITS y VIH-SIDA antes y después de la intervención

Cuenca 2009

PREGUNTA	Preintervención		Posintervención		VALOR P
	Nº= 77	%	Nº= 77	%	
Hospital	68	88,3	71	92,2	0,415
Médico	60	77,9	61	79,2	0,844
Farmacia	11	14,3	10	13,0	0,841
Amigo	12	15,6	9	11,7	0,481
Padres	63	81,8	65	84,4	0,667
Otro	16	20,8	17	22,1	0,844
# 11					
Alejarse	2	2,6	1	1,3	0,560
Ayudaría	56	72,7	60	77,9	0,455
Aprendió	2	2,6	1	1,3	0,560
Edad	2	2,6	1	1,3	0,560
Médico	10	90,9	72	93,5	0,548
# 12					
Conocimientos	37	48,1	27	35,1	0,102
No relaciones	71	92,2	74	96,1	0,303
Fidelidad	71	92,2	73	94,8	0,513
Escoger	65	84,4	60	77,9	0,303
Condón	66	85,7	71	92,2	0,199
Sin penetración	13	16,9	7	9,1	0,150
# 13					
Condón	71	92,2	69	89,6	0,575
Lavarse	38	49,4	33	42,9	0,419
Médico	69	89,6	86	86,8	0,595
No desconocidos	59	76,6	66	85,7	0,149

Fuente: Base de datos.

Elaboración: Los autores.

Prácticas de los estudiantes de la Facultad de Psicología Educativa de la Universidad de Cuenca sobre ITS y VIH-SIDA antes y después de la intervención Cuenca 2009

En tipo de práctica sexual antes de la intervención tuvo un promedio de 4.2 ± 1.2 y después de la intervención 3.8 ± 0.8 . La disminución no fue significativa $P=0.170$. Aunque cambio la puntuación de regular a buena.

En los padecimientos de ITS, el $0,3 \pm 1.6$ antes de la intervención disminuyó a 0 después de la intervención. Antes y después tuvo una puntuación buena.

El promedio de $2.1 \pm 4,2$ de conversar con la pareja sobre ITS convertido en 2.4 ± 4.4 después de la intervención indica que antes y después se mantiene una puntuación buena.

Relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol u otras sustancias: antes y después de la intervención indica que mantuvo con una puntuación buena.

El promedio sobre uso del preservativo antes y después de la intervención indica una puntuación regular, sin modificación luego de la intervención

En promedio del uso de preservativo en relaciones sexuales con desconocidos se mantuvo una puntuación mala antes $7,0 \pm 2,7$ y después de la intervención $7,3. \pm 2,7$. (Ver cuadro N°8)

En la valoración de prácticas el beneficio de la intervención se midió a través de la disminución de las prácticas de riesgo en la pos intervención con respecto a la pre intervención.

Se encontraron preferencias homosexuales en 2 sujetos de estudio.

En el grupo de ítems sobre tipo de práctica sexual aumentó, aunque no significativamente el hecho de conversar con la pareja sobre ITS.

No hubo disminución en frecuencia de ITS y acerca de relaciones fortuitas en el período de intervención.

En relación a los ítems, disminuye la sensibilidad, de 14.6 a 3.3% $P=0.033$, negociación de uso de condón, vergüenza en la adquisición de condón P

0.021, hubo una disminución lo que se interpreta como una reducción en las prácticas de riesgo. (Ver cuadro N°9)

Cuadro N° 8

Prácticas de los estudiantes de la Facultad de Psicología Educativa de la Universidad de Cuenca sobre ITS y VIH-SIDA antes y después de la intervención Cuenca 2009

PREGUNTA	Preintervención		Posintervención		VALOR P
	Media	DE	Media	DE	
18	4,2	± 1,2	3,8	± 0,8	0,170
19	4,5	± 1,5	5,1	± 2,3	0,271
20	0,3	± 1,6	0,0	± 0,0	0,324
21	2,1	± 4,2	2,4	± 4,4	0,768
22	3,6	± 4,9	2,7	± 4,5	0,374
23	6,2	± 1,6	5,9	± 1,6	0,356
25	1,8	± 3,9	2,1	± 4,1	0,744
26	7,0	±2,7	7,3	± 2,7	0,751

Fuente: Base de datos.

Elaboración: Los autores.

Cuadro N° 9

Prácticas de los estudiantes de la Facultad de Psicología Educativa de la Universidad de Cuenca sobre ITS y VIH-SIDA antes y después de la intervención

Cuenca 2009

PREGUNTA	Preintervención		Posintervención		VALORP
#18	Nº	%	Nº	%	
Mismo sexo	1	1,3	2	2,6	0,560
Sexo contrario	45	58,4	42	56,5	0,626
Ambos sexos	1	1,3	0	0,0	0,316
# 19					
Sexo oral	16	20,8	19	25,3	0,505
Sexo anal	6	59,7	6	58,7	0,893
Coito genital	46	59,7	44	58,7	0,893
# 20					
Padeció ITS	1	1,3	1	1,3	1,000
# 21					
Conversa	38	49,4	43	55,8	0,420
# 22					
Embriaguez	16	20,8	18	23,4	0,698
# 23					
Disminuye	7	14,6	2	3,3	0,033
No sé utilizarlo	48	100,0	62	100,0	1,000
Me da pena	4	8,3	0	0,0	0,021
Vergüenza	4	8,3	0	0,0	0,021
Considero	25	50,0	6	9,5	0,000
#24					
Fortuitas	11	14,3	11	14,3	1,000

Fuente: Base de datos. **Elaboración:** Los autores.

5.6 Escala de autoeficacia para prevenir el SIDA

5.6.1 Autoeficacia de los estudiantes de la Facultad de Psicología Educativa de la Universidad de Cuenca medida por el nivel de mayor seguridad subescala A de preguntas, antes y después de la intervención.

Se tomó en cuenta la mayor seguridad; es decir muy seguro o totalmente seguro. Antes de la intervención encontramos una gran seguridad en decir No a las relaciones sexuales con alguien cuya historia sexual es desconocida, alguien con el que ya han tratado con anterioridad, alguien con quien han estado bebiendo alcohol, o utilizando drogas y alguien con el que su nivel de excitación sexual es alto, encontrándose un aumento significativo en el nivel de seguridad de los estudiantes; luego de la intervención los estudiantes indicaron tener mayor seguridad sobre: alguien a quien has tratado con anterioridad, de 72.7 a 87% con $P=0.027$, alguien a quien deseas tratar de nuevo, de 75 a 84% con $P=0.015$, con alguien con quien ha tenido relaciones sexuales, de 58.4 a 75.3, $P=0.026$; Bajo los efectos del alcohol para acceder a tener relaciones sexuales, de 76 a 89.6% $P=0.031$; Acerca de haber utilizando drogas, de 76.6 a 90% $P=0.016$ Donde no se encontró un aumento significativo es en los ítems, alguien que se enamore de usted, y alguien que te presiona a tener relaciones sexuales. (Ver cuadro N°10)

Cuadro N° 10

Autoeficacia de los estudiantes de la Facultad de Psicología Educativa de la Universidad de Cuenca medida por el nivel de mayor seguridad subescala A de preguntas, antes y después de la intervención.

Cuenca 2009

PREGUNTA	Preintervención	%	Posintervención	%	VALOR P
	N°= 77		N°= 77		
A1	64	83,1	67	87,0	0,498
A2	64	83,1	71	92,2	0,086
A3	65	84,4	72	93,5	0,072
A4	56	72,7	67	87,0	0,027
A5	58	75,3	65	84,4	0,015
A6	45	58,4	58	75,3	0,026
A7	64	83,1	70	90,9	0,150
A8	69	89,6	70	90,9	0,786
A9	59	76,6	69	89,6	0,031
A10	59	76,6	70	90,9	0,016
A11	47	61,0	61	79,2	0,014

Fuente: Base de datos. **Elaboración:** Los autores.

5.6.2 Autoeficacia de los estudiantes de la Facultad de Psicología Educativa de la Universidad de Cuenca medida por el nivel de mayor seguridad

Subescala B de preguntas, antes y después de la intervención.

La subescala B consta de 4 preguntas que hacen referencia a la seguridad percibida de preguntar al novio/novia sobre relaciones sexuales anteriores, uso de drogas, experiencia homosexual y discutir sobre el SIDA; no se encontró diferencia significativa, antes y después de la intervención la seguridad obtenida fue alta. Excepto en preguntar a la pareja sobre prácticas homosexuales. 64.9% en preintervención y 66.2% en postintervención (Ver cuadro N°11)

Cuadro N° 11

Autoeficacia de los estudiantes de la Facultad de Psicología Educativa de la Universidad de Cuenca medida por el nivel de mayor seguridad

subescala B de preguntas, antes y después de la intervención.

Cuenca 2009

PREGUNTA	Preintervención		Posintervención		VALOR P
	Nº=77	%	Nº=77	%	
B1	68	88,3	67	87,0	0,806
B2	72	94,7	70	92,1	0,513
B3	66	85,7	64	83,1	0,657
B4	50	64,9	51	66,2	0,865

Fuente: Base de datos.

Elaboración: Los autores.

5.6.3 Autoeficacia de los estudiantes de la Facultad de Psicología Educativa de la Universidad de Cuenca medida por el nivel de mayor seguridad

Subescala C de preguntas, antes y después de la intervención.

La subescala C de preguntas recoge el nivel de seguridad percibida por los estudiantes en relación al uso correcto del preservativo, contar con dinero para adquirirlo, abstinencia sexual, no se encontró diferencia significativa.

En el ítem negarse a tener relaciones sin uso de Condón se encontró un aumento significativo de la seguridad: 72.7 a 79.2 % $P=0.046$; al igual que conversar con padre y madre sobre temas sexuales, $P=0.015$ y $P=0.020$ respectivamente.

Se encontró un nivel bajo de seguridad en ítems acudir a comprar condones: 61 % pre intervención y 67.5 post intervención, sin un aumento significativo en la seguridad. (Ver cuadro N°12)

Cuadro N° 12

Autoeficacia de los estudiantes de la Facultad de Psicología Educativa de la Universidad de Cuenca medida por el nivel de mayor seguridad subescala C de preguntas, antes y después de la intervención.

Cuenca 2009

PREGUNTA	Preintervención		Posintervención		VALOR
	Nº = 77	%	Nº = 77	%	
C1	57	74,0	58	75,3	0,853
C2	69	89,6	69	89,6	1,000
C3	46	59,7	52	67,5	0,315
C4	46	59,7	52	67,5	0,315
C5	60	77,9	58	75,3	0,703
C6	56	72,7	61	79,2	0,046
C7	65	84,4	61	79,2	0,403
C9	45	58,4	49	63,6	0,509
C10	60	77,9	60	77,9	1,000
C11	35	45,5	50	64,9	0,015
C12	41	53,2	55	71,4	0,020

Fuente: Base de datos.

Elaboración: Los autores.

CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

En nuestro estudio la edad de inicio de relaciones sexuales para el grupo intervenido fue de 18.0 ± 4.3 años. En un estudio realizado en Ecuador por Miranda J. en cuatro universidades del país donde intervinieron 500 estudiantes encontró que la edad promedio de la primera relación sexual es 18 años en las mujeres y 16 años en los varones (28). En un estudio realizado por Velázquez en Lima Perú en 454 estudiantes encontró que el 22 % refieren haber tenido relaciones sexuales entre los 14 y 17 años y el 8% sufrió algún tipo de abuso sexual (29). En otro estudio similar realizado en Bucaramanga Colombia por López Nahyr et al., demuestra un promedio de la edad de 17 ± 1.9 años en que tuvieron su primera relación sexual en mujeres y con 15 ± 2.2 años en los varones (30). El estudio realizado en Cundinamarca Colombia por Gonzales F. revela que la edad de inicio de las relaciones sexuales para los hombres es de 14 años y para mujeres es de 15 años (31). Otro estudio realizado en la Universidad de Chile por Ruiz A. et al, reveló que el 67% de los estudiantes había tenido relaciones sexuales alrededor de los 17-18 años en su mayoría heterosexuales (97%) (32).

En nuestro estudio la media de número de parejas sexuales en los últimos 3 meses para los estudiantes universitarios fue $1,9 \pm 2.6$. En el estudio realizado por Ruiz A. et al, en la Universidad de Santiago, encuentra que la mayoría de los estudiantes (74%) había tenido hasta tres parejas sexuales y de estos mismos individuos el 18% no había tenido relaciones sexuales en los últimos seis meses, y el 65% había mantenido relaciones con la misma persona. (32) En otro estudio realizado por González J. et al, encontró que el 4% de los estudiantes habían tenido relaciones sexuales con más de una persona en el último año. (33)

Los hallazgos en este estudio revelan que los estudiantes reconocen antes de la intervención al SIDA, gonorrea y sífilis en el 98,7 %, 90.9% y 83,3 %, respectivamente. Después de la intervención el conocimiento sube a 100%,

94,8 % y 98,7% en el mismo orden ($P < 0,05$). En Cundinamarca, Colombia, Gonzales F. revela que las enfermedades más conocidas son el SIDA (51.8%), sífilis (12.1%) y gonorrea (9.6%). (31) En el estudio realizado por Velázquez encontró que los estudiantes reconocen el SIDA, gonorrea y sífilis como enfermedades de transmisión sexual con 38,5 %, 45,2 % y 45,8 % respectivamente antes de la intervención y luego de la intervención esos conocimientos aumentan al 53,9 %, 71,5 % y 69,7 % (29). Según el II Informe Nacional de los objetivos de desarrollo del milenio en Ecuador; revela que han oído acerca del SIDA: en la Sierra el 88,1%, en la Costa el 96,5 % y en la Amazonía el 75,9 %. (34).

En nuestra investigación el conocimiento sobre condiloma antes de la intervención fue del 14,3% y de la tricomoniasis fue 19,5% y luego de la intervención subió a 32,5 % y 23,4% respectivamente. En el estudio de Freire E, realizado en un grupo de conscriptos de un fuerte acantonado en Cuenca encontró que el 3.7% conocían sobre condiloma y un 5,2% sobre la tricomoniasis, luego de la intervención subió a 81,1 % y 67,8 % respectivamente. (35).

En un estudio realizado en Colombia por González F. et al. revela que el 12.2% conocen el Herpes (31). En cuanto a conocimiento de Herpes en este estudio en el grupo intervenido fue de 93,5%; luego de la intervención subió a 98,7%.

En relación a las formas de transmisión en Nuestro este estudio se encontró que 3,9% de los estudiantes tenían esta idea errónea; luego se elevó a 6,5%. Se observó que el 94,8% del grupo intervenido reconocía como vía de transmisión las transfusiones sanguíneas antes de la intervención, y posteriormente ascendió a 98,7%. En el estudio realizado por Macchi MI et al. en Paraguay en estudiantes de educación media en el año 2006 se encontró que reconocían esta vía en un 94% (36), En el estudio realizado por Rodríguez F. et al. en Argentina en universitarios, indica que el 80% reconoce este medio de transmisión. (37)

Con respecto al conocimiento de las manifestaciones de las ITS, en el presente estudio antes de la intervención fue de 83,1% y después subió a 89,6% ($P =$

0,240)., Velázquez A., encontró que el 18,8 % de los adolescentes reconocían la presencia de secreción por los genitales externos antes de la intervención y después subió a 36,5 %, los hallazgos encontrados (29).

Sobre el conocimiento de la curación de las ITS, en el presente estudio encontramos que el 7.8% de los estudiantes antes de la intervención consideraban que el SIDA tiene cura y después de la intervección el 1.3, el descenso fue importante pero no significativo. Macchi MI et al; detectó que cerca del 4% de los jóvenes considera que el SIDA tiene cura (36).

Sobre la actitud hacia los padres, el presente estudio revelan un ascenso de 81,8% en los estudiantes, con un porcentaje final alcanzado de 84,4 % luego de la intervención educativa. Freire E. percibe un ascenso de esta actitud positiva en un 15% en los conscriptos (35).

Ruiz A. et al, indica que sólo la mitad de los estudiantes que han sufrido una enfermedad de transmisión sexual, recibió tratamiento por parte de un médico (32), en este estudio se encontró que el 93,5 % de los estudiantes indican acudir a un medico en caso de una ITS.

Con respecto a la actitud de ayudar a un amigo(a) a curarse, en este estudio 72,7% del grupo intervenido respondió que sí antes de la intervención y 77,9% luego de la intervención. López Nahyr et al, encontró que el 99 % de los jóvenes estuvieron de acuerdo con que deberían apoyarlo (38),

En la variable propio de la edad, el porcentaje encontrado descendió de 2,6 % a 1,3%, lo que significa que esta actitud negativa disminuyo. Freire E encontró un descenso considerable de esta actitud en el grupo intervenido, que correspondió al 50.5% (35),

Entre las medidas preventivas Miranda J encontró conocimiento de tres medidas de prevención: abstinencia (29 %), fidelidad (62.5 %) y condón (73.1 %) (28), en este estudio se encontró a la fidelidad como medio de prevención en un 92,2%; la abstinencia en 96,1% y el uso del condón en un 92,2%.

En cuanto a las prácticas de los universitarios, los hallazgos encontrados en este estudio revela un incremento significativo de esta práctica del 49,4% al

55,8%, después de la intervención. López Nahyr et al. encontró que el 91% de los jóvenes consideran favorable hablar con la pareja sobre estas infecciones y el 4% consideran que esto no debe hacerse (38),. Se mantienen algunas prácticas de riesgo, con una frecuencia similar; los estudiantes que indican no uso del preservativo en las relaciones sexuales: refieren que disminuye la sensibilidad, vergüenza, aunque no cambio la percepción de no saber utilizar el preservativo; en cuanto a tener relaciones sexuales con personas desconocidas tampoco se obtuvo modificación mayor. López Nahyr et al, también determinó que los jóvenes están de acuerdo en que el condón disminuye el placer, de tener relaciones sexuales con amistades casuales (13 % mujeres y 45% hombres) y 4% ha tenido relaciones sexuales bajo efecto de drogas y 41% de individuos las ha tenido bajo efecto del alcohol. (38)

En el estudio de Ruiz A. et al, el 1% de los estudiantes habían tenido alguna enfermedad de transmisión sexual en la vida (32), mientras que en este estudio el 1,3% de los estudiantes lo tuvieron alguna vez en su vida. Gonzáles F. et al, revela que un porcentaje menor al 10% de personas encuestadas han padecido alguna ETS (31).

La intervención educativa mejoro el nivel de autoeficacia; luego de la intervención los estudiantes indicaron tener mayor seguridad sobre negarse a tener relaciones sexuales bajo situaciones de presión; como alguien a quien has tratado con anterioridad, de 72.7 a 87% con $P=0.027$, alguien a quien deseas tratar de nuevo, de 75 a 84% con $P=0.015$, con alguien con quien ha tenido relaciones sexuales, de 58.4 a 75.3, $P 0.026$; Bajo los efectos del alcohol para acceder a tener relaciones sexuales, de 76 a 89.6% $P=0.031$; Acerca de haber utilizando drogas, de 76.6 a 90% $P=0.016$

La subescala C en relación al uso correcto del preservativo, E el ítem negarse a tener relaciones sin uso de Condón se encontró un aumento significativo de la seguridad: de 72.7 a 79.2% $P=0.046$; al igual que conversar con padre y madre sobre temas sexuales, $P0.015$ y $P0.020$ respectivamente. Se encontró un nivel bajo de seguridad en ítems acudir a comprar condones: 61 % pre intervención y 67.5 post intervención, sin un aumento significativo en la

seguridad. Freire E, aplicando la escala de autoeficacia en los conscriptos, demostró que el grupo intervenido mejoró la percepción para las subescalas A, B y C de la prevención del SIDA con mayor nivel de seguridad para la percepción del uso del preservativo, confianza con los padres y fidelidad (35).

CAPITULO VII

7.1 CONCLUSIONES

En el transcurso de nuestra investigación realizada a 77 estudiantes de la Escuela de Psicología Educativa, de La Universidad Estatal de Cuenca, Durante el Periodo 2008-2009 se llegaron a las siguientes conclusiones:

- Ø La mayoría de los estudiantes intervenidos se encontraron en el grupo de edad entre 19 a 23 años, con mayor frecuencia del género femenino. El 71.4% de estudiantes son solteros, con mayor número de estudiantes de religión católica.
- Ø La media de edad de inicio de las relaciones sexuales fue de 18.0 ± 4.3 para los estudiantes de la Facultad de Psicología Educativa, con un 41% que no ha tenido relaciones sexuales, situación que nos permitiría orientar el tiempo para empezar a actuar y fomentar los conocimientos y la comunicación acerca de prácticas sexuales saludables, y prevención de ITS
- Ø Se encontró un aumento aunque no significativo en los conocimientos sobre ITS, a excepción de Herpes y Condiloma. Respecto a las manifestaciones de las ITS si se encontró una diferencia significativa $p < 0.05$ después de la intervención, además de que existía un buen conocimiento previo a la intervención acerca del modo de transmisión, puntos importantes para la prevención
- Ø Las actitudes demostraron diferencias significativas $p < 0,05$, indicando después de la intervención una mejor actitud de los estudiantes ante un amigo que padeciera una ITS a donde le recomendaría acudir, ante un amigo con una ITS, consejos a un amigo para no infectarse con una ITS, y a un amigo que tiene relaciones sexuales con desconocidos.
- Ø Hubo un incremento significativo en los porcentajes de los conocimientos luego de la intervención en: Condiloma y herpes, también hubo

un incremento en los conocimientos de la forma de transmisión de las ITS, en relación a la forma de transmisión por beso o sudor en la que se espera que disminuya este conocimiento erróneo.

Ø En referencia a la seguridad percibida de preguntar al novio/novia sobre relaciones sexuales anteriores, uso de drogas, experiencia homosexual y discutir sobre el SIDA; no se encontró diferencia significativa, tomando en cuenta que antes y después de la intervención la seguridad obtenida fue alta. Más del 85% estaba seguro de establecer dichas preguntas.

Ø La intervención educativa mejoró el nivel de seguridad a negarse a tener relaciones sexuales sin que la acepte el uso del condón. $P=0.046$; y sobre la conversación con padres acerca de temas de sexualidad: padre $P=0.015$, madre $P= 0.020$

7.2 RECOMENDACIONES

Según los resultados Obtenidos y las conclusiones establecidas en la presente investigación se debe tomar en cuenta las siguientes recomendaciones:

1. Recomendar a las autoridades de las diferentes Escuelas de la Universidad de Cuenca, crear un marco de cooperación con la Facultad de Ciencias medicas en el que conste planes de capacitación y actualización de conocimientos sobre ITS
2. Integrar en el currículo estudiantil un modulo sobre salud sexual y reproductiva.
3. Realizar campañas de prevención de infecciones de transmisión sexual en las diferentes Escuelas.
4. Realizar estudios de investigación acerca de la prevalencia de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA en los estudiantes universitarios.
5. Realizar posteriores intervenciones

CAPITULO VIII

8.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. ONUSIDA, Informe sobre la epidemia mundial de sida, 2008.

Disponible en:

http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp

2. Itzel Rosas Gutiérrez. Martín Serrano Sánchez. Conocimiento acerca de las Enfermedades de Transmisión Sexual entre estudiantes y trabajadores de las Universidad de las Américas Puebla, México, Agosto 2007.

Disponible en: http://www.infarmate.org/pdfs/julio_agosto07/ets.pdf

3. Arango Posada María Cristina. La prostitución universitaria “las prepagos”. Universidad pontificia bolivariana. Escuela de ciencias sociales. Facultad de psicología, Medellín, Colombia, 2006.

Disponible en: <http://eav.upb.edu.co/banco/files/TesisLasPrepagos.pdf>

4. Madrazo JM, Castellanos G, Huerta MT, Tarasco M, Marco J. Enfermedades de transmisión sexual y uso del condón para prevenirlas: percepción en estudiantes universitarios. Febrero. 2007.

Disponible en: <http://www.asical.org/es/todo/ATT1124550279-1.pdf>

5. TORRES, Pilar, WALKER, Dilys M., GUTIERREZ, Juan Pablo et al. Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/sida entre adolescentes escolarizados mexicanos. Salud pública Méx. [online]. 2006, vol. 48, no. 4 [citado 2007-10-04], pp. 308-316.

Disponible en: http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-

6. Walter Gómez, Bernardo Damaso, Carlos Cortegana, Pedro Lahura, Juan Motta Comportamientos sociales y sexuales asociados a las infecciones de transmisión sexual en jóvenes del Alto Huallaga, Peru. An Fac med. 2008.

Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v69n1/a04v69n1.pdf>

7. Ministerio de salud pública; Programa nacional de control y prevención del VIH/Sida e ITS. Situación de la epidemia de VIH/Sida en el Ecuador. Periodo 2002-2008.

Disponible en:

http://www.aebe.com.ec/data/files/noticias/Noticias2008/informe_dia_mundial_sida.pdf

8.- Perfil de los sistemas De salud, Ecuador. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma, Octubre, 2008.

Disponible en:

http://www.lachealthsys.org/dmdocuments/Perfil_Sistema_Salud-Ecuador_2008.pdf

9.- Declaración de compromiso sobre VIH-Sida, UNGASS. Informe del gobierno del Ecuador al periodo 2006-2007.

Disponible en:

[http://www.docstoc.com/docs/11952494/UNAIDS-Country-Progress-Report-Ecuador-2008-\(PDF\)](http://www.docstoc.com/docs/11952494/UNAIDS-Country-Progress-Report-Ecuador-2008-(PDF))

10. María Eugenia Escobar. ITS en la adolescencia. 2007

Disponible en:

[http://www.gineadol.com.ar/Documentos/ITS%20en%20la%20Adolescencia%200Dra%20%20Escobar%20\(2\).pps](http://www.gineadol.com.ar/Documentos/ITS%20en%20la%20Adolescencia%200Dra%20%20Escobar%20(2).pps)

11. AIDS & HIV information from AVERT.org, Arica, VIH y SIDA, Noviembre. 2008. Disponible en: <http://www.avert.org/aidsimpact.htm>

12. Estadísticas de VIH & SIDA en Latinoamérica. 2007

Disponible en: <http://www.avert.org/latinoamerica.htm>

13. OMS/FNUAP. Las prioridades de salud sexual y reproductiva reciben un espaldarazo al más alto nivel. Comunicado de prensa. 2006.

Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr34/es/index.html>

14. Luque Fernández Miguel Ángel, Bauernfeind Ariane, Palma Urrutia Pedro Pablo, Ruiz Pérez Isabel. Frecuencia de infecciones de transmisión sexual y factores relacionados en Pweto, República Democrática del Congo, 2004. Gac Sanit [revista en la Internet]. 2008 Feb [citado 2009 Nov 25]; 22(1): 29-34.

Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000100006&lng=es.

15. Palacio Virgilio. Epidemiología de las ETS y Sida, evolución en la prostitución femenina. Sociedad Española para la Investigación de las ETS y SIDA (SEIETSS).

Disponible en:

http://www.dermocosmos.com/espanol/Articulos/epidemiologia_1.htm

16. García Bermúdez Susana. Sífilis (Enfermedad sexual). ABRIL DE 2008.

Disponible en: <http://cienciasbiologia12.blogspot.com/2008/04/sfilis.html>

17. 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>

18. Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), 2007.

Disponible en: <http://www.medicosecuador.com/espanol/articulos/391.htm>

19. Oyarzún Gomberoff Pamela. Importancia de las Infecciones de Transmisión Sexual en Adolescentes. CEMERA, Universidad de Chile. Medwave. Año VII, No. 2, Marzo 2007. Derechos Reservados.

Disponible en:

<http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Congresos/SOGIA2006/4/1264>

20. Panorama de la epidemia en Estados Unidos. Hoja informativa sobre vih/sida. Los latinos y el VIH/SIDA. Mayo 2008

Disponible en: http://www.kff.org/hiv aids/upload/6007_05_S.pdf

21. Banda González Olga Lidia, Medrano Martínez Ma. De los Reyes Nieto Ramona, Cinthya Laura Roxana, Ibarra González Patricia. CONDUCTA SEXUAL DE LOS ADOLESCENTES DE 12 A 19 AÑOS. CD. VICTORIA, TAMAULIPAS. 2008

Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/cccsc/06/gmng.htm>

22. Las múltiples caras de las intersecciones entre el VIH y la violencia contra las mujeres Development Connections, UNIFEM, Organización Panamericana de la Salud, Comisión Interamericana de Mujeres y la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. 2007

Disponible en: <http://www.dvcn.org/Documents/VIHVCMES09.pdf>

23. Actividad sexual y salud reproductiva en mujeres de 15 a 24 años de edad (adolescentes y jóvenes). 2006

Disponible en:

http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/pdf/texto/14_adolescentes.pdf

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

Disponible en:

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-

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

25. Tinsley Randolph Harrison, Principios de Medicina Interna, 15va Edición

26. Teoría del Aprendizaje Social de Albert Bandura. 2007

Obtenido en: <http://www.slideshare.net/psicologiasocialuarcis/teora-del-aprendizaje-social-de-albert-bandura-marcelo-urra>

27. Olaizola Guillermo. Teoría Cognitivo Social de Albert Bandura. 2007.

Obtenido en: <http://www.foroswebgratis.com/mensaje-re-teoria-social-cgnitiva-de-albert-bandura-88875-682444-1-2242146.htm>

28. Miranda Janett. El VIH/sida en las universidades del Ecuador Revista capital, Universidad Central del Ecuador, Universidad Técnica de Ambato, Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí y Universidad Técnica de Esmeraldas Luís Vargas Torres. Proyecto VIH-SIDA, PNUD- CIMUF

Obtenido en: <http://www.revistacapital.com.ec/?p=148>

29. Velásquez Anibal. Efecto de un CD multimedia en los Conocimientos, actitudes y prácticas sobre INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y VIH/SIDA en adolescentes de colegios de Lima Metropolitana. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe. Sistema de Información Científica. Lima-Perú 2005.

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

30. Valdez Carrizo Edgar, Flores Murillo Walter, Vargas Caballero Andrés. EVOLUCIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES, CREENCIAS Y PRÁCTICAS SOBRE LA SEXUALIDAD Y EL VIH/SIDA EN LA CIUDAD DE COCHABAMBA, Bolivia. 2006. Obtenido en: http://www.univalle.edu/publicaciones/revista_salud/revista07/pagina06.htm

31. GONZÁLEZ FERNANDO G. 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. UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COLOMBIA.

Obtenido en:

http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/acta/pdfs/n12/art_5_acta_12.pdf

32. Ruiz Sternberg Angela María, Latorre Santos Catalina, Beltrán Rodríguez Johnny, Ruiz Sternberg Jaime, Vélez van Meerbeke Alberto. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en una población universitaria. Universidad de Chile. 2005.

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

33. González Juan C. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre la Sexualidad en una Población Adolescente Escolar. 2009

Obtenido en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642009000100003&script=sci_pdf&tlng=es

34.- II Informe Nacional de los objetivos de desarrollo del milenio Ecuador 2007. Proyecto estrategia Nacional de Desarrollo Humano y de los objetivos de desarrollo del milenio del PNUD.

Disponible en:

<http://issuu.com/ecuador.nutrinet.org/docs/objetivosmilenioecuador/204>

35. 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. Autoría: Dra. Freire S Eulalia.

36.- MACCHI ML, BENÍTEZ LEITE S, A CORVALÁN, NUÑEZ C, ORTIGOZA D. Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA en jóvenes de nivel medio de Educación, del área metropolitana, Paraguay. Rev. chil. pediatr. 2008 Abr; 79(2): 206-217. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062008000200012&lng=es. doi: 10.4067/S0370-41062008000200012.

37. RODRIGUEZ, Francisco; PRIMO, Silvia E.; MARTINEZ CALVO, Evangelina y SANCHEZ, Martín. Sida / ITS y sexualidad en ingresantes universitarios. Cienc. docencia tecnol. (Entre Ríos) [online]. 2006, n.33 [citado 2009-11-26], pp. 135-150.

Disponible en:

<http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-17162006000200006&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1851-1716.

38. López Nahyr, Ing. Sist., MBE., Vera Lina María, M.D., Orozco Luis Carlos, M.D., Mag. Epi Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infección por VIH en jóvenes de Bucaramanga.

Obtenido en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/VOL32NO1/vih.html>

Capítulo IX

Bibliografía consultada:

1. Patricia Trujillo Linares, María del Carmen Gorbea Robles. Revista mexicana de pediatría. Actualidades epidemiológicas acerca de la infección por VIH en el mundo. Vol. 75, Núm. 4 • Jul.-Ago. 2008 pp 181-184
Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2008/sp084i.pdf>
2. Centro para el control y la prevención de enfermedades. Enfermedades de transmisión sexual. 2008.
Disponible en: <http://cdc.gov/std/Spanish/>
3. Sanjines Víctor. Infecciones de Transmisión Sexual, ITS-VIH/SIDA. Bolivia. Septiembre. 2008.
Disponible en: <http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=20040628161707>
4. Las Enfermedades Infecciosas, El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) / El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) Universidad de Virginia, January 22, 2007.
Disponible en:
http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/peds_infectious_sp/aidshiv.cfm
5. Fransi Galiana Luis, VIH SIDA, Fistera, Guías Clínicas 2008.
Disponible en: <http://www.fistera.com/guias2/vih.asp>
6. Noboa Ortega Patricia, Serrano García Irma. 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>

7. Proyecto de incorporación de la prevención del VIH y Sida en la formación docente en nueve instituciones formadoras de docentes en Argentina, Colombia, Ecuador, Honduras, Perú y República Dominicana. MAYO 2006. LIMA – PERÚ

Obtenido en:

<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001465/146543s.pdf>

8. Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual 2006–2015 OMS [citado 2007 Oct 04]

Disponible en:

http://www.who.int/reproductivehealth/publications/es/stisstrategy/stis_strategy_es.pdf

ANEXO # 1

Formulario No 1

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

Cuenca, 2008

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

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

SECCIÓN I

01 NUMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CUESTIONARIO

Fecha día mes año

FUENTE-ESCUELA:

Psicología Educativa

	Preintervención <input type="checkbox"/>	Posintervención <input type="checkbox"/>
RESULTADO		

Número	Preguntas	Categorías de codificación
SECCIÓN II		
P01	¿En que día, mes y en que año nació?	Día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

P02	¿Cuántos años tiene?	<input type="text"/> <input type="text"/> Años
P03	Genero	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
P04	Estado Civil	Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/>
P05	Religión	Católica <input type="checkbox"/> Evangélica <input type="checkbox"/> T. de Jehova <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
P06	Residencia	Urbano <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>
SECCIÓN III		
P07	¿Qué infecciones de transmisión sexual conoce?	<p>Condiloma 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Herpes 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Sifilis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>SIDA 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Gonorrea 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Tricomoniasis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Clamidiasis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Otras 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Señale cuales----- -----</p>
P08	¿Usted sabe como se transmiten estas infecciones?	<p>Contacto sexual</p> <p>Sin penetración 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Contacto sexual con penetración 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Por una transfusión de sangre 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>De una madre infectada a su hijo por el embarazo, parto o lactancia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>A través del beso o el sudor 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Otras 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p>
P09	¿Usted sabe como se manifiestan	<p>Dolor el vientre bajo 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Secreción por los genitales externos 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p>

	las infecciones de transmisión sexual?	Verrugas en genitales externos 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Manchas en la piel 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Inflamación de Los ganglios 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Otras 1. Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P10	Son curables estas infecciones?	Sífilis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Condiloma 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Blenorragia o Gonorrea 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Clamidiasis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> SIDA 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Trichomoniasis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P11	Si conociera a un amigo o (a) con una ITS. ¿A donde le recomendaría acudir para recibir atención?	A un hospital cercano 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> A su médico de familia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> A una farmacia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> A otro amigo o (a) para que le sugiera tratamiento 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Conversar con sus padres 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Otras 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Cuales _____
P12	Si un amigo o (a) tuviera una ITS; ¿Cuál sería su 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	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"/>

	para no infectarse con una ITS?	<p>Fidelidad a su pareja 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Escoger bien la pareja 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Usar condón en todas las relaciones sexuales 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Tener relaciones sin penetración 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p>
P14	¿Qué sugerencia le daría a un amigo o (a) que le comunica tiene relaciones sexuales con desconocidos o poco conocidos?	<p>Protegerse con el uso del condón 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Lavarse los genitales después de concluida la relación sexual 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Visitar al médico buscando orientación 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>No tener relaciones sexuales con desconocidos 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p>
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	<input type="text"/> <input type="text"/> Personas

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

	relaciones habituales con tu pareja?	3. Nunca <input type="checkbox"/>
P24	Si no lo ha utilizado. ¿Por qué?	Disminuye la sensibilidad 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> No se utilizarlo 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Me da pena negociarlo con mi pareja 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Siento vergüenza al adquirirlo en la farmacia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Considero que mi pareja es estable 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P25	¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales con personas desconocidas o poco conocidas?	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P26	¿Ha utilizado el condón en relaciones fortuitas?	1. Siempre <input type="checkbox"/> 2. Ocasionalmente <input type="checkbox"/> 3. Nunca <input type="checkbox"/>

ANEXO 2

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

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

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

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

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

Anexo 3

Clave de calificación:

Conocimientos

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

Conocimiento de las ITSs

Si reconoce:

Sífilis: 2 puntos

Gonorrea: 2 puntos

SIDA: 2 puntos

Condiloma: 1 punto

Trichomona: 1 punto

Clamidia: 1 punto

Herpes: 1

Otras relacionadas: 1 punto

Pregunta 08. Puntuación final 12 y -2

Conocimiento de las vías de transmisión de las ITSs

Si reconoce:

Contacto con penetración: 3 puntos

Materna: 3 puntos

Transfusión: 3 puntos

Otra con relación: 1 punto

Si reconoce:

Beso, sudor: -2 puntos

Contacto sexual sin penetración: 2 puntos

Pregunta 09. Puntuación final 10 y -2

Conocimiento de los síntomas y signos de las ITS

Si reconoce:

Secreción: 2 puntos

Dolor: 2 puntos

Verrugas: 2 puntos

Inflamación: 1 punto

Manchas: 1 punto

Otras relacionadas: 2 puntos

Otras no relacionadas: -2 puntos

Pregunta 10. Puntuación final entre 10 y -3

Conocimiento sobre curación de las ITS

Si reconoce:

Sífilis: 3 puntos

Trichomona: 2 puntos

Blenorragia: 3 puntos

Clamidia: 2 puntos

SIDA: -2 puntos

Condiloma: -1 punto

Actitudes

Pregunta 11. Puntuación final entre 10 y menos 3

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

Si reconoce:

Médico Familia: 3 puntos

Hospital: 3 puntos

Conversar padres: 3 puntos

Otros relacionados: 1 punto

Si reconoce:

Farmacia: -1 punto

Otro amigo: -1 punto

Otros no relacionados: -1 punto

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

Actitud ante un amigo con una ITS

Si reconoce:

Acudir a médico de familia: 6 puntos

Ayudar a curarse: 4 puntos

Aleja: -2 puntos

Aprender a hacer el amor: -2 puntos

Propio de la edad: -2 puntos

Pregunta 13. Puntuación final entre 10 y menos 1 punto

Recomendación a un amigos para no infectarse con una ITS

Si reconoce:

Uso del condón: 3 puntos

Fidelidad a la pareja: 3 puntos

Contacto sin penetración: 2 puntos

Conocimiento: 1 punto

Escoger bien: 1 punto

No relación: -1 punto

Pregunta 14. Puntuación final entre 10 y cero

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

Si reconoce:

Protegerse condón: 3 puntos

No relación con desconocidos: 3 puntos

Lavarse genitales: 2 puntos

Visitar al médico: 2 puntos

Prácticas

Pregunta 15

No se evalúa.

Pregunta 16

No se evalúa

Pregunta 17. Puntuación final entre 10 y 4

Relaciones sexuales en los últimos 12 meses: número de parejas

1 persona: 4 puntos

2 personas: 6 puntos

Más de 2 personas: 10 puntos

Pregunta 18. Puntuación final entre 10 puntos y 4

Relaciones heterosexuales, bisexuales, homosexuales

Personas del sexo contrario: 4 puntos

Personas de ambos sexos: 6 puntos

Personas del mismo sexo: 10 puntos

Pregunta 19. Puntuación final entre 10 y uno

Tipo de práctica sexual

Anal: 5 puntos

Genital: 4 puntos

Sexo oral: 1 puntos

Pregunta 20. Puntuación final entre 10 y cero puntos

Padecimiento de ITS

No: 0 puntos

Si: 10 puntos

Pregunta 21. Puntuación final entre 10 y cero

Conversar con la pareja sobre ITS

Si: 0 puntos

No: 10 puntos

Pregunta 22. Puntuación final entre 10 y cero

Relaciones sexuales bajo el efecto de alcohol u otras sustancias

No: 0 puntos

Si: 10 puntos

Pregunta 23: puntuación final entre 8 y 4 puntos

Uso del preservativo

Si siempre: 4 puntos

Si ocasionalmente: 6 puntos

Si nunca: 8 puntos

Pregunta 25.

Relaciones sexuales con desconocidos

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

Si: 10 puntos

Pregunta 26. Puntuación final entre 10 y 4 puntos

Uso del preservativo en relaciones sexuales con desconocidos

Siempre: 4 puntos

Ocasionalmente: 6 puntos

Nunca: 10 puntos

ANEXO 4

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN
“EVALUACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y
PRÁCTICAS DE LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE PSICOLOGIA
EDUCATIVA 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 y VIH/SIDA, la misma que consiste en la aplicación de encuestas validadas. Dichas encuestas serán aplicadas al inicio y al final del estudio. También se realizará intervenciones donde se impartirá conocimientos sobre las Infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA.

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, ni gratificación económica para los sujetos investigados 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.

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 5

HISTORIA NARRADA

Errores que se cometen.

Objetivo

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

Juan, Pedro y María, acuden a la cruz roja, a donar sangre . Al cabo de unos días, María recibe una llamada, para comunicarle que tiene en la sangre una infección de transmisión sexual y le recomiendan que acuda a su centro de salud para estudio.

Una vez en la consulta, el médico le pregunta si ha notado alguna molestia en sus genitales, y si ha tenido alguna relación sexual en la que no ha usado el preservativo. Es entonces, cuando María recuerda que hace unos meses mantuvo una relación sexual con un antiguo novio sin preservativo, que coincidió con ella en una fiesta de la universidad, y un mes más tarde notó que tenía una pequeña herida en los labios mayores, a la que no le dio importancia porque no le dolía y desapareció sola. Posteriormente, ha iniciado una relación estable y como protección usa píldoras anticonceptivas. El médico, le confirma que tiene una infección de transmisión sexual y le pone el tratamiento. Le recomienda que le diga a su novio y a su amigo, que acudan a su médico, para examinarlos a ellos también. María, no le comenta nada ni a su novio, ni a su amigo, y ella tampoco acude al control de curación.

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

ANEXO 6

HISTORIA NARRADA

Mi responsabilidad, tu responsabilidad, nuestra responsabilidad.

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

Carolina y Javi estaban enamorados. Nunca habían tenido relaciones sexuales completas entre ellos ni con ninguna otra persona. Se divertían mucho juntos y se lo estaban tomando con calma. En verano, Carolina decidió irse a trabajar a otra ciudad. Planearon escribirse, hablar por teléfono y continuar con su relación Carolina conoció a Dani, un chico atractivo y con mucha experiencia que consideraba que el sexo, en una relación, es prioritario. Carolina no lo tenía muy claro pero al final tuvieron relaciones con penetración. A pesar de su insistencia en que utilizaran preservativos, la mayoría de las veces Dani no los tenía a mano. . Su historia duró todo el verano. Pero cuando estaban terminando las vacaciones Dani le dijo que era el final. Tenía otros planes de vuelta al colegio. Carolina volvió a casa confusa, se sentía culpable e incapaz de contar a Javi su veraniega historia. Pasados unos días Dani la llamó para decirle que tenía verrugas en el pene y que era importante que visitara a su médico. Se asustó mucho y espero unas semanas, durante las cuales se exploraba obsesivamente. No ocurrió nada y pensó que afortunadamente no se había contagiado. Mientras, había reiniciado su relación con Javi. Decidieron que era el momento de tener relaciones coitales. Carolina insistió mucho en que debían utilizar preservativo, a lo que Javi se negó, argumentando que los preservativos eran para gente con múltiples relaciones y que ese no era su caso. Además Carolina utilizaba anticonceptivos orales por trastornos de la regla, así que estaba garantizado que no se quedaría embarazada. Intentó hablar con su madre. Le dijo que una compañera suya podría tener una infección de transmisión sexual. Su madre, antes de que terminara, ya estaba

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

Grado de responsabilidad:

1 ninguna responsabilidad

2 algo de responsabilidad

3 mucha responsabilidad

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

ANEXO 7

MANUAL INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Adjunto al final.

ANEXO 8



UNIVERSIDAD ESTATAL DE CUENCA



INTERVENCION EDUCATIVA