



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

**“EVALUACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LOS  
CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS  
ESTUDIANTES DE FILOSOFÍA Y DERECHO, FRENTE A  
LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y  
VIH/SIDA”**

**Autores:**

**Dennis Sarmiento Apolo**

**Galo Sarmiento Apolo**

**David Serrano Andrade**

**Tesis previa a la obtención**

**Del título de Médico.**

**Directora y Asesora: Dra. Eulalia Freire Solano**

**CUENCA -ECUADOR**

**2008-2009**

## **RESUMEN:**

Las infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA son temas muy importantes pero poco conocidos por las personas y debido a esto existe en la actualidad un gran aumento en su incidencia, por lo que surge la necesidad de la realización de estudios dirigidos a la evaluación y modificación de los conocimientos, actitudes y prácticas (CAPs) de riesgo.

## **OBJETIVOS:**

Evaluar los CAPs de los estudiantes de la Facultad de Filosofía, escuela de Lengua y Literatura Inglesa de la Universidad Estatal de Cuenca sobre las ITS y VIH/SIDA antes y después de esta intervención..

## **METODOLOGÍA:**

Se realizó un estudio cuasiexperimental de evaluación de los CAPs sobre las (ITS) y VIH/SIDA y autoeficacia para prevenir el SIDA a 79 estudiantes de la Facultad de Filosofía, escuela de Lengua y Literatura Inglesa de la Universidad Estatal de Cuenca. Utilizamos 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, Ausubel, Vigotsky.

## **RESULTADOS:**

Se encontró que la edad promedio es de 18-25 años (83.5%), con un predominio del género femenino con 79.7%. El grado de conocimiento se incrementó de un 6.88% a 7.01%, las actitudes disminuyeron de un 7.27% a 6.72% y las prácticas aumentaron de 5.27% a 5.29% en el grupo intervenido y el promedio de edad de inicio de las relaciones sexuales fue de 22.6 años.

## **CONCLUSIONES:**

Después de este estudio constatamos que existió una modificación en los conocimientos, actitudes y prácticas de los estudiantes frente a las ITS y VIH/SIDA y de acuerdo a los conocimientos y actitudes los resultados fueron favorables sin embargo en las prácticas los resultados no fueron positivos.

**PALABRAS CLAVE:** CAPs, ITS, VIH/SIDA.

## **ABSTRACT:**

### **SUMMARY:**

Sexually transmitted infections and HIV / AIDS issues are very important but little known by people and because of this there is now a large increase in incidence, as the need arises for studies aimed at evaluating and modification of knowledge, attitudes and practices to assess the CAPs of the students of the Faculty of Philosophy, School of English Language and Literature at the Public University of Cuenca on STIs and HIV / AIDS before and after this intervention.

### **METHODOLOGY:**

We performed a quasi-experimental study evaluating the CAPs on the (STIs) and HIV / AIDS and self-efficacy for AIDS prevention to 79 students from the Faculty of Philosophy, School of English Language and Literature at the Public University of Cuenca. We used a questionnaire with two measurements: before and 2 months after the educational intervention based on social-cognitive theory of Albert Bandura, Ausubel, and Vygotsky.

### **RESULTS:**

We found that the average age is 18-25 years (83.5%), with a predominance of female gender with 79.7%. The level of

knowledge increased from 6.88% to 7.01%, attitudes decreased from 7.27% to 6.72 % and practices rose 5.27% to 5.29% in the intervention group and the average age of first intercourse was 22.6 years.

**CONCLUSIONS:**

After this study we found that there was a change in knowledge, attitudes and practices of students to STIs and HIV / AIDS and according to the knowledge and attitudes were favorable results in practice but the results were not positive.

**KEYWORDS:**

CAPs, STIs, HIV / AIDS.

**RESPONSABILIDAD:**

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

David Serrano A.    Dennis Sarmiento A.    Galo Sarmiento A.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **AGRADECIMIENTO:**

A la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.

A nuestra Directora de Tesis Dra. Eulalia Freire Solano

A las Autoridades de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Cuenca

A los Directivos de la Escuela de Lengua y Literatura Inglesa de la Universidad de Cuenca

**DEDICATORIA:**

**A todas las personas que padecen de SIDA y demás Infecciones de Transmisión Sexual y que luchan todos los días por sobrevivir.**

**A aquellas personas que trabajan por combatir estas enfermedades y reducir su número de víctimas.**

**A todos los jóvenes quienes tienen mayor riesgo de contraer las Infecciones de Transmisión sexual y el Virus de Inmunodeficiencia Humana.**

**Galo, Dennis, David**

**INDICE:**

<b>CAPÍTULO I</b> .....	5
<b>1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	5
1.1. JUSTIFICACIÓN .....	21
<b>CAPÍTULO II</b> .....	24
<b>2. MARCO TEÓRICO</b> .....	24
2.1 La incidencia de las ITS en la actualidad es la siguiente: .....	27
2.2 Las teorías del aprendizaje: .....	39
2.3 Teoría Social Cognitiva de Albert Bandura .....	46
2.4 ¿Las intervenciones modifican las conductas? .....	51
2.5 La Propuesta Pedagógica de Paulo Freire .....	55
2.6 Las encuestas CAPs (Conocimientos, Actitudes y Prácticas) por si solas permiten: .....	57
<b>CAPÍTULO III</b> .....	59
<b>3 HIPÓTESIS Y OBJETIVOS</b> .....	59
3.1 HIPÓTESIS .....	59
3.2 OBJETIVOS .....	59
<b>CAPÍTULO IV</b> .....	61
<b>4 METODOLOGÍA</b> .....	61
4.1 Tipo de estudio:.....	61
4.2 Universo y Muestra: .....	61

4.3 Área de estudio: .....	62
4.4 Procedimientos, Técnicas e Instrumentos. ....	63
4.5 Análisis Estadístico: .....	67
4.6 Recolección de Datos: .....	68
4.7 Normas Éticas: .....	68
4.8 Recursos Humanos:.....	69
<b>CAPITULO V.....</b>	<b>70</b>
<b>5. RESULTADOS .....</b>	<b>70</b>
<b>CAPÍTULO VI.....</b>	<b>92</b>
<b>6. DISCUSIÓN.....</b>	<b>92</b>
<b>CAPITULO VII.....</b>	<b>99</b>
7.1 Conclusiones: .....	99
7.2 Recomendaciones: .....	100
<b>CAPÍTULO VIII.....</b>	<b>102</b>
<b>8. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA.....</b>	<b>102</b>
<b>CAPÍTULO X.....</b>	<b>118</b>
<b>10. ANEXOS:.....</b>	<b>118</b>

## **INTRODUCCIÓN:**

La facultad de Ciencias Médicas tiene como uno de los objetivos realizar programas de prevención de infecciones que produzcan resistencia bacteriana a los antibióticos. La presente investigación forma parte del proyecto de prevención de ITS / VIH Sida en los estudiantes universitarios de Jurisprudencia Filosofía y Artes de la Universidad Estatal de Cuenca.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), también son conocidas como enfermedades de transmisión sexual. Son un conjunto de entidades clínicas infectocontagiosas agrupadas por tener en común la misma vía de transmisión: se transmiten de persona a persona solamente por medio de contacto íntimo (que se produce, casi exclusivamente, durante las relaciones sexuales).

A nivel global, cada año se producen 330 millones de infecciones de transmisión sexual (ITS) entre las que están: Clamidiasis, Tricomoniasis, Sífilis, Gonorrea, Herpes, Condiloma, Linfogranuloma Venéreo; las mismas que afectan a adolescentes y jóvenes. Con respecto al VIH/SIDA a nivel global, son más de 40 millones de personas afectadas y la mayoría se encuentran en el tercer mundo. (1)

Cada día, más de 6800 personas contraen infección por el VIH y más de 5700 fallecen a causa del sida, en la mayoría de los casos debido a un acceso inadecuado a los servicios de prevención y tratamiento del VIH. La pandemia del VIH sigue constituyendo uno de los desafíos más importantes en enfermedades infecciosas para la salud pública. (2)

Aunque la mayoría tienen tratamiento, algunas de ellas, como las producidas por virus, no tienen tratamiento definitivo, sino que el agente causal permanece en estado latente, sin manifestarse, dentro del organismo al que ha infectado, como en el caso de la infección por VIH que evolucionan hacia la muerte luego de una etapa de latencia que dura alrededor de diez años. Los grupos vulnerables a las ITS son los jóvenes, adolescentes, hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras sexuales, consumidores de drogas por vía intravenosa. Los adolescentes y los jóvenes adoptan conductas de riesgo por desconocimiento de las ITS y VIH/SIDA por influencia de pares o por pertenecer a sectores de la población poco favorecidos en el acceso a la educación y a fuentes trabajo. (3)

La influencia de la sociedad actual en la que por estar sujeta a los cambios vertiginosos que impone el mundo globalizado,

en el que todo se compra y en el que los valores como la honestidad, la verdad y la solidaridad han desaparecido y han sido reemplazadas por el espíritu competitivo, el egoísmo, el individualismo, y el poder económico. La prostitución a diferentes niveles ha crecido en forma alarmante como indicador de la decadencia de la sociedad actual al igual que el consumo de drogas, etc.

Creemos que la sociedad en la que vivimos influencia directamente los comportamientos humanos, ya sea a través de los medios de comunicación como por ejemplo: televisión, radio, prensa escrita, internet y otros, influencia de pares, crisis económica que incrementan la prostitución a través de la trata de blancas, migración, etc.

Es claro que al mejorar las condiciones económicas de la población, es decir al disminuir la migración, la prostitución, al facilitar fuentes de trabajo a la población, la repercusión en salud en general mejoraría y disminuiría la incidencia de ITS y VIH/SIDA, por lo tanto un cambio en el sistema social y político se presenta como una emergencia en el tercer mundo para disminuir la pandemia de VIH/SIDA, que se presenta como un indicador de pobreza.

Visto de esta forma solo la información sobre las ITS no es suficiente, por lo que creemos que está unida a lograr cambios de comportamiento con la reflexión.

## **CAPÍTULO I**

### **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La sexualidad es algo propio del ser humano, por lo tanto, integra factores psicológicos, sociales y biológicos.

La cultura definida por la UNESCO como: modos de vida, tradiciones y creencias, representaciones de la salud y la enfermedad, formas de percepción de la vida y la muerte, normas y prácticas sexuales, relaciones de poder y de género, estructuras familiares, idiomas y medios de comunicación, así como artes y creatividad; son determinantes en las actitudes y los comportamientos relacionados con la posibilidad de adquirir las infecciones de transmisión sexual. La cultura, por lo tanto influye en el hecho de tener una mayor posibilidad contraer estas infecciones, en el acceso al tratamiento, al cuidado y a la atención, en el establecimiento de relaciones de género, en el apoyo o la discriminación para los que viven con el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual. (4)

En la actualidad y en nuestra sociedad casi toda actividad es considerada como mercancía, los valores modificados por una moral cada vez menos humana han hecho que la promiscuidad y el descuido por mantener la salud avancen a tal límite de la deshumanización completa, incluyendo a los

niños y niñas en el negocio criminal de la prostitución. En este mundo lleno de hipocresía, irrespeto y maldad nadie quisiera que su hija, hijo, padre, madre, o hermano cayera víctima de alguna de estas enfermedades, sin embargo parece ser que a ninguno de nosotros nos llama la atención; y cada vez podemos ver la presencia de conductas sexuales que carecen de respeto hacia cada persona.

Las Infecciones de transmisión sexual (ITS, STI), son uno de los problemas más importantes para la salud de los jóvenes, desde el punto de vista social y económico, estas enfermedades siguen cobrándose un tributo significativo en los jóvenes y finalmente en la sociedad. Estas enfermedades afectan sobre todo a los países pobres en los cuales a causa de un mal gobierno abunda la pobreza, el desempleo, la falta de información, la migración, hacen que epidemias como el SIDA, la Tuberculosis y otras avancen sumiendo a las poblaciones del tercer mundo en la desesperanza.

El difícil acceso a la educación es un factor que impide que las personas se superen y tengan un futuro mejor, por ende se ven obligados a tomar decisiones erróneas para poder sobrevivir acudiendo a la prostitución, lo cual aumenta el riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual.

El Sida y las Infecciones de Transmisión Sexual constituyen enfermedades frecuentes en grupos vulnerables, ahora bien, los adolescentes y los jóvenes son vulnerables debido a que, por la falta de experiencia, educación, responsabilidad y madurez, toman estas actitudes y hábitos como una práctica normal y segura.

La alternativa de prevención de las Infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA debe ser planteado con urgencia dentro de la cultura de la sociedad de nuestro país para no caer en el problema de muchos países como Zimbabwe, que ubica la tasa de infección en tres o cuatro veces más elevada que en nuestra población.(5)

Hagamos entonces una revisión de lo que sucede a nivel mundial con las infecciones de transmisión sexual:

Cada día en el mundo, casi un millón de personas contraen una infección de transmisión sexual (ITS), estas infecciones dan lugar a síntomas agudos, infecciones crónicas y graves consecuencias al cabo de cierto tiempo, como infertilidad, embarazo ectópico, cáncer cervicouterino y defunciones prematuras de lactantes y adultos. La presencia de ITS como sífilis, chancro o infección genital por virus del herpes simple aumenta enormemente el riesgo de contraer o transmitir el

VIH. Nuevas investigaciones indican que se da una interacción muy importante entre la infección muy temprana por VIH y otras ITS. Esa interacción podría explicar un 40% o más de los casos de transmisión del VIH. A pesar de la evidencia acumulada, los esfuerzos para controlar la propagación de las ITS han perdido impulso en los últimos cinco años pues los esfuerzos se han reorientado hacia las terapias contra el VIH.

No se cuenta con datos suficientes sobre estas enfermedades, según estudio se demuestra la poca importancia que se le da a este tipo de patologías: un estudio llevado a cabo con adolescentes escolarizados de entre 11-24 años en el estado de Morelos encontró una prevalencia de herpes simple tipo 2 (VHS 2) de 5.7% en promedio, con 9.2% en el caso de las mujeres estudiantes de secundaria, en tanto que otro estudio con adolescentes de 15-21 años en localidades urbanas pequeñas encontró una prevalencia de VHS 2 de 11% entre los sexualmente activos. Por otra parte, se ha documentado una Prevalencia de 18% del virus del papiloma humano en mujeres menores de 25 años. (6)

Estos estudios pueden demostrar cifras que al parecer no son muy elevadas sin embargo se debe tener en cuenta que se trata de un grupo con una vida sexual activa muy corta.

El incremento constante en la población de personas que vive con el VIH refleja los efectos combinados de las tasas persistentemente altas de nuevas infecciones por el VIH y la influencia beneficiosa del tratamiento antirretrovírico. Hasta diciembre de 2008 aproximadamente 4 millones de personas en países de ingresos medios y bajos recibían tratamiento; un aumento diez veces mayor en cinco años. (7)

En 2008, la cifra estimada de nuevas infecciones por el VIH fue de 2,7 millones (2,4 millones–3,0 millones). Se estima que para ese año el número de defunciones en el mundo por enfermedades relacionadas con el sida fue de 2 millones (1,7 millones–2,4 millones) (7)

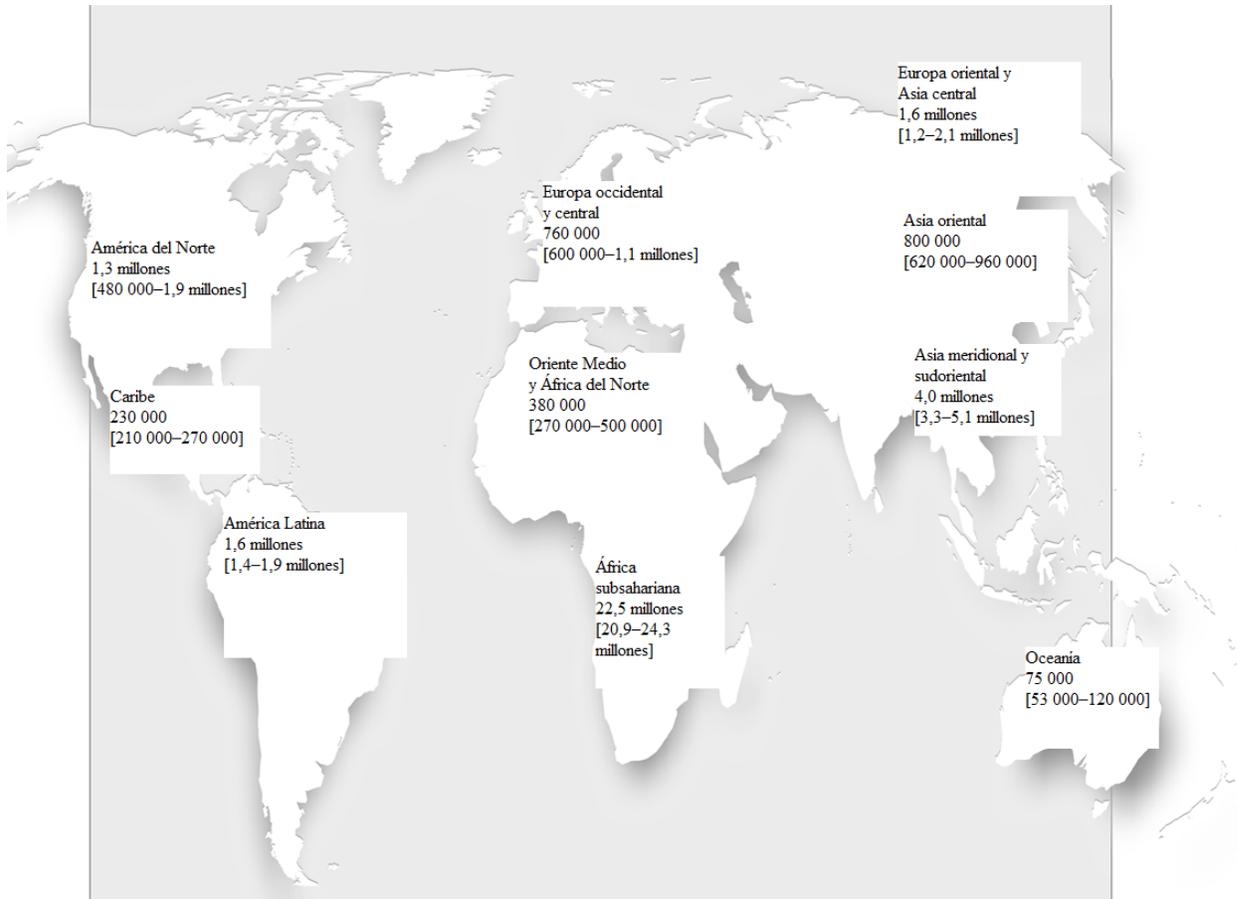
La propagación del VIH a nivel mundial aparentemente alcanzó su punto máximo en 1996, año en el que se contrajeron 3,5 millones (3,2 millones–3,8 millones) de nuevas infecciones por el VIH. En 2008, el número estimado de nuevas infecciones por el VIH fue aproximadamente del 30%, menos que el punto máximo de la epidemia registrado 12 años antes. (7)

En 2008, el número estimado de nuevas infecciones por el VIH en niños menores de 15 años fue 430 000 (230 000–610 000). La mayoría de estas nuevas infecciones probablemente surjan de la transmisión vertical intrauterina, o durante el parto o el posparto como resultado de la lactancia. El número de niños infectados por el VIH en 2008 fue aproximadamente un 13% menor que en 2001. (7)

El SIDA se conoció en 1981 y el virus causante fue aislado en 1983. En esa época afectaba únicamente a varones homosexuales, actualmente la pandemia no discrimina el sexo e incluso está aumentando en las parejas heterosexuales posiblemente debido a la infidelidad en las relaciones principalmente en los hombres que a más de practicar relaciones sexuales con otras personas incluyen otras prácticas como la administración de drogas intravenosas lo cual aumenta mucho más las probabilidades de infectarse con VIH/SIDA y luego este transmitir la infección a sus esposas. Las vías de transmisión identificadas son la vía sexual que es la principal vía de transmisión de la infección, la vertical que es la causa de muchos casos de infección en niños sobre todo en países en desarrollo como lo es el nuestro, por transfusiones que sin embargo en la actualidad es muy poco probable debido a un mayor control

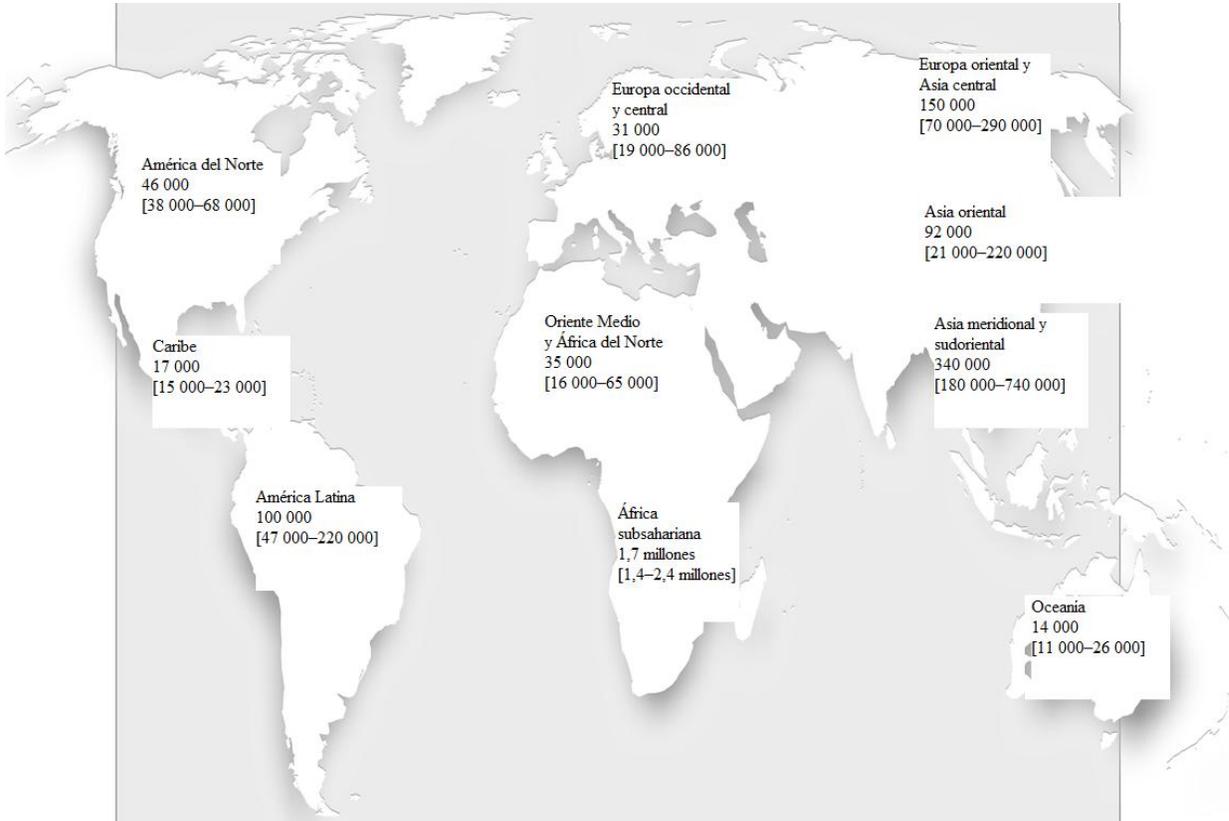
en la realización de estas prácticas y por el uso de drogas inyectables a través del uso de agujas contaminadas. (8)

## Número estimado de adultos y niños que Vivían con el VIH en 2007



Fuente: informe Mundial del SIDA 2007

## Número estimado de nuevos casos de infección por el VIH en adultos y niños en 2007



Fuente: informe Mundial del SIDA 2007

Prevalencia:

África Subsahariana de 0.5% a 24.1% (mayor Prevalencia en Botsawa)

Este de Asia de < de 0.1% a 1.1% (mayor en China, en ésta se está expandiendo la epidemia).

Oceanía: de 0.1% a 1.8% (Mayor y en expansión en Nueva Guinea).

Sur y Sureste Asiático: de <0.1% a 0.9% (Mayor en la India).

Europa Oriental y Asia Central de <0.1% a 1.3% (Mayor y en expansión en toda la región, es mayor en Latvia).

Europa del Oeste y Europa Central: de <0.1% a 0.6% (mayor en España).

África del Norte y Medio Oriente: de <0.1% a 1.6% (mayor en Sudan).

Norteamérica: en Canadá es de 0.3% y en EEUU de 0.6%

Caribe: de 0.1% (Cuba) a 3.8% (Jamaica). (7)

América Latina: el total estimado de nuevas infecciones por el VIH en 2008 fue de 170 000 (150 000–200 000) y, en consecuencia, el número de personas que viven con el VIH asciende a 2 millones (1,8 millones–2,2 millones). Según las estimaciones, aproximadamente 77 000 (66 000–89 000) personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida durante el último año. (7)

Los datos más recientes sugieren que la epidemia se mantiene estable en América Latina. La prevalencia regional del VIH es del 0,6%, por lo tanto, la región se caracteriza principalmente por una epidemia de bajo nivel y concentrada. (9)

En la región, el número de infecciones por el VIH entre hombres es significativamente más elevado que entre mujeres, debido en gran parte a la predominancia de la transmisión sexual entre hombres. En Perú, el número notificado de casos de sida entre varones en 2008 fue casi tres veces más alto que el número registrado entre mujeres. (9)

Aun cuando la epidemia de VIH en toda la región se concentra fuertemente entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, profesionales del sexo y usuarios de drogas, sólo una pequeña fracción de los programas de prevención del VIH están orientados a estas poblaciones. En los últimos años, no obstante, México ha aumentado el financiamiento de servicios de prevención dirigidos a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

La cobertura del tratamiento antirretrovírico en América Latina es superior al promedio mundial (del 54% en 2008) y, en general, es más alto en América del Sur que en América Central. (9)

Los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres conforman la proporción más grande de las infecciones por el

VIH en América Latina. Su probabilidad de contraer el VIH es de una en tres. (7)

La prevalencia del VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres varía del 7,9% en El Salvador al 25,6% en México. En Perú, el 55% de las nuevas infecciones por el VIH se produjeron entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. (10)

Se estima que el 29% de los más de 2 millones de latinoamericanos usuarios de drogas inyectables está infectado por el VIH.

Las epidemias entre este grupo de riesgo en la región tienden a concentrarse en el cono sur de América del Sur y en el norte de México, a lo largo de la frontera con Estados Unidos. (7)

Seis países de la región ofrecen varios componentes de reducción del daño, aunque no existe una amplia disponibilidad del tratamiento de sustitución de opioides.

El porcentaje de la población femenina que se dedica al comercio sexual en América Latina varía del 0,2% al 1,5%. En Perú, el 44% de los hombres informó haber tenido relaciones sexuales con un profesional del sexo en el pasado.

Las encuestas de América Central han detectado una prevalencia del VIH entre profesionales femeninas del sexo del 4,3% en Guatemala y del 3,2% en El Salvador. En Argentina, la prevalencia del VIH entre profesionales masculinos del sexo (22,8%) parece ser significativamente superior a la registrada entre sus homólogas femeninas (1,8%). (7)

Los nuevos datos sugieren que es posible que los programas de prevención del VIH estén teniendo un efecto en los profesionales del sexo en América Latina. En encuestas recientes, las profesionales femeninas del sexo en Santiago, Chile, El Salvador, Honduras y Guatemala comunicaron el uso sistemático del preservativo con los clientes, lo que ocasiona un descenso de las infecciones por el VIH.

Si bien la transmisión heterosexual del VIH fuera del comercio sexual sigue siendo limitada en América Latina, existe el riesgo de una propagación de la infección. Más de uno de cada cinco (22%) hombres que tienen relaciones sexuales con hombres encuestados en cinco países de América Central informó haber tenido relaciones tanto con hombres como con mujeres. (11)

En Perú, las parejas sexuales femeninas de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres representan el 6% de las nuevas infecciones por el VIH.

A medida que madura la epidemia, en general se amplía la magnitud de la transmisión del VIH. En Perú, diversas formas de transmisión heterosexual conforman el 43% de las nuevas infecciones por el VIH.

Es evidente que la carga del VIH está en aumento entre mujeres en América Central y entre las poblaciones indígenas. (12)

La infección va aumentando cada día mas sobre todo en países en desarrollo en los que la prevalencia va incrementándose en adolescentes por lo cual se deben de tomar las medidas necesarias para evitar que esto llegue a estados críticos.

El sida continúa siendo una importante prioridad sanitaria en el mundo. Aunque se ha logrado un avance importante en la prevención de nuevas infecciones por el VIH y en la reducción del número anual de defunciones relacionadas con el sida, el número de personas que vive con el VIH sigue aumentando. Las enfermedades relacionadas con el sida son una de las causas principales de mortalidad en el mundo y se

estima que seguirán siendo una causa significativa de mortalidad prematura en el mundo en las décadas futuras. Aunque el sida ya no es un síndrome nuevo, la solidaridad mundial en cuanto a la respuesta al sida prevalecerá como una necesidad. (7)

¿Por qué deben llevarse a cabo 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 (4). 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) siendo el África subsahariana, la región con la mayor incidencia del VIH cuyas características muy diversas. (12)

Entre las nuevas tendencias más destacables, ONUSIDA resalta, los descensos recientes en la prevalencia nacional del VIH/SIDA en dos países de África subsahariana (Kenia y Zimbabwe), en zonas urbanas de Burkina Faso y también en Haití, en el Caribe, junto con indicios de un cambio significativo de comportamiento (como mayor utilización de

preservativos, menos parejas e inicio más tardío de la actividad sexual). Igualmente la OMS señala que en la mayor parte del África meridional, la epidemia se ha estabilizado, pero a niveles muy altos. La prevención realizada desde 1990 en cuatro estados de la India, ha hecho que la prevalencia disminuya. (13)

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

La prevalencia en otros países: China, Indonesia, Vietnam, Papúa, 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. En los Estados Unidos y en algunos países de Europa la epidemia ha reaparecido entre varones que tienen relaciones sexuales con varones; la epidemia en varones que tienen sexo con hombres es oculta en América Latina y Asia. (14)

Se plantea que aquel individuo que haya tenido una ITS tiene 6 veces mayores posibilidades de enfermar de SIDA. En países como Mongolia la reciente liberalización de la

sociedad ha influido considerablemente en el comportamiento de los adolescentes. Según la encuesta sobre salud reproductiva, el 9% de los adolescentes de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años han empezado a procrear, este índice alcanza el 25% en el grupo de adolescentes con 19 años.

La información sobre VIH/SIDA es escasa en los jóvenes, en los cuales se esperaba un conocimiento de 90%, sin embargo no es así ya que menos de un 50% de éstos están informados y es mayor la ignorancia acerca del tema en las mujeres jóvenes que en los hombres. Un resultado alentador es que el porcentaje de jóvenes que tienen relaciones sexuales antes de los 15 años ha disminuido y el uso del preservativo ha aumentado según el informe de ONUSIDA del 2006. (15)

En nuestro país son escasos los esfuerzos realizados para la prevención de las ITS y VIH/SIDA ya que no existen datos de indicadores de conocimientos sobre este problema.

### **1.1. JUSTIFICACIÓN**

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

- ✚ Ser un grupo sensible.
- ✚ Encontrarse en la actualidad entre las causas más frecuentes de morbilidad a nivel mundial.
- ✚ Afectar cada año a 340 millones de personas en todo el mundo.
- ✚ Afectar diariamente cerca de 685,000 personas a nivel mundial.
- ✚ Encontrarse una mayor proporción de casos en personas de 15 a 49 años.
- ✚ Mostrar un acelerado crecimiento en las últimas décadas.
- ✚ Su prevalencia alta, su transmisión perinatal, las complicaciones que originan y por la facilidad en la transmisión del virus de inmunodeficiencia humana.
- ✚ Existir una mayor vulnerabilidad biológica y social en la mujer para contraerlas.
- ✚ A pesar de existir un registro importante en el número de casos en los países en desarrollo, se reconoce que ciertas áreas geográficas como África, Asia y Latinoamericana, tiene una prevalencia elevada.

- ✚ Ser una amenaza no solamente para quienes las contraen, sino también para su familia y su comunidad.
- ✚ Permanecer como un importante problema de salud pública, a pesar de existir tratamientos curativos para la mayoría desde hace más de 40 años.
- ✚ Tener implicaciones sociales y psicológicas importantes sin duda motivadas por su vía de transmisión.

## **CAPÍTULO II**

### **2. MARCO TEÓRICO**

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son aquellas que se transmiten de una persona a otra a través de las relaciones sexuales vaginales, anales y ocasionalmente orales. Las enfermedades de transmisión sexual (ETS), se encuentran en la actualidad entre las causas más frecuentes de morbilidad a nivel mundial, y muestran un acelerado crecimiento en las últimas décadas, por lo que siguen siendo un problema persistente en el mundo por su prevalencia alta, su transmisión perinatal, las complicaciones que originan y por el reconocimiento actual de su función facilitadora en la transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

Los datos epidemiológicos más recientes sugieren que la epidemia se mantiene estable en América Latina. La prevalencia regional del VIH es del 0,6% (0,5–0,6%), por lo tanto, la región se caracteriza principalmente por una epidemia de bajo nivel y concentrada. Durante los últimos dos años, se ha generado un cuerpo sustancial de nuevas pruebas sobre tendencias epidemiológicas en la región, que incluyen los primeros análisis de vías de transmisión en Perú y numerosas encuestas serológicas entre poblaciones clave de América Latina. Sin embargo, en general, es necesario

fortalecer los sistemas de vigilancia en la región a fin de obtener una base de datos más sólida para las planificaciones nacionales (García-Calleja, del Río, Souteyrand, 2009). El número de hombres infectados por el VIH en América Latina es considerablemente más elevado que el número de mujeres que viven con el VIH debido, en gran parte, a la importancia que reviste la transmisión sexual entre hombres en la epidemia de la región (7).

América Latina ofrece ejemplos de fuerte liderazgo en materia de prevención del VIH. En especial, Brasil se ha destacado por su apoyo temprano a la prevención del VIH fundamentada en pruebas; los análisis sugieren que esta oportuna intervención ayudó a mitigar la gravedad de la epidemia en el país (Okie, 2006). Sin embargo, para la región en conjunto, se ha registrado una amplia variación en el compromiso con la prevención del VIH fundamentada en pruebas. Según un análisis reciente, la falta de atención suficiente a los derechos humanos y a la salud sexual y las medidas de prevención así como la vigilancia y evaluación deficientes han entorpecido las medidas de prevención (Cáceres y Mendoza, 2009). Si bien las epidemias nacionales en América Latina se concentran en su mayoría entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, usuarios de drogas

inyectables y profesionales del sexo, sólo un pequeño porcentaje de los gastos destinados a la prevención del VIH en la región se asigna a programas de prevención dirigidos específicamente a estas poblaciones. En los últimos años, no obstante, México ha tomado medidas para aumentar el financiamiento de servicios de prevención dirigidos a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. (16)

Aunque el uso del preservativo puede reducir o evitar la transmisión de muchas de estas enfermedades, las ITS siguen siendo frecuentes y afectan cada año a 340 millones de personas y se estima que en el mundo actual se infectan con una ITS diariamente cerca de 685,000 personas a nivel mundial. La información recibida de diferentes países indica que la mayor proporción de casos de ITS ocurre en personas de 15 a 49 años y que existe una mayor vulnerabilidad biológica y social en la mujer para contraer una ITS. A pesar de existir un registro importante en el número de casos de ITS en los países en desarrollo, se reconoce que ciertas áreas geográficas como África, Asia y Latinoamericana, particularmente la zona del Caribe, tiene una prevalencia elevada, sobre todo en la era del SIDA. (16)

A pesar de existir tratamientos curativos para la mayoría de las ITS desde hace más de 40 años, éstas permanecen como un importante problema de salud pública. Como otras, estas enfermedades tienen implicaciones sociales y psicológicas importantes sin duda motivadas por su vía de transmisión.

2.1 La incidencia de las ITS en la actualidad es la siguiente:

**Sífilis:** 12 millones a nivel mundial y 3 millones en América Latina y el Caribe. En los últimos años la incidencia ha disminuido mucho en casi todos los países Industrializados. La sífilis es una infección de transmisión sexual (ITS) causada por la bacteria *treponema pallidum*. (16)

Las personas infectadas con la sífilis puede que no tengan signos visibles ni síntomas por muchos años y pueden tener complicaciones graves si no obtienen el tratamiento necesario. Muchas personas con la sífilis no se dan cuenta que tienen chancros sifilítico y pueden seguir infectando a otra personas. Se transmite por contacto sexual, por transfusión sanguínea, vía transplacentaria durante el embarazo, de madre enferma a hijo. (17)

Los métodos anticonceptivos, la auto prescripción de antibióticos, la promiscuidad, la falta de educación sanitaria, la homosexualidad, su evolución a veces silenciosa y

asintomática explican su constante incremento a nivel mundial. Sin tratamiento las siguientes complicaciones pueden ocurrir: dificultad con el movimiento muscular, entumecimiento, ceguera gradual, demencia, impotencia, parálisis, enfermedad del corazón y muerte. (18)

El tratamiento: Penicilina G benzatínica 4 ampollas de 2.400.000 UI cada una, vía IM, 1 ampolla cada 7 días. Si el paciente es HIV reactivo o positivo se indican 6 ampollas de Penicilina G Benzatínica de 2.400.000 UI cada una, vía IM 1cada 7días. Si hay hipersensibilidad a la Penicilina se puede utilizar: Eritromicina por vía Oral: 500 mg cada 6 hs (2 gr. /día) durante 21 días o bien Tetraciclina por vía Oral: 500mg cada 6 hs (2 gr. /día) durante 21 días. (19)

**Condiloma:** Es una enfermedad vírica de la piel caracterizada por el crecimiento de una verruga blanda en los genitales o en la región anal. En los adultos, el trastorno se considera una infección de transmisión sexual (ITS), pero en niños el virus aparece o se transmite con o sin el contacto sexual. Son ocasionados por el virus de papiloma humano (VPH). Los virus del papiloma ocasionan pequeños crecimientos (verrugas) sobre la piel y membranas mucosas (Condiloma ano-genital) sobre el pene, vulva, uretra, vagina,

cuello del útero, y alrededor del ano (perianal) (20). Los síntomas se caracterizan por: aparición de tumores sobre los genitales de aspecto verrugoso que han aumentado, lesiones superficiales de aspecto coloreado que han aumentado, lesiones genitales, úlceras genitales, verrugas anales, crecimientos anormales alrededor del ano o zona genital femenina con forma de coliflor, aumento de humedad en el área de los crecimientos, picor del pene, escroto, área anal, o vulva, aumento de la descarga vaginal, sangrado vaginal anormal (no asociado con el periodo menstrual) después del acto sexual. El tratamiento para erradicar las lesiones incluyen: ácido tricloroacético, podofilino, y nitrógeno líquido, crioterapia, electrocauterización, terapia con láser, o escisión quirúrgica, las parejas con relaciones sexuales con el enfermo también necesitan ser examinadas por un médico y las verrugas deben ser tratadas si aparecen, debería practicarse la abstinencia o usarse preservativos hasta la completa desaparición de la enfermedad, se debe hacer un control a las pocas semanas de terminar el tratamiento, después es suficiente con un autoexamen a no ser que empiecen a aparecer verrugas otra vez, las mujeres con una historia de verrugas genitales, y las mujeres de hombres con una historia de verrugas genitales, deberían hacerse un

Papanicolaou por lo menos cada 6 meses (las mujeres afectadas lo harán después de 3 meses de iniciado el tratamiento).(21)

**Tricomoniiasis:** Se estima que unos 250 millones de individuos son infectados cada año. La mayor prevalencia la presentan las mujeres de edades comprendidas entre los 16 y los 35 años y especialmente aquellas dedicadas a la prostitución (prevalencia 50-70%). *T. vaginalis* vive exclusivamente en el tracto urogenital de los seres humanos (22). En las mujeres puede encontrarse en la vagina y en la uretra, mientras que en los hombres puede hallarse en la uretra, la próstata y el epidídimo. No se puede encontrar en ningún otro órgano o medio, a excepción de un cultivo de laboratorio. *T. vaginalis* necesita para su desarrollo óptimo un pH de 5,5, por lo que no va a ser capaz de sobrevivir en una vagina sana, cuyo pH será de 4-4,5). Sin embargo, una vez que prospera la infección el propio parásito producirá un aumento de la alcalinidad del medio para favorecer su crecimiento. Desde este momento, los trofozoitos se dividirán incrementando su número. En el momento en el que se produzca un contacto sexual los trofozoitos estarán en disposición de infectar al nuevo hospedador. (23)

Signos y Síntomas en la mujer: Presenta un período de incubación de 5 a 25 días que desemboca en una vulvovaginitis con leucorrea, prurito vulvar y ardor vaginal (24). Aparecen petequias y se producen secreciones amarillentas en las fases agudas y blanquecinas en las fases crónicas, donde abundan trofozoitos, glóbulos blancos y células muertas de las mucosas. Si la infección alcanza la uretra podrá producirse una uretritis. Los principales factores que van a determinar el curso de la infección son el pH y la flora bacteriana de la vagina. Signos y Síntomas en el hombre: En este caso, el parásito no encuentra unas condiciones óptimas para su desarrollo por lo que la infección cursa en el hombre casi siempre de forma asintomática, por lo que es considerado un mero portador. En los excepcionales casos que presentan síntomas, éstos son producidos por una uretritis, una prostatitis o una epididimitis, que cursan con ardor al miccionar, secreciones uretrales y edema prepucial. En estos casos, el parásito se ve favorecido cuando existe estrechez uretral. Tratamiento: Las irrigaciones vaginales de agua con sal las destruye rápidamente.

Metronidazol: Dosis recomendadas: 500 mg al día durante 14 días, es la más adecuada. Dosis recomendada: 1.000 mg día durante 7 días.

**Clamidia:** 92 millones y 9.5 millones en América Latina y el Caribe.

Es la enfermedad de transmisión sexual bacteriana más común en el mundo. La Organización Mundial de la Salud comunica 90 millones de casos nuevos cada año en el mundo. Es una enfermedad causada por la bacteria *Clamidia trachomatis* y se transmite con mayor frecuencia por vía sexual. (25)

**Signos y Síntomas:** Uno de cada cuatro hombres con clamidia no presenta síntomas. En los hombres, la clamidia puede producir síntomas similares a la gonorrea. Los síntomas pueden abarcar: Disuria, secreción del pene o del recto, dolor o sensibilidad testicular, dolor o secreción rectal. Solo cerca del 30% de las mujeres con clamidia presentan síntomas. Dichos síntomas abarcan: Sensación de ardor al orinar, relación sexual dolorosa, dolor o secreción rectal, síntomas de enfermedad inflamatoria pélvica, salpingitis, inflamación del hígado parecida a la hepatitis, secreción vaginal.

**Tratamiento:** La terapia principal para la clamidia incluye tratamiento adecuado con antibióticos como: tetraciclinas, azitromicina o eritromicina. (26)

**Chancro:** (Chancroide) es una infección bacteriana causada por un organismo llamado *Haemophilus ducreyi*. Enfermedad diseminada principalmente en las naciones en vías de desarrollo y países del tercer mundo. Los hombres no circuncidados tienen un riesgo 3 veces mayor de contraer el chancroide de una pareja infectada. Esta enfermedad es un factor de riesgo para contraer el virus del VIH.

**Signos y Síntomas:** El período de incubación dura entre 1 día a 2 semanas, posteriormente el chancroide comienza como una protuberancia pequeña que se convierte en una úlcera al día siguiente de su aparición. Esta úlcera de tres milímetros hasta los cinco centímetros de ancho, provoca dolor. Los hombres afectados presentan solamente una úlcera, mientras que las mujeres afectadas presentan con frecuencia cuatro o más úlceras, las cuales aparecen en partes específicas del cuerpo. Las partes del cuerpo más afectadas en los hombres: Prepucio, surco coronal, cuerpo del pene, glande, meato uretral, escroto. En las mujeres la ubicación más frecuente es en: Labios mayores, labios menores, zona perianal, parte interna de los muslos. (27)

**Tratamiento:** Consiste en administrar Azitromocina, Ceftriaxone, Ciprofloxacina y Eritromicina. Las grandes

inflamaciones de ganglios linfáticos requieren drenaje, ya sea por aguja o con cirugía local. (28)

**Gonorrea:** También denominada blenorragia, es una enfermedad de transmisión sexual provocada por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae* o gonococo. La transmisión ocurre durante el acto sexual cuando el compañero está infectado, no siendo necesario llegar a eyacular; en el parto si la madre estuviese contaminada; o por contaminación indirecta si, por ejemplo, una mujer usara artículos de higiene íntima de otra persona enferma. La gonorrea está entre las más comunes enfermedades venéreas en el mundo. Síntomas en el varón: Aparecen entre los 2 y 21 días después de haber adquirido la enfermedad. El síntoma más frecuente es una excreción uretral mucosa blanquecina o clara o purulenta. Ubicada en la punta del pene. Otros síntomas son dolor al orinar, sensación de quemazón en la uretra, dolor o inflamación de los testículos. Provoca uretritis y prostatitis. Síntomas en la mujer: la enfermedad suele cursar de forma asintomática. Sin embargo, puede presentarse excreción vaginal, disuria. La expansión de germen hacia las trompas de Falopio puede producir dolor en la zona baja del abdomen, encogimiento, fiebre y los síntomas generalizados de cuando se tiene una infección bacteriana. También produce enfermedades como

vaginitis y cervicitis, pero también endometritis, salpingitis y enfermedad inflamatoria pélvica aguda. (29)

Tratamiento: Actualmente es efectivo en el tratamiento de la Gonorrea el uso de cefalosporinas de tercera generación como Ceftriaxona, También se suele asociar la cefalosporina con algún macrólido, como Azitromicina, por la frecuente coinfección con *Chlamydia trachomatis*.(29)

**VIH:** 33 millones de personas vivían con el VIH en 2007.

El número anual de nuevas infecciones por el VIH disminuyó de 3 millones en 2001 a 2,7 millones en 2007. En total 2 millones de personas fallecieron a causa del sida en 2007. El número estimado de personas que vivían con el VIH en todo el mundo en 2007 alcanzó los 33,2 millones [30,6–36,1 millones], un 16% menos que la cifra estimada publicada en 2006 (39,5 millones [34,7–47,1 millones]). (ONUSIDA/OMS, 2006) (29). Los jóvenes son destinatarios importantes de la educación preventiva sobre las infecciones de transmisión sexual que incluye al VIH/SIDA. En todo el mundo, alrededor de la mitad de los adolescentes de 16 años son sexualmente activos y el ritmo de rotación de pareja alcanza su máxima intensidad entre los adolescentes y los jóvenes de poco más de 20 años. Los jóvenes entre 15 y 24 años representan el

45% estimado de las nuevas infecciones por el VIH en todo el mundo. (30)

La utilización sistemática y apropiada del preservativo es limitada entre los jóvenes, lo que les predispone a contraer infecciones de transmisión sexual, por ejemplo, en los Estados Unidos, el 25% de los adolescentes sexualmente activos contrae una enfermedad de transmisión sexual cada año. Aproximadamente un 15% de las infecciones de VIH acumulativas correspondía a personas de entre 13 y 24 años de edad en 1999 y aproximadamente un 50% de los casos nuevos de infección por el VIH en ese país se produce entre los jóvenes. (31)

Las encuestas realizadas en 40 países indican que la mitad de los jóvenes tienen ideas erróneas de cómo se transmite el virus VIH, y existe un número muy alto de jóvenes que indican que con solo mirar a una persona se puede reconocer que tiene SIDA. El comienzo de la actividad sexual es antes de cumplir los 18 años, en la mayoría de los países, existiendo países especialmente los con recursos más bajos, en los que los adolescentes comienzan su actividad sexual a edad muy temprana. La edad de la primera relación sexual en los adolescentes mexicanos es entre los 15 años a 17 años

para hombres y mujeres. En nuestro país un estudio realizado en Santo Domingo De Los Colorados, revela que el inicio de la actividad sexual es a los 13 y 14 años de edad, y refleja conocimientos erróneos en prevención. (32)

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

Un estudio realizado en México en un grupo de hombres que tienen relaciones con hombres revela poco conocimiento sobre medidas preventivas. El uso del preservativo en la primera relación sexual es mayor en el varón que en las mujeres, los varones de las áreas rurales tienden usar menos el condón. (33)

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

de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA. El desconocimiento es el principal multiplicador del VIH/SIDA, el reconocer que los jóvenes tienen vida sexual y que no cuentan con el conocimiento adecuado para protegerse, lleva a establecer programas de prevención. En algunos países la mayoría de infecciones por el VIH se produce por inyección de drogas con equipos contaminados, relaciones sexuales no protegidas entre varones y comercio sexual peligroso. (34)

La generación de jóvenes actual es la mayor de la historia, casi la mitad de la población mundial tiene menos de 25 años (más de 3.000 millones de personas) el 85% de los jóvenes están viviendo en los países en desarrollo y 238 millones de jóvenes sobreviven con menos de un dólar diario; 88 millones de jóvenes se encuentran desempleados. Los jóvenes de 15 a 24 años son los más amenazados, el futuro de la epidemia tomará forma a partir de los actos de esos jóvenes, los pocos países que han logrado disminuir la prevalencia nacional del VIH lo han hecho sobre todo inculcando comportamientos más seguros entre los jóvenes. (34)

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

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

## 2.2 Las teorías del aprendizaje:

Existen dos grandes paradigmas en la sicología del aprendizaje:

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

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

Watson ubica a la psicología con el carácter de las ciencias naturales, se observa la influencia del positivismo de Augusto Comte. (35)

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

Tolman: acuñó el término de variables internas, el nexo entre estímulo respuesta quedaba interrumpido por planos

cognoscitivos no observables en la conducta del individuo, introdujo el término de aprendizaje latente que se reflejaba en la acción.

Pavlov: formula el reflejo condicionado

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

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

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

Vygotski rechaza totalmente los enfoques que reducen la psicología y el aprendizaje a una simple acumulación de reflejos o asociaciones entre estímulos y respuestas. Existen rasgos específicamente humanos no reducibles a asociaciones, tales como la conciencia y el lenguaje, que no pueden ser ajenos a la Psicología. A diferencia de otras

posiciones, Vygotski no niega la importancia del aprendizaje asociativo, pero lo considera claramente insuficiente.

El conocimiento no es un objeto que se pasa de uno a otro, sino que es algo que se construye por medio de operaciones y habilidades cognoscitivas que se inducen en la interacción social. Vygotski señala que el desarrollo intelectual del individuo no puede entenderse como independiente del medio social en el que está inmersa la persona. Para Vygotski, el desarrollo de las funciones psicológicas superiores se da primero en el plano social y después en el nivel individual.  
(36)

A ese complejo proceso de pasar de lo interpersonal a lo intrapersonal se lo denomina internalización. Vygotsky formula la "ley genética general del desarrollo cultural": Cualquier función presente en el desarrollo cultural del niño, aparece dos veces o en dos planos diferentes. En primer lugar aparece en el plano social, para hacerlo luego en el plano psicológico. En principio aparece entre las personas y como una categoría interpsicológica, para luego aparecer en el niño (sujeto de aprendizaje) como una categoría intrapsicológica. Al igual que otros autores como Piaget, Vygotski concebía a la internalización como un proceso

donde ciertos aspectos de la estructura de la actividad que se ha realizado en un plano externo pasan a ejecutarse en un plano interno. Vygotski, afirma que todas las funciones psicológicas superiores son relaciones sociales internalizadas. (37)

Vigotsky consideraba que el medio social es crucial para el aprendizaje, pensaba que lo produce la integración de los factores social y personal. El fenómeno de la actividad social ayuda a explicar los cambios en la conciencia y fundamenta una teoría psicológica que unifica el comportamiento y la mente. El entorno social influye en la cognición por medio de sus "instrumentos", es decir, sus objetos culturales (autos, máquinas) y su lenguaje e instituciones sociales (iglesias, escuelas). El cambio cognoscitivo es el resultado de utilizar los instrumentos culturales en las interrelaciones sociales y de internalizarlas y transformarlas mentalmente. Vigotsky señala que el desarrollo intelectual del individuo no puede entenderse como independiente del medio social en el que está inmersa la persona. Para el desarrollo de las funciones psicológicas superiores se da primero en el plano social y después en el nivel individual. La postura de Vigotsky es un ejemplo del constructivismo dialéctico, porque recalca la interacción de los individuos y su entorno. En contraste con

Piaget, Vigotsky no habla de asimilación, sino de apropiación (en términos de contextos culturales), Llega a instalar una influencia predominante del medio cultural, que se refiere al origen social de los procesos psicológicos superiores (lenguaje oral, juego simbólico, lecto – escritura). La mayoría de ellos (los avanzados) no se forman sin intervención educativa.

Las teorías de Bruner tienen como punto de referencia a Vygotsky y Piaget; el punto de unión más fuerte entre la teoría de Vygotski y la de Bruner, es que, para ambos, la interacción y el diálogo son puntos claves en su teoría. (38)

2.2.3 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.

El conductismo, con su énfasis sobre los métodos experimentales, se focaliza sobre variables que pueden observarse, medirse y manipular y rechaza todo aquello que sea subjetivo, interno y no disponible (p.e. lo mental). En el método experimental, el procedimiento estándar es manipular una variable y luego medir sus efectos sobre otra. Todo esto conlleva a una teoría de la personalidad que dice que el entorno de uno causa nuestro comportamiento.

Bandura consideró que esto era un poquito simple para el fenómeno que observaba (agresión en adolescentes) y por tanto decidió añadir un poco más a la fórmula: sugirió que el ambiente causa el comportamiento; cierto, pero que el comportamiento causa el ambiente también. Definió este concepto con el nombre de determinismo recíproco: el mundo y el comportamiento de una persona se causan mutuamente.

Más tarde, fue un paso más allá. Empezó a considerar a la personalidad como una interacción entre tres cosas: el ambiente, el comportamiento y los procesos psicológicos de la persona. Estos procesos consisten en nuestra habilidad para abrigar imágenes en nuestra mente y en el lenguaje. Desde el momento en que introduce la imaginación en particular, deja de ser un conductista estricto y empieza a acercarse a los cognocivistas. De hecho, usualmente es considerado el padre del movimiento cognitivo .

El añadido de imaginación y lenguaje a la mezcla permite a Bandura teorizar mucho más efectivamente que, digamos por ejemplo, B.F. Skinner con respecto a dos cosas que muchas personas consideran "el núcleo fuerte" de la especie humana: el aprendizaje por la observación (modelado) y la autorregulación. (39)

## Teorías del Aprendizaje

	Modelo Conductista	Modelo Cognitivista
	Watson, Skinner, Thordnike, Pavlov, Tolman	Piaget, Bruner, Ausubel, Vigotsky
Objeto de Estudio	La conducta observable	Representaciones mentales (mapas cognitivos, estrategias)
Relación epistemológica		
Características del Sujeto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cada individuo nace con la mente vacía en el cual se imprimen los datos de la realidad.</li> <li>• Es pasivo y reactivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posee estructuras previas que le permiten conocer</li> <li>• Es activo y productor.</li> </ul>
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"> <li>• Se apoya en el Empirismo.</li> <li>• Anticonstructivista</li> <li>• Asociacionista</li> <li>• Todas las conductas humanas se explican en términos de asociaciones de elementos simples.</li> <li>• Ambientalista: protagonismo en el objeto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se apoya en el Racionalismo.</li> <li>• 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.</li> <li>• Es constructivista.</li> </ul>
	<p><b>Teoría cognoscitivo-social de Albert Bandura</b></p> <p>Componentes en prevención</p> <p><b>(1) cognitivo</b></p>	

## 2.3 Teoría Social Cognitiva de Albert Bandura

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

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

Los procesos cognitivos se ponen en funcionamiento a medida que las personas observan los modelos aprenden "segmentos" de comportamientos y luego los ponen juntos en nuevos y complejos patrones. Los factores cognitivos, afectan la manera como una persona incorpora las conductas observadas. (40)

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

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

Un cambio en alguno de estos tres componentes-conductual, físico o social, influencia en los otros dos. La auto-eficacia,

un componente esencial de la teoría, es que la persona crea sentirse capaz de poner en práctica la nueva conducta cuando se presente la ocasión, así las personas pueden autorregular su conducta; entonces un fundamento básico de la teoría es la del autocontrol.

El enfoque de la reciprocidad triádica de Bandura: en la cual la conducta, los factores personales, cognitivos y de otro tipo, y los acontecimientos ambientales actúan como determinantes interactivos. De esta manera, en la perspectiva cognitiva social, no se considera al ser humano gobernado por fuerzas internas ni controlado por estímulos externos sino que se considera el funcionamiento humano en términos del modelo de reciprocidad triádica. (40)

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

### 2.3.1 El Constructo de la Autoeficacia

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

(41)

La teoría social cognoscitiva establece que las personas que tienen un alto sentido de eficacia imaginan recompensas y éxitos, se forjan guías de acción y emplean mayores esfuerzos que otras para hacer frente a los retos. Esas personas generan expectativas de resultados favorables para sus acciones y cuanto más fuerte es su creencia de autoeficacia, más altas son esas expectativas. Al conjunto de estos atributos y a su funcionamiento activo y dinámico es a lo que esa teoría llama “agencia humana” (41), las creencias de autoeficacia afectan el comportamiento humano de cuatro formas:

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

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

La tercera forma mediante la cual la autoeficacia afecta al comportamiento humano es influyendo sobre los patrones de

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

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

pensamiento autorreferente que se convierte en un mediador entre el conocimiento de una habilidad y su ejecución, la persona entonces debe sentirse capaz de ejecutar una acción o de adoptar una conducta. (42)

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

La intención de conducta y la autoeficacia se revelan buenas herramientas para la evaluación de resultados. Un tamaño muestral superior a 500 individuos, la disponibilidad de datos pre y post intervención, la existencia de grupo control, la equivalencia de grupos, la asignación aleatoria o control en el

análisis, el tiempo entre la medida pre y la Posintervención de tres meses o más, la utilización de un modelo teórico de conducta y el número de sesiones superior a cuatro; aseguran la máxima calidad del estudio, cuando éste se refiere a prácticas.(42)

#### 2.4.1 Calidad de la intervención para prevención del VIH/SIDA:

Los estudios de calidad alta son aquellos que en la intervención cuenten con el respaldo de una teoría de cambio conductual y un mínimo de cuatro sesiones, si cumplen un criterio se asegura una mejor calidad y si no cumple ninguno, será de baja calidad. Las intervenciones deben dar mensajes claros y constantes de cambios de conducta y debe medirse las intenciones de conducta; lo que se facilita a través de la escala de autoeficacia. (43)

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

Un estudio realizado en Brasil detectó y analizó los obstáculos y dificultades para llevar a cabo consistentemente

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

La importancia de otros costos sociales por encima del temor a la infección por VIH fue documentada también por un

estudio cualitativo realizado con jóvenes de Sri Lanka, quienes mostraron mayor preocupación por la pérdida de la virginidad, de posibilidades de matrimonio, por el embarazo y la pérdida de la reputación frente a la familia, que frente al riesgo de infección por VIH, a pesar de tener suficientes conocimientos al respecto. Estas normas culturales parecen haber protegido relativamente a los jóvenes de Sri Lanka pues parecen favorecer actividades no penetrativas vaginales, pero hay evidencias de comportamientos de riesgo que no desafían estos cánones morales como el sexo anal, la utilización de sexo comercial, sexo entre hombres y penetración parcial del pene en la vagina. En todo caso, los tres estudios insisten en la necesidad de que las intervenciones preventivas sean más abarcativas que el solo trabajo sobre VIH/SIDA, pues las conductas de riesgo de las poblaciones vulnerables se inscriben en contextos más amplios que las determinan. (44)

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

estrategias de prevención y control del SIDA en México, Sepúlveda et al afirman que “las campañas masivas no cambian de manera importante los comportamientos, pero son útiles para mantener un estado de alerta y para crear el clima que haga aceptable otro tipo de intervenciones más puntuales y específicas”. Asimismo, los autores aseguran que “es indispensable desarrollar intervenciones que toquen aspectos más profundos de los individuos a los que se quiere llegar”. Estos aspectos profundos implican la comprensión de los contextos de la sexualidad, a nivel emocional, social, cultural y económico. (44)

## 2.5 La Propuesta Pedagógica de Paulo Freire

La pedagogía liberadora sienta sus bases de una nueva pedagogía en completa oposición a la educación tradicional y bancaria. La enseñanza de la lectura y la escritura en los adultos busca la reflexión y el cambio de las relaciones del individuo con la naturaleza y con la sociedad. El objetivo esencial de la educación, que propone Freire, es liberar a la persona de las supersticiones y creencias que le ataban, y liberar de la ignorancia absoluta en que vivían; transformarla a su estado de dignidad y humanismo mas no uniformizarla ni reproducirla lo pasado, tampoco someterla, tal como ocurre en la educación tradicional que ha imperado varios siglos.

Una pedagogía del oprimido no postula modelos de adaptación, de transición ni de la modernidad de la sociedad sino modelos de ruptura, de cambio, de la transformación total de la persona, especialmente el acceso a una educación digna y con igualdad de derechos y devolverlo a su estado natural con que fue creado cada ser humano. (45)

### 2.5.1 La Práctica y el Diálogo para Freire

Freire toma en cuenta el conocimiento como un proceso continuo; resalta el hecho de que todo conocimiento presupone una práctica. El conocimiento debe ser objetivo en el sentido que sea dado exclusivamente por el objeto. Ningún conocimiento es neutro respecto a las diversas prácticas realizadas por los grupos humanos. Con esto, Freire enfatiza que su metodología no es referida al hombre sino a su pensamiento y lenguaje, a los niveles de percepción de la realidad que le rodea.

Freire propone que el diálogo como método permite la comunicación entre los educandos y entre éstos y el educador; se identifica como una relación horizontal de educando a educador, en oposición del antidiálogo como método de enseñanza tradicional que implica una relación vertical de profesor sobre el alumno. Sobre esta base propone la educación dialógica como la forma de desarrollar

una pedagogía de comunicación que permita y facilite dialogar con el educando sobre algo. Ese algo es el programa educacional que se propone en situaciones concretas de la vida del pueblo, lo que posibilita que el analfabeto logre el aprendizaje de la escritura y la lectura, luego introducirse en el mundo de la comunicación, actuar como sujeto y no como objeto pasivo que recepciona lo que impone el profesor, así dar paso a la transformación total en su ser y vivir de acuerdo a los paradigmas del presente siglo XXI. (45)

## 2.6 Las encuestas CAPs (Conocimientos, Actitudes y Prácticas) por si solas permiten:

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

- Comparaciones y ofrecen un grado de homogenización que suele estar ausente cuando los datos los recopilan una variedad de organismos diferentes.

## **CAPÍTULO III**

### **3 HIPÓTESIS Y OBJETIVOS**

#### **3.1 HIPÓTESIS**

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

#### **3.2 OBJETIVOS**

##### **3.2.1 Objetivo General:**

- Se evaluó y se modificamos los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los estudiantes de las escuelas de Lengua y Literatura Inglesa de de la Facultad de Filosofía sobre ITS y VIH/SIDA.

##### **3.2.1 Objetivos específicos**

- Se determinó los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los estudiantes de la Universidad de Cuenca sobre ITS, y autoeficacia en prevención del SIDA a través de la aplicación de un cuestionario antes de la intervención educativa.
- Realizamos una intervención educativa basada en la Teoría cognoscitiva social de Albert Bandura, Vigotsky,

Ausubel, Bruner y Piaget para modificar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los estudiantes de la universidad de Cuenca sobre ITS y VIH/SIDA.

- Determinamos los conocimientos, actitudes y prácticas y autoeficacia en prevención del SIDA que tienen los estudiantes de la Universidad de Cuenca sobre ITS, antes y después de la intervención educativa.

## CAPÍTULO IV

### 4. METODOLOGÍA

#### 4.1 Tipo de estudio:

Se realizó un estudio Cuasiexperimental PRETEST Y POSTEST con grupo control.

#### 4.2 Universo y Muestra:

Estuvo conformado por todos los estudiantes de la Universidad de Cuenca de la Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación de la Escuela de Filosofía y Lengua Inglesa. La muestra de estudio constará de 190 estudiantes de dicha escuela.

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

$$S = Z^2 \frac{P(P-1)}{D^2}$$

Z= Puntuación Stándar (2.57)

P= Porcentaje de desconocimiento.

D= Error Aceptable (5%)

Los datos utilizados fueron:

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

**Prevalencia: 10%**

**Intervalo de confianza: 99.99 %**

EpiInfo Version 6		Statcalc		November 1993	
Population Survey or Descriptive Study Using Random (Not Cluster) Sampling					
Population Size	:		191		
Expected Frequency	:		10.00 %		
Worst Acceptable	:		0.05 %		
Confidence Level			Sample Size		
80 %			14		
90 %			22		
95 %			30		
99 %			46		
99.9 %			65		
99.99 %			80		
Change value of Population, Frequency, or Worst Acceptable to recalculate.					

Según los resultados obtenidos para nuestro estudio se trabajó con 79 estudiantes de la Escuela de Filosofía y Lengua Inglesa, de la Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la educación de la Universidad de Cuenca.

#### 4.3 Área de estudio:

El estudio se realizó en la Facultad de Filosofía en la Universidad de Cuenca, de la misma ciudad, provincia del Azuay.

El aporte de esta Facultad fue fundamental para el desarrollo cultural y educativo de la región y el país. Desde 1978 organiza encuentros periódicos sobre Literatura Ecuatoriana, concursos nacionales y universitarios de poesía. Ha llevado a cabo dos encuentros sobre Filosofía y ha abierto licenciaturas

en Educación Primaria, Lingüística Andina y Educación Bilingüe; así como una licenciatura en Cine y Audiovisuales.

Esta facultad está ubicada en la Avenida 12 de Abril s/n Ciudadela Universitaria.

#### 4.4 Procedimientos, Técnicas e Instrumentos.

##### 4.4.1 Procedimientos:

- Elaboramos una Solicitud de permiso a las autoridades
- Elaboramos dos formularios para recolectar la información sobre conocimientos actitudes y prácticas de los estudiantes de la Universidad de Cuenca de la Facultad de Filosofía, Letras y Lengua Inglesa en el ciclo común, frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA.
- Aplicamos las encuestas a los estudiantes de la muestra escogida.
- Revisamos y analizamos los resultados.
- Realizar el informe final.

##### 4.4.2 Técnicas:

- Observación Directa.
- Encuesta.

##### 4.4.3 Instrumentos:

Se utilizaron dos instrumentos de medición:

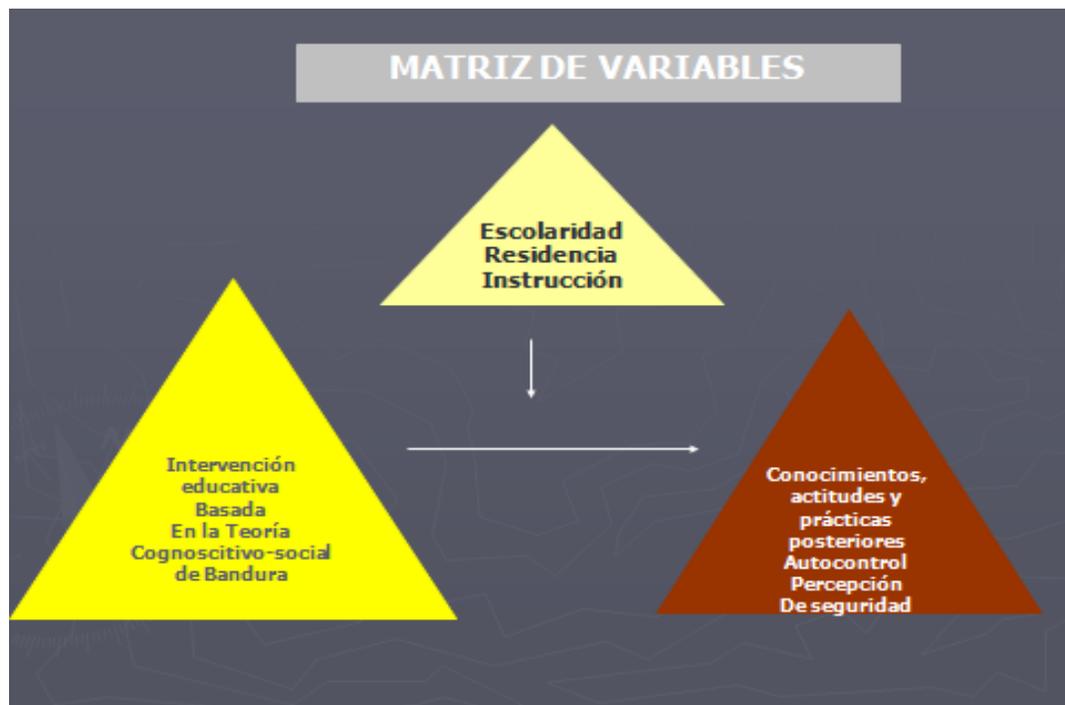
- El primer instrumento: es una encuesta de valoración de CAPs mide conocimientos, actitudes y prácticas sobre las infecciones de transmisión sexual
- El segundo instrumento: Corresponde a la escala de autoeficacia basada en la Teoría de Albert Bandura, mide el nivel de seguridad.

#### 4.4.4 Variables

<b>Variable</b>	<b>Concepto</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala</b>
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha	Tiempo	Años Cumplidos	Años
Procedencia	Región geográfica (área de división política a la que pertenece una persona y su relación con centros poblados urbanos o rurales	Región geográfica Centro poblado urbano o rural.	Provincia Urbano Rural	Nominal Si No
Sexo	Diferencia física y de conducta que distingue a los organismos individuales, según las funciones que realizan	Masculino Femenino	Masculino Femenino	Masculino Femenino

	en los procesos de reproducción. Y desenvolvimiento social.			
Conocimientos sobre las ITS	Conjunto de información adquirida en relación a ITS	Conjunto de información adquirida	Encuesta CAP	Si No
Actitud sobre ITS	Intenciones frente a una situación probable	Intenciones	Encuesta CAP y escala de autoeficacia SEA27  Indicador : Actitudes correctas frente a ITS  Escala de Autoeficacia A, B, C	Si No Numérica

Prácticas sobre ITS	Comportamiento tomado frente a una situación específica	Comportamiento	Encuesta CAP Escala de autoeficacia SEA 27 A, B, C	Si No
---------------------	---	----------------	---	----------



#### 4.5 Análisis Estadístico:

La información que se recolectó en el cuestionario (Anexos), con la misma se elaboró la base de datos en el programa SPSS 12.0 para Windows. Se realizó contraste de hipótesis

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

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

Se aplicó además la prueba chi cuadrado para el instrumento de conocimientos, actitudes y prácticas. Los resultados fueron expresados por medio de una Tabla Basal y una Tabla de resultados. Se realizó los respectivos análisis con la ayuda de los programas EXCEL Y EPI INFO, que son de tipo matemático y estadístico respectivamente.

#### 4.6 Recolección de Datos:

La recolección de datos lo realizó el equipo investigador, la misma que fué documentada en formularios validados en los que constan las variables a ser estudiadas.

#### 4.7 Normas Éticas:

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

Manejo bioética de los datos:

Se solicitó el consentimiento informado a todos los sujetos que fueron investigados y el permiso correspondiente al decano de la facultad, los datos que se entregaron fueron obtenidos con total veracidad y pudieron ser verificados por la facultad de ciencias medicas o la escuela de comunicación a través de la comisión de bioética o la institución auspiciadora.

Los resultados finales fueron socializados para beneficio de la comunidad universitaria.

#### 4.8 Recursos Humanos:

Director de tesis

Estudiantes

Investigadores

## CAPITULO V

### 5. RESULTADOS

**Interpretación:** El cuadro nos indica una muestra de 79 estudiantes de la facultad de lengua y literatura inglesa de la escuela de filosofía de la universidad de cuenca la cual en su mayoría está representada por 83.5% de estudiantes entre 18 y 25 años y de estos la mayor parte son mujeres con 79.7%, los estudiantes solteros representan mayor porcentaje con un 86.1%, además observamos que la religión católica es superior con 87.3% igualmente el área urbana con 82.3%. Ver tabla 1 basal.

**Tabla N°1**

***Distribución de 79 estudiantes de la facultad de lengua y literatura inglesa de la escuela de filosofía de la Universidad de Cuenca según las variables demográficas. Cuenca 2009***

Código	Frecuencia	Porcentaje
	79	100
<b>EDAD</b>		
18 a 25 años	66	83,5%
Mayores de 25 años	13	16,5%
<b>GÉNERO</b>		
Femenino	63	79,7%
Masculino	16	20,3%
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Soltero	68	86,1%
Casado	10	12,7%
Divorciado	1	1,3%

<b>RELIGIÓN</b>		
Católica	69	87,3%
Evangélica	4	5,1%
T. de Jehová	3	3,8%
Otros	3	3,8%
<b>PROCEDENCIA</b>		
Urbano	65	82,3%
Rural	14	17,7%

**Fuente:** Formulario de investigación.

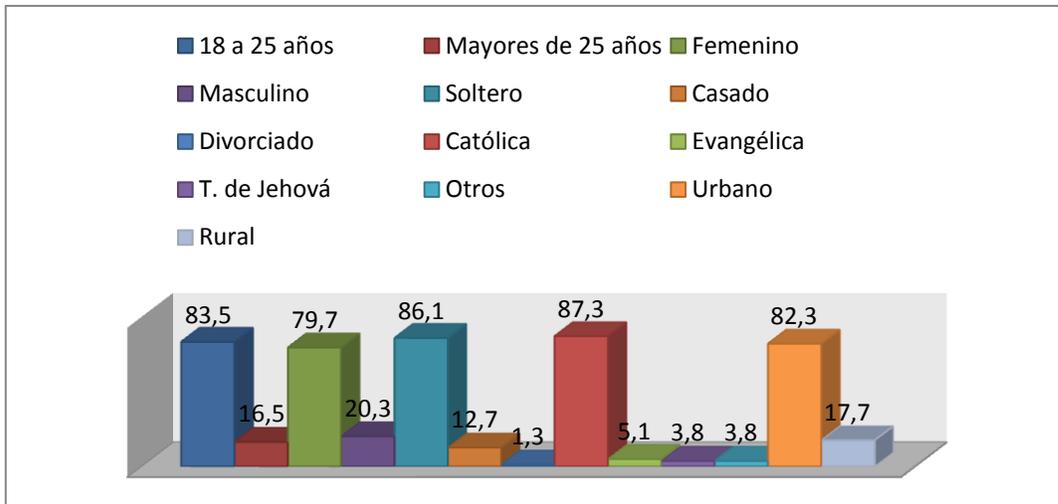
**Elaboración:** Autores

**Interpretación:** El gráfico nos indica una muestra de 79 estudiantes de la facultad de lengua y literatura inglesa de la escuela de filosofía de la universidad de cuenca la cual en su mayoría está representada por 83.5% de estudiantes entre 18 y 25 años y de estos la mayor parte son mujeres con 79.7%, los estudiantes solteros representan mayor porcentaje con un 86.1%, además observamos que la religión católica es superior con 87.3% igualmente el área urbana con 82.3%.(Ver gráfico 1)

### **Grafico N°1**

***Gráfico sobre variables socio demográficas en los estudiantes de la facultad de lengua y literatura inglesa de la escuela de filosofía de la Universidad de Cuenca.***

***Cuenca 2009***



**Fuente:** Formulario de investigación.

**Elaboración:** Autores

**Interpretación:** Este cuadro se refiere a la modificación de los conocimientos sobre ITS y de acuerdo a qué ITS conoce se encontró un aumento significativo en los conocimientos de Condiloma con 5.1% a 17.7% y existe un aumento porcentual pero no significativo en Tricomoniasis de 10.1% a 19%, Clamidiasis de 12.7% a 21.5% y Herpes con 84.8% a 93.7%.

En las formas de transmisión existe un aumento porcentual en la forma con penetración de 81% a 87.3%, mientras que se encontró una disminución significativa con 13.9% a 3.8% en la forma de beso o sudor.

En las formas de manifestación clínica hay aumento significativo en la forma de dolor en vientre bajo de 25.3% a 48.1% mientras que existe una disminución porcentual pero

no significativa en las manifestaciones de verrugas con 77.2% a 73.4%, manchas con 68.4% a 57%.

De acuerdo a los conocimientos de si son curables estas enfermedades no se encontró resultados significativos pero existe una disminución porcentual en Blenorragia con 72.2% a 65.8% y un aumento porcentual en Condiloma con 29.1% a 38% (Ver tabla 2).

## **Tabla N° 2**

**Conocimientos sobre ITS y VIH SIDA en un grupo de 79 estudiantes de la facultad de lengua y literatura inglesa de la escuela de filosofía de la Universidad de Cuenca a quienes se les realizó una intervención educativa. Cuenca 2009.**

Conocimientos	Preintervención N = 79		Posintervención N= 79		Valor P Significancia
	N°	%	N°	%	
<b>Condiloma</b>	4	5,1	14	17,7	0,012
<b>Herpes</b>	67	84,8	74	93,7	0,072
<b>Sífilis</b>	61	77,2	62	78,5	0,848
<b>SIDA</b>	79	100	78	98,7	0,316
<b>Gonorrea</b>	60	75,9	66	83,5	0,235
<b>Tricomoniasis</b>	8	10,1	15	19	0,114
<b>Clamidiasis</b>	10	12,7	17	21,5	0,139
<b>Otras</b>	6	7,6	8	10,1	0,576
<b>Sin Penetración</b>	70	88,6	75	94,9	0,148
<b>Con Penetración</b>	64	81	69	87,3	0,276
<b>Transfusión</b>	71	89,9	71	89,9	1,000
<b>Madre Infectada</b>	67	84,8	60	75,9	0,161
<b>Beso o Sudor</b>	11	13,9	3	3,8	0,025
<b>Otras</b>	9	11,4	7	8,9	0,598
<b>Ventre Bajo</b>	20	25,3	38	48,1	0,003
<b>Secreción</b>	65	82,3	66	83,5	0,833
<b>Verrugas</b>	61	77,2	58	73,4	0,580
<b>Manchas</b>	54	68,4	45	57	0,139
<b>Inflamación</b>	40	50,6	41	51,9	0,874
<b>Otras</b>	12	15,2	5	6,3	0,126
<b>Sífilis</b>	50	63,3	47	59,5	0,624
<b>Condiloma</b>	23	29,1	30	38	0,238
<b>Blenorragia</b>	57	72,2	52	65,8	0,390
<b>Clamidiasis</b>	24	30,4	28	35,4	0,498
<b>SIDA</b>	2	2,5	0	0	0,155
<b>Tricomoniasis</b>	23	29,1	30	38	0,238

Fuente: Formulario de investigación.

Elaboración: Autores

**Interpretación:** En este cuadro de actitudes podemos observar que de acuerdo a recomendaciones de dónde acudir en caso de una ITS existe un incremento significativo en acudir a un amigo de 15.2% a 44.3% y un aumento porcentual en acudir a una farmacia con 3.8% a 6.3% además se encontró una disminución porcentual en acudir a un médico con 72.2% a 60.8%.

En cuanto a la actitud frente a un amigo nos demuestra que no existen resultados significativos pero se encontró una disminución porcentual principalmente en ayudarlo a curarse con 81% a 68.4%, en decirle que aprendió a hacer el amor con 2.5% a 0% y en sugerir visitar a un medico con 86.1% a 82.3%.

En relación con el consejo a un amigo para prevenir las ITS observamos una disminución significativa en tener conocimientos sobre las ITS con 97.5% a 86.1% y también se observa una disminución porcentual en no tener relaciones sexuales con 27.8% a 16.5% y escoger bien a la pareja con 70.9% a 62%.

De acuerdo a que sugerencias se podría dar frente a relaciones con desconocidos existe una disminución porcentual en protegerse con el uso del condón con 89.9% a

84.8%, lavarse los genitales de 50.6% a 46.8% y buscar orientación con un médico con 74.7% a 64.6% (Ver tabla 3).

### **Tabla N° 3**

**Actitudes sobre ITS y VIH SIDA en un grupo de 79 estudiantes de la facultad de lengua y literatura inglesa de la escuela de filosofía de la Universidad de Cuenca a quienes se les realizó una intervención educativa.**

**Cuenca 2009**

Actitudes	Preintervención N= 79		Posintervención N= 79		Valor P Significancia
	Nº	%	Nº	%	
<b>Hospital</b>	62	78,5	63	79,7	0,845
<b>Médico</b>	57	72,2	48	60,8	0,129
<b>Farmacia</b>	3	3,8	5	6,3	0,468
<b>Amigo</b>	12	15,2	35	44,3	0,000
<b>Padres</b>	57	72,2	60	75,9	0,586
<b>Otros</b>	7	8,9	2	2,5	0,086
<b>Alejarse</b>	1	1,3	1	1,3	1
<b>Ayudaría</b>	64	81	54	68,4	0,067
<b>Aprendió</b>	2	2,5	0	0	0,155
<b>Edad</b>	3	3,8	2	2,5	0,649
<b>Médico</b>	68	86,1	65	82,3	0,420
<b>Conocimientos</b>	77	97,5	68	86,1	0,009
<b>No Relaciones</b>	22	27,8	13	16,5	0,085
<b>Fidelidad</b>	62	78,5	57	72,2	0,356
<b>Escoger</b>	56	70,9	49	62	0,238
<b>Condón</b>	68	86,1	68	86,1	1
<b>Sin Penetración</b>	8	10,1	7	8,9	0,786
<b>Condón</b>	71	89,9	67	84,8	0,339
<b>Lavarse</b>	40	50,6	37	46,8	0,633
<b>Médico</b>	59	74,7	51	64,6	0,166
<b>No Relaciones</b>	62	78,5	62	78,5	1

Fuente: Formulario de investigación.

Elaboración: Autores

**Interpretación:** En las modificaciones de las prácticas sobre ITS y VIH-SIDA podemos darnos cuenta que respecto al número de personas con los cuales ha tenido relaciones sexuales en los últimos tres meses hay una disminución porcentual pero no significativa en una persona con 86.1% a 78.3%.

En relación con las preferencias sexuales existe un aumento porcentual con el sexo contrario de 53.2% a 58.2% y una disminución porcentual con ambos sexos desde 1.3% a 0%.

En cuanto al hábito sexual existe un aumento porcentual pero no significativo en todos los ítems pero principalmente en el sexo oral de 15.2% a 27.8%.

De acuerdo a si ha padecido alguna ITS observamos un aumento porcentual pero no significativa de 2.5% a 3.8% y si existe conversación con la pareja sobre las ITS existe un aumento porcentual de 43% a 57%.

En lo que se refiere a si ha tenido relaciones en estado de embriaguez existe un aumento proporcional pero no significativo de 15.2% a 26.6%.

De acuerdo a si utiliza condón en relaciones habituales con su pareja hubo una disminución porcentual de 28.3% a 25%

en la opción siempre y una disminución porcentual en la opción nunca de 23.9% a 34.6%, en relaciones sexuales con desconocidos hubo un aumento porcentual de 13.9% a 21.5% y para finalizar observamos que de acuerdo a si ha utilizado condón en relaciones fortuitas existe un aumento porcentual en la opción nunca de 37.8% a 46.3% (Ver Tabla 4.)

#### **Tabla N° 4**

**Prácticas sobre ITS y VIH SIDA en un grupo de 79 estudiantes de la facultad de lengua y literatura inglesa de la escuela de filosofía de la Universidad de Cuenca a quienes se les realizó una intervención educativa. Cuenca 2009**

<b>Prácticas</b>	<b>Preintervención n N= 79</b>		<b>Posintervención N= 79</b>		<b>Valor P Significancia</b>
<b>Cuántas personas</b>	Nº	%	Nº	%	
1	31	86,1	36	78,3	0,357
2	3	8,3	8	17,4	
3	1	2,8	0	0	
4	0	0	1	2,5	
5	0	0	1	2,2	
10	1	2,8	0	0	
<b>Relaciones sexuales con:</b>					
Mismo Sexo	4	5,1	5	6,3	0,731
Sexo Contrario	42	53,2	46	58,2	0,522
Ambos Sexos	1	1,3	0	0	0,316
<b>Hábito sexual</b>					
Sexo Oral	12	15,2	22	27,8	0,085
Sexo Anal	8	10,1	9	11,4	0,797
Coito Genital	42	53,2	46	58,2	0,522
<b>Padeció ITS</b>	2	2,5	3	3,8	0,649
<b>Conversa con pareja</b>	34	43	45	57	0,080
<b>Embriaguez</b>	12	15,2	21	26,6	0,078
<b>Utiliza condón relaciones habituales:</b>					
Siempre	13	28,3	13	25	0,509
Ocasionalmente	22	47,8	21	40,4	
Nunca	11	23,9	18	34,6	
<b>Relaciones sexuales con desconocidos</b>	11	13,9	17	21,5	0,211
<b>Relaciones sexuales fortuitas:</b>					
Siempre	14	37,8	14	34,1	0,736
Ocasionalmente	9	24,3	8	19,5	
Nunca	14	37,8	19	46,3	

**Fuente:** Formulario de investigación.

**Elaboración:** Autores

**Interpretación:** El promedio de conocimientos se incrementó significativamente respecto a qué ITS conoce (7) con una media de 6.24 a 6.96 y un valor de  $p:0.022$  y un incremento no significativo en las manifestaciones (9) con una media de 5.26 a 5.62 con  $p:0.219$  y si son curables estas enfermedades con una media de 6.17 a 5.82 con  $p:0.363$  además respecto a la forma de transmisión de estas infecciones (8) se encontró una disminución con una media de 9.88 a 9.67 con  $p:0.530$  (Ver Tabla 5).

**Tabla N° 5**

***Conocimientos sobre ITS y VIH SIDA en un grupo de 79 estudiantes de la facultad de lengua y literatura inglesa de la escuela de filosofía de la Universidad de Cuenca a quienes se les realizó una intervención educativa.***

***Cuenca 2009.***

Conocimientos	Preintervención N= 79		Posintervención N=79		Valor P
	Media	DS	Media	DS	
<b>Calificación 7</b>	6,24	1,96	6,96	1,87	0,022
<b>Calificación 8</b>	9,88	2,27	9,67	2,01	0,530
<b>Calificación 9</b>	5,26	1,81	5,62	1,90	0,219
<b>Calificación 10</b>	6,17	1,92	5,82	2,42	0,363

**Fuente:** Formulario de investigación.

**Elaboración:** Autores

**Interpretación:** En este cuadro podemos observar que existe una disminución en todos los ítems en las actitudes de ITS y VIH-SIDA siendo significativa en las actitudes frente a un amigo con ITS (12) con una media de 8.43 a 7.56 con p:0.018 y en las sugerencias de relaciones frente a desconocidos (14) con una media de 7.67 a 6.81 con p:0.047 mientras que existe una disminución en cuanto se refiere al consejo a un amigo de a dónde acudir en caso de una ITS(11) con una media de 6.49 a 6.12 con p:0.353 y en un consejo para evitar una ITS (13) con 6.52 a 6.41 con p:0.732 sin embargo en estos últimos no fueron resultados significativos(Ver tabla 6).

**Tabla N° 6**

***Actitudes sobre ITS y VIH SIDA en un grupo de 79 estudiantes de la facultad de lengua y literatura inglesa de la escuela de filosofía de la Universidad de Cuenca a quienes se les realizó una intervención educativa. Cuenca 2009***

Actitudes	Preintervención N=79		Posintervención N=79		Valor P
	Media	DS	Media	DS	
<b>Calificación 11</b>	6,49	2,58	6,12	2,39	0,353
<b>Calificación 12</b>	8,43	2,27	7,56	2,69	0,018
<b>Calificación 13</b>	6,52	2,06	6,41	2,14	0,732
<b>Calificación 14</b>	7,67	2,29	6,81	2,93	0,047

**Fuente:** Formulario de investigación.

**Elaboración:** Autores

**Interpretación:** en la evaluación global de la modificación de las prácticas sobre ITS podemos observar que de acuerdo a la cantidad de personas con quienes han mantenido relaciones sexuales en los últimos tres meses existe un aumento no significativo con una media de 4.57 a 4.85 con p: 0.653

De acuerdo a la preferencia sexual de la persona observamos una disminución con una media de 5.09 a 4.58 con p: 0.471

De acuerdo al hábito sexual de la persona existe una disminución no significativa de 5.06 a 4.55 con p: 0.267 (Ver tabla 7.)

**Tabla N° 7**

***Prácticas sobre ITS y VIH SIDA en un grupo de 79 estudiantes de la facultad de lengua y literatura inglesa de la escuela de filosofía de la Universidad de Cuenca a quienes se les realizó una intervención educativa.***

***Cuenca 2009***

Prácticas	Preintervención		Posintervención		Valor P
	N=79		N=79		
	Media	DS	Media	DS	
<b>Calificación 17</b>	4,57	1,98	4,85	1,85	0,653
<b>Calificación 18</b>	5,09	3,30	4,58	1,80	0,471
<b>Calificación 19</b>	5,06	2,13	4,55	1,68	0,267
<b>Calificación 26</b>	6,39	2,70	7,21	2,81	0,400

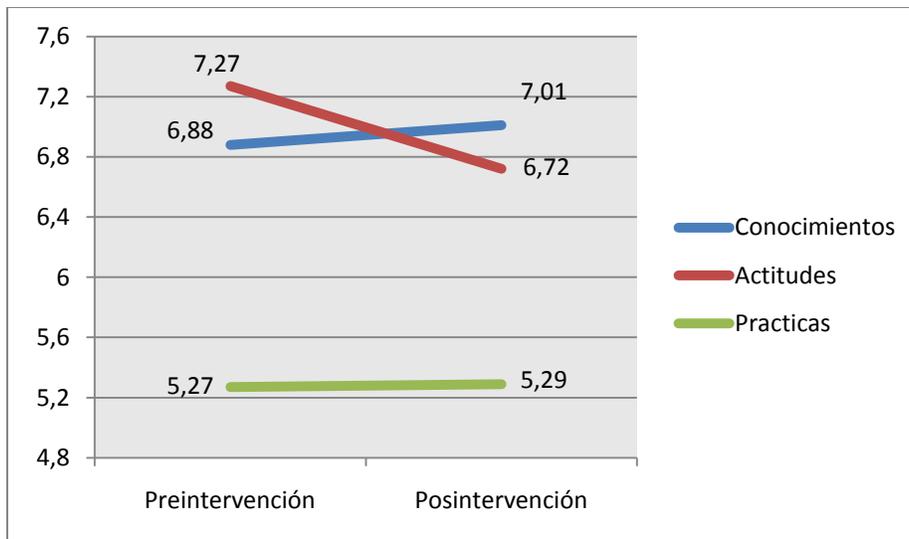
**Fuente:** Formulario de investigación

**Elaboración:** Autores

**Interpretación:** Según podemos observar en este grafico los resultados finales nos indican un cierto aumento en cuanto a los conocimientos de 6,88 %a 7,01% además existe una gran disminución en cuanto a las actitudes de 7,27% a 6,72% y un ligero aumento en las prácticas de 5,27% a 5,29%. (Ver gráfico 2.)

## Grafico N° 2

**Modificación de los conocimientos, actitudes y prácticas, sobre Infecciones de trasmisión sexual antes y después de la intervención en los estudiantes de la escuela de filosofía de la Universidad de Cuenca a quienes se les realizó una intervención educativa. Cuenca 2009.**



**Fuente:** Formulario de investigación.

**Elaboración:** Autores

**Interpretación:** En este cuadro podemos observar que de acuerdo a la escala de autoeficacia para prevenir las ITS existen diferentes variaciones pero principalmente notamos una disminución no significativa en A1 que se refiere a que tan seguro esta de decir que no cuando te proponen tener relaciones sexuales con alguien conocido hace 30 días o menos con 74.7% a 70.9%

También encontramos una disminución porcentual en que tan seguro esta de decir que no a tener relaciones sexuales con alguien con quien has tratado con anterioridad (A4) y con alguien de quien necesitas que se enamore de ti (A7) con 64.6% a 55.7% y 67.1% a 62% respectivamente.

Además encontramos un aumento porcentual en qué tan seguro esta de decir que no a tener relaciones sexuales con alguien cuya historia sexual es desconocida para ti (A2) con 70.9% a 75.9% (Ver tabla 8)

### **Tabla N° 8**

***Autoeficacia de los estudiantes de la facultad de lengua y literatura inglesa de la escuela de filosofía de la Universidad de Cuenca medida por el nivel de mayor seguridad subescala A de preguntas, antes y después de la intervención. Cuenca 2009***

SEGURIDAD A	Preintervención N= 79		Posintervención N=79		Valor P
	N°	%	N°	%	
A1	59	74,7	56	70,9	0,592
A2	56	70,9	60	75,9	0,471
A3	58	73,4	60	75,9	0,714
A4	51	64,6	44	55,7	0,255
A5	53	67,1	52	65,8	0,866
A6	42	53,2	43	54,4	0,873
A7	53	67,1	49	62	0,506
A8	58	73,4	59	74,7	0,856
A9	52	65,8	53	67,1	0,866
A10	52	65,8	54	68,4	0,735
A11	43	54,4	42	53,2	0,873

**Fuente:** Formulario de investigación.

**Elaboración:** Autores

**Interpretación:** esta tabla nos demuestra la valoración de la autoeficacia en la cual podemos observar un aumento en todos los ítems pero siendo significativo únicamente en B3 que se refiere a que tan seguro esta de ser capaz de preguntar a su novio sobre las relaciones sexuales tenidas en el pasado con 72.2% a 88.9%

Además observamos un aumento porcentual en B1 y B2 que se refiere a que tan seguro esta de ser capaz de preguntar a su novio si se ha inyectado alguna droga y discutir sobre la prevención del SIDA con 74.7% a 86.1% y 86.1% a 88.6% respectivamente.(Ver tabla 9)

**Tabla N° 9**

***Autoeficacia de los estudiantes de la facultad de lengua y literatura inglesa de la escuela de filosofía de la Universidad de Cuenca medida por el nivel de mayor seguridad subescala B de preguntas, antes y después de la intervención. Cuenca 2009***

SEGURIDAD B	Preintervención N= 79		Posintervención N= 79		Valor P
	N°	%	N°	%	
<b>B1</b>	59	74,7	68	86,1	0,071
<b>B2</b>	68	86,1	70	88,6	0,632
<b>B3</b>	57	72,2	71	88,9	0,005
<b>B4</b>	47	59,5	48	60,8	0,871

**Fuente:** Formulario de investigación.

**Elaboración:** Autores

**Interpretación:** en este cuadro se valora la autoeficacia en la cual podemos observar que existe un aumento significativo en C8 que se refiere a que tan seguro esta de ser capaz de acudir a la tienda a comprar condones con 41.8% a 59.5%, también existe un aumento porcentual pero no significativo en lo que se refiere a que tan seguro esta de ser capaz de usar correctamente el condón (C2), usar el condón durante el acto

sexual después de haber consumido alcohol (C3) y después de haber consumido drogas (C4) con 72.2% a 81%, 57% a 64.6% y 51.9% a 63.3% respectivamente. (Ver tabla 10)

**Tabla N° 10**

***Autoeficacia de los estudiantes de la facultad de lengua y literatura inglesa de la escuela de filosofía de la Universidad de Cuenca medida por el nivel de mayor seguridad subescala C de preguntas, antes y después de la intervención. Cuenca 2009***

SUBESCALA C	Preintervención N= 79		Posintervención N= 79		Valor P
	N°	%	N°	%	
<b>C1</b>	61	77,2	55	69,6	0,280
<b>C2</b>	57	72,2	64	81	0,189
<b>C3</b>	45	57	51	64,6	0,328
<b>C4</b>	41	51,9	50	63,3	0,147
<b>C5</b>	59	74,7	59	74,7	1,000
<b>C6</b>	51	64,6	50	63,3	0,868
<b>C7</b>	48	60,8	54	68,4	0,318
<b>C8</b>	33	41,8	47	59,5	0,026
<b>C9</b>	48	60,8	51	64,6	0,622
<b>C10</b>	31	39,2	38	48,1	0,262
<b>C11</b>	43	54,4	40	50,6	0,633

**Fuente:** Formulario de investigación.

**Elaboración:** Autores

**Interpretación:** En este cuadro podemos observar que de acuerdo a las seguridades sobre la conducta sexual “Capacidad de decir que no cuando te proponen tener relaciones sexuales” se encontró una disminución no significativa con una media de 8.48 a 7.90 con un valor de p: 0.282.

De acuerdo a las seguridades que se refiere a “Capacidad de poder establecer un dialogo con su pareja sobre aquellas circunstancias que aumentarían el riesgo de padecer una ITS” se observó un aumento significativo con una media de 3.13 a 3.44 con p: 0.041.

De acuerdo a las seguridades sobre “Prácticas sexuales y uso del preservativo” se encontró un aumento no significativo con una media de 8.20 a 8.33 y un valor de p: 0.828. (Ver tabla 11.)

**Tabla N° 11**

**Tabla de seguridad sobre VIH SIDA antes y después de la intervención en los estudiantes de la facultad de lengua y literatura inglesa de la escuela de filosofía de la Universidad de Cuenca a quienes se les realizó una intervención educativa. Cuenca 2009.**

SEGURIDAD	Preintervención N=79		Posintervención N=79		Valor P
	Media	DS	Media	DS	
<b>Seguridad A</b>	8,48	3,24	7,90	3,46	0,282
<b>Seguridad B</b>	3,13	1,04	3,44	0,79	0,044
<b>Seguridad C</b>	8,20	3,49	8,33	3,43	0,828

Fuente: Formulario de investigación.

Elaboración: Autores

## **CAPÍTULO VI**

### **6. DISCUSIÓN**

La literatura actual, desde Michael Houellebecq, a Philip Roth, nos habla de la miseria sexual de occidente. Podemos tener encuentros sexuales pero no intersubjetivos. Es decir, el estallido de la sexualidad perversa polimorfa no ha venido acompañado de un aumento del interés sexual, sino del narcisismo y del autoerotismo. El incremento incesante de la pornografía hace pensar en el esfuerzo que los hombres y las mujeres de hoy deben realizar para estimular su deseo erótico, que no surge espontáneamente desde dentro, sino atraído por un estímulo externo. Para Galende son los componentes polimorfos de la vida pulsional los que están presentes en el comportamiento cotidiano de la sexualidad de hombres y mujeres de la época actual y estos no se preguntan sobre la verdad de su deseo sexual, no se preguntan si está bien o mal sino ponen en acto ese deseo; la sexualidad hoy en día es puramente pulsional. Hombres y mujeres tienen conductas de las más variadas en su intimidad: intercambio de parejas, tríos, voyeurismo, y todo un elenco de fantasías perversas, en el sentido psicoanalítico del término (y por lo tanto sujeto a revisión), se actúan sin asomo de culpa. (46)

En lo que respecta a los conocimientos sobre las ITS y VIH/SIDA, los estudiantes de nuestro estudio reconocen al Herpes, Sífilis, SIDA y Gonorrea como ITS con porcentajes de 84,8%, 77,2%, 100%, 75,9% respectivamente, luego de la intervención educativa, los valores ascienden a 93,7%, 78,5%, 83,5%, manteniéndose el conocimiento sobre el SIDA. En un estudio realizado por Vera L. et al (47) se encontró que el nivel de conocimientos sobre sífilis es del 80%, SIDA 98% y Gonorrea 93%. Gonzales F, et al, demuestra que en los jóvenes de 14 a 25 años de edad tienen un conocimiento sobre Herpes, Sífilis, SIDA y Gonorrea del 12,2%, 12,1%, 51,8% y 9,6% respectivamente. En el estudio realizado por Velázquez (48), se 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%. En Cundinamarca, Colombia, Gonzales F. (49) revela que las enfermedades más conocidas son el SIDA (51.8%), sífilis (12.1%) y gonorrea (9.6%).

En el informe final de la encuesta nacional de Paraguay sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre ITS en el 2004 realizada en 7321 mujeres (50), revela que en la población

femenina de 15 a 44 años el conocimiento sobre ITS como, Condiloma, Tricomoniasis y Clamidia es inferior al 10%, en nuestro estudio el conocimiento sobre Condiloma y Tricomoniasis en la preintervención educativa fué del 5,1% y 10,1% respectivamente, incrementándose luego de la intervención educativa al 17,7% en Condiloma y 19% en Tricomoniasis. En el estudio de Freire E, realizado en un grupo de conscriptos de un fuerte acantonado en Cuenca (51), 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.

En relación a las formas de transmisión en nuestro estudio se encontró que un 13,9% de los estudiantes encuestados pensaba que el SIDA puede transmitirse por besos y sudor pero luego de la intervención educativa esta cifra disminuyó al 4%. En un estudio realizado por Barros T. et al, en adolescentes de Santo Domingo de los Colorados en Ecuador (52) reflejó que el 70 % tenían esta idea errónea; este concepto descendió a cerca del 25 % después de la intervención.

En nuestro estudio se observó que un 89,9% de los estudiantes reconocía como vía de transmisión las

transfusiones sanguíneas y luego de la intervención esta cifra se mantuvo. En el estudio realizado por Macchi MI et al, en Paraguay, en estudiantes de educación media en el año 2006 (53) se encontró que reconocían en un 94% esta vía de transmisión.

Con respecto al conocimiento de las manifestaciones de las ITS: referente a secreción de genitales externos, verrugas e inflamación los hallazgos encontrados en nuestro estudio antes de la intervención educativa fueron 82,3%, 77,2%, 50,6% respectivamente y luego de la intervención aumentaron a 83,5% en secreción de genitales externos y 51,9% en inflamación. Velázquez A. (48), encontró que el 18,8 % de los adolescentes reconocían la presencia de secreción por los genitales externos antes de la intervención y después esta subió a 36,5 %.

Sobre el conocimiento de la curación de las ITS, en el presente estudio encontramos que el 2,5% de los estudiantes consideraba que el SIDA es curable, luego de la intervención educativa esta cifra disminuyó a 0%. López Nahyr et al (55); detectó que cerca del 4% de los jóvenes considera que el SIDA tiene cura.

Con respecto a la actitud hacia conversar con los padres, los hallazgos en nuestro estudio revelaron un aumento del 72,2% en la preintervención educativa al 75,9% luego de la intervención. Freire E. (51) en su estudio percibe un ascenso de esta actitud positiva en un 15% en los intervenidos. En este estudio se encontró que el 72,2 % de los estudiantes indican acudir a un médico en caso de una ITS. Ruiz A. et al en un estudio realizado en Chile (54), indica que sólo la mitad de los estudiantes que han sufrido una enfermedad de transmisión sexual, recibió tratamiento por parte de un médico.

Con respecto a la actitud de ayudar a un amigo(a) con una ITS a curarse en nuestro estudio encontramos un 81% antes de la intervención y un 68,4% luego de la intervención. López Nahyr et al (55), encontró que el 99 % de los jóvenes estuvieron de acuerdo con que deberían apoyarlo. En la variable sobre propio de la edad, en nuestro estudio el porcentaje encontrado antes de la intervención educativa descendió de 3.8% a 2,5% luego de la intervención. Freire E. (51) encontró un descenso considerable de esta actitud en el grupo intervenido, que correspondió al 50.5%. Entre las medidas preventivas, en nuestro estudio se encontró al conocimiento como medio de prevención en un 97,5%, a la

fidelidad en un 78,5%; la abstinencia en 27,8% y el uso del condón en un 86,1%. Miranda J. (56) en un estudio realizado en Ecuador encontró el conocimiento de tres medidas de prevención: abstinencia (29%), fidelidad (62.5%) y condón (73.1%).

En cuanto a las prácticas de los estudiantes universitarios, los hallazgos encontrados en este estudio manifiestan un incremento con respecto a hablar con la pareja sobre las ITS desde un 43% antes de la intervención hasta un 57% luego de la intervención educativa. López Nahyr et al en un estudio realizado en Bucaramanga, Colombia (55). 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. Algunas prácticas sexuales de riesgo incrementan como las relaciones sexuales con desconocidos desde un 13,9% antes de la intervención educativa hasta un 21,5% luego de la intervención, al igual que la práctica de relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol o de alguna sustancia afrodisiaca que aumenta desde un 15,2% en la preintervención, hasta un 26,6% luego de la intervención. López Nahyr et al (55), también determinó que el 4% ha tenido relaciones sexuales bajo efecto de drogas y el 41% de individuos las ha tenido bajo efecto del alcohol.

En nuestro estudio el 2,5% de los estudiantes encuestados tuvieron alguna infección de transmisión sexual en el transcurso de la vida. En el estudio de Ruiz A. et al (54), el 1% de los estudiantes habían tenido alguna infección de este tipo, mientras que Gonzales F. et al (58), revela que un porcentaje menor al 10% de personas encuestadas han padecido alguna ETS.

Con respecto a la autoeficacia se demostró que luego de realizar la intervención educativa hubo un incremento significativo en la sub escala B acerca de preguntar a la pareja sobre relaciones sexuales tenidas en el pasado desde un 72,2% hasta un 88,9%, en las demás preguntas los cambios no fueron significativos, debido a que la seguridad de los encuestados fue la misma antes y después de la intervención. Freire E (51), demostró que el grupo intervenido mejoró la percepción para las subes calas 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.

## **CAPITULO VII**

### **7.1 Conclusiones:**

La intervención educativa modificó los conocimientos con un aumento significativo en Condiloma y un aumento porcentual en Tricomoniasis, Clamidiasis y Herpes. En los conocimientos de las formas de transmisión existe una disminución significativa en la forma de beso o sudor, en las formas de manifestación clínica hay aumento significativo en dolor en vientre bajo y en los conocimientos sobre si son curables ciertas ITS se encontró una disminución porcentual en Blenorragia y un aumento porcentual en Condiloma.

La intervención educativa modificó las prácticas disminuyendo el número de personas con quienes tuvo relaciones sexuales en los últimos tres meses y aumentando la conversación sobre las ITS con su pareja; sin embargo existió un aumento en tener relaciones sexuales en estado de embriaguez, con alguien desconocido y sin el uso del condón lo cual es desfavorable.

La intervención educativa modificó las actitudes siendo desfavorable en cuanto a dónde acudir en caso de una ITS ya que existió una disminución en acudir a un médico, en

relación con el consejo a un amigo existió una disminución significativa en tener conocimientos sobre las ITS.

La intervención educativa aumentó el nivel de autoeficacia en qué tan seguro esta de decir que no a tener relaciones sexuales con alguien cuya historia sexual es desconocida, de ser capaz de preguntar a su novio sobre las relaciones sexuales tenidas en el pasado y de acudir a la tienda a comprar condones.

## 7.2 Recomendaciones:

- Incluir un modulo de salud sexual y reproductiva en el curriculum de la Universidad.
- Realizar estudios cualitativos sobre sexualidad
- Realizar estudios de prevalencia de las ITS y VIH/SIDA en los estudiantes universitarios



## **CAPÍTULO VIII**

### **8. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA**

1. Observatorio de Bioética de la Universidad Católica de Valencia. 2009. Conclusiones del VII Congreso Nacional de Bioética. Valencia, España.

Disponible en:

[http://www.observatoriobioetica.com/index.php?option=com\\_frontpage&Itemid=1](http://www.observatoriobioetica.com/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1)

2. Cruz Roja Ecuatoriana - Junta Provincial de Imbabura. 2008. El SIDA con tendencia al crecimiento. Imbabura, Ecuador

Disponible en:

[http://www.cruzrojaimbabura.org.ec/index.php?option=com\\_content&view=article&id=99:sida&catid=1:latest-news&Itemid=50](http://www.cruzrojaimbabura.org.ec/index.php?option=com_content&view=article&id=99:sida&catid=1:latest-news&Itemid=50)

3. Robbins. PATOLOGÍA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL. Editorial McGraw Hill Interamericana. 5ª Edición. 1995.

4. Thompson, John B. (2002): Ideología y cultura moderna. Teoría crítica social en la era de la comunicación de

masas. División de Ciencias Sociales y Humanidades de la Universidad Autónoma Metropolitana - Unidad Xochimilco. México.

5. Asiimwe A, Koleros A, Chapman J (2009). Understanding the dynamics of the HIV epidemic in Rwanda: modeling the expected distribution of new HIV infections by exposure group. Kigali, National AIDS Control Commission.

6. Torres P, et al, Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/SIDA entre adolescentes escolarizados mexicanos.

Disponible en:

<http://bvssida.insp.mx/articulos/4467.pdf>

7. ONUSIDA (2007). Informe sobre la epidemia mundial de sida. Ginebra, ONUSIDA.

Disponible en:

[http://data.unaids.org/pub/Report/2009/2009\\_epidemic\\_update\\_es.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2009/2009_epidemic_update_es.pdf)

8. Irwin, Alexander, Joyce Millen, Dorothy Fallows, Fernando Aguiar González: *Sida global: verdades y mentiras:*

*herramientas para luchar contra la pandemia del siglo XXI.*  
Barcelona: Paidós Ibérica. 2004.

9. Bastos FI et al. (2008). AIDS in Latin America: assessing the current status of the epidemic and the ongoing response. *International Journal of Epidemiology*.

Disponible en:

[http://data.unaids.org/pub/Report/2009/2009\\_epidemic\\_update\\_es.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2009/2009_epidemic_update_es.pdf)

10. Ministerio de Salud (2009). Base de datos y referencias para una estrategia basada en evidencia—respuesta estratégica actualizada al VIH y el SIDA de Argentina: hacia el acceso universal a la prevención, tratamiento, atención, tratamiento, atención y apoyo: periodo 2008–2011. Buenos Aires, Ministerio de Salud.

Disponible en:

[http://data.unaids.org/pub/Report/2009/2009\\_epidemic\\_update\\_es.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2009/2009_epidemic_update_es.pdf)

11. Ministerio de Salud de Costa Rica (2009). Estudio de seroprevalencia del virus de inmunodeficiencia humana, sífilis y comportamiento en hombres que tienen sexo con hombres

en la gran área metropolitana de Costa Rica. Informe oficial preliminar San José, Ministerio de Salud de Costa Rica.

Disponible en:

[http://data.unaids.org/pub/Report/2009/2009\\_epidemic\\_update\\_es.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2009/2009_epidemic_update_es.pdf)

12. Okie S (2006). Fighting HIV—lessons from Brazil. *New England Journal of Medicine*.

Disponible en:

[http://data.unaids.org/pub/Report/2009/2009\\_epidemic\\_update\\_es.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2009/2009_epidemic_update_es.pdf)

13. Auvert B et al. (2005). Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: the ANRS 1265 trial. *PLoS Medicine*.

Disponible en:

[http://data.unaids.org/pub/FactSheet/2009/20091124\\_FS\\_SS\\_A\\_es.pdf](http://data.unaids.org/pub/FactSheet/2009/20091124_FS_SS_A_es.pdf)

14. ONUSIDA (2008). Informe sobre la epidemia mundial de sida. Ginebra, ONUSIDA.

Disponible en:

[http://data.unaids.org/pub/FactSheet/2006/20091124\\_FS\\_latina\\_merica\\_es.pdf](http://data.unaids.org/pub/FactSheet/2006/20091124_FS_latina_merica_es.pdf)

15. ONUSIDA (2006). Informe sobre la epidemia mundial de sida. Ginebra, ONUSIDA.

Disponible en:

[http://data.unaids.org/pub/FactSheet/2006/20091124\\_FS\\_latina\\_merica\\_es.pdf](http://data.unaids.org/pub/FactSheet/2006/20091124_FS_latina_merica_es.pdf)

16. Alarcón Villaverde JO (2009). *Modos de transmisión del VIH en América Latina: resultados de la aplicación del modelo*. Washington, DC, Pan American Health Organization.

Disponible en:

[http://data.unaids.org/pub/FactSheet/2009/20091124\\_FS\\_latina\\_merica\\_es.pdf](http://data.unaids.org/pub/FactSheet/2009/20091124_FS_latina_merica_es.pdf)

17. K. Holmes, P. Mardh, P. Sparling et al (Eds). *Sexually Transmitted Diseases*, 3rd Edition. New York: McGraw-Hill, 1999.

Disponible en:

<http://www.cdc.gov/STD/spanish/STDFact-Syphilis-s.htm>

18. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Norma oficial para la atención integral de la salud sexual y reproductiva, Venezuela. 2003

Disponible en:

[http://venezuela.unfpa.org/doumentos/ssr\\_norma\\_Inicio.pdf](http://venezuela.unfpa.org/doumentos/ssr_norma_Inicio.pdf)

19. Guidelines for treatment of sexually transmitted disease. MMWR 1998; 47(RR-1):1-118. Hutchinsom CM, Hook EW. Sífilis en adultos. Clin Med N. A.1990; 6: 1451-76.

Disponible en:

<http://www.infecto.edu.uy/revisiontemas/5a/sif.htm>

20. Fdez-Obaza Wechdscheid, Lauro González: Condiloma acuminado; Guías Clínicas; 2003; 3 (3) visitado en Internet: [www. dermatología.com](http://www.dermatología.com) el 28 de mayo 2008-05-28

Disponible en:

<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1213/1/Condiloma-acuminado-Su-vigencia.html>

21. Darville T.: Enfermedades de transmisión sexual en la infancia y adolescencia; Pediatr Rev. 1999; 20:271-2

Disponible en:

<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1213/1/Condiloma-acuminado-Su-vigencia.html>

22. Markell, E.K., Voge, M., y John D.T. 1990.-*Parasitología médica*. Interamericana. McGraw-Hill. Madrid.

Disponible en:

[http://es.wikipedia.org/wiki/Trichomonas\\_vaginalis](http://es.wikipedia.org/wiki/Trichomonas_vaginalis)

23. Soulsby, E.J.L. 1987.-*Parasitología y enfermedades parasitarias en los animales domésticos*. Interamericana. México.

Disponible en:

<http://www.avert.org/ets.htm>

24. González Saldaña, Napoleón. *INFECTOLOGÍA CLÍNICA PEDIÁTRICA*. Editorial Trillas. 6ª Edición. 1997. Pp. 360-372.

25. Murray, Patrick R. y cols. *MICROBIOLOGÍA MÉDICA*. Editorial Harcourt Brace. 2ª Edición. 1997. pp 220-225.

26. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for chlamydial infection: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*.2007; 147:128-134.

Disponible en:

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001345.htm>

27. Centers for Disease Control and Prevention, Workowski KA, Berman SM. Diseases characterized by genital ulcers. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2006. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2006 Aug 4; 55(RR-11):14-30.

Disponible en:

[http://www.umm.edu/esp\\_ency/article/000635priv.htm](http://www.umm.edu/esp_ency/article/000635priv.htm)

28. Eckert LO, Lentz GM. Infections of the lower genital tract: vulva, vagina, cervix, toxic shock syndrome, HIV infections. In: Katz VL, Lentz GM, Lobo RA, Gershenson DM, eds. *Comprehensive Gynecology*. 5th ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier; 2007: chap 22.

Disponible en:

[http://www.umm.edu/esp\\_ency/article/000635priv.htm](http://www.umm.edu/esp_ency/article/000635priv.htm)

29. Lori M. Newman, John S. Moran y Kimberly A. Workowski. Update on the Management of Gonorrhea in Adults in the United States (en inglés). *Clinical Infectious Diseases* 2007; 44:S84–S101.

30. OMS (WHO) "Resumen general de las definiciones usadas internacionalmente para VIH/SIDA"

Disponible en:

<http://www.avert.org/evidencia-vih-causa-sida.htm>

31. ONU SIDA. "Metas, objetivos e ideas para la acción." Ginebra-Suiza. 2000.

Disponible en:

[http://data.unaids.org/pub/Report/2000/20001103\\_wac\\_objectives\\_es.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2000/20001103_wac_objectives_es.pdf)

32. UNESCO. "Entre jóvenes: comunicación y VIH; herramientas periodísticas para crear campañas comunitarias de prevención de VIH/SIDA."

Disponible en:

<http://unesdoc.unesco.org/images/0015/001521/152125s.pdf>

33. Palacios F, Leyva R, "Representación social del SIDA en estudiantes de la ciudad de México" 2003.

Disponible en:

[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003636342003001100007](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342003001100007)

34. Lozada P, et al, “El peso de la enfermedad en el Ecuador”  
2007

Disponible en:

<http://www.opsecu.org/bevestre/revistas/CEPAR/pesoenf.pdf>

35. ARISTIZABAL. Néstor, Psicología general. ED. UFPS,  
San José de Cúcuta, 1995.

Disponible en:

<http://www.terra.es/personal/gonadan/origen.htm>

36. BRENNAN. James, Historia y sistemas de la psicología.  
5ª. Edición, ED. Prentice Hall, México, 1999.

37. CARRETERO. M, (1998), Introducción a la Psicología  
Cognitiva. ED. Aique, Argentina.

38. Dianne Papalia, Sally. Desarrollo humano. Editorial Wend  
Kosold Cuarta edición 1992 Colombia

39. Dale, Schunk. Teorías del aprendizaje. Editorial Prentice  
Hall Hispanoamericana .S.A segunda edición

Disponible en:

<http://www.monografias.com/trabajos14/vigotsky/vigotsky.shtml>

40. Los efectos de los medios de comunicación: investigaciones y teorías / coord. Por Jennings Bryant, Dolf Zillmann, 1996, ISBN 84-493-0296-X, págs. 89-126

Disponible en:

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2127089>

41. Prieto L. “La autoeficacia en el contexto académico”. Barcelona, España, 2008

Disponible en:

<http://des.emory.edu/mfp/prieto.PDF>

42. Olaz, F. “La teoría Social Cognitiva de la Autoeficacia. Contribuciones a la Explicación del Comportamiento Vocacional” Argentina, 2001

Disponible en:

<http://des.emory.edu/mfp/olaz.pdf>

43. Magnussen L, Ehiri J E, Ejere H O, Jolly P E. Intervenciones para prevenir el VIH y el SIDA en los adolescentes de los países menos desarrollados: ¿son efectivas? International Journal of Adolescent Medicine and Health 2004; 16(4): 303-323

Disponible en:

<http://apps.who.int/rhl/dare/dare-12005009627/es/index.html>

44. Hernández A, “Estructura ética y cultura organización: formalización o compromiso. Reflexiones sobre un estudio de caso” México

Disponible en:

<http://innova.fox.presidencia.gob.mx/archivos/1/5/4/1/files/archivos/sip-8730.pdf>

45. CASTILLO RÍOS, Carlos. *Los Niños del Perú: Clases Sociales, Ideología y Política*. Única Edición. Lima-Perú. Editorial sistema Offset. 1988. 198 págs.

46. Modéjar L, Amores en fuga, revista de asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid, 2003

Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352003000300007&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352003000300007&script=sci_arttext)

47. Vera L, et al, Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infecciones por VIH en jóvenes, Bucaramanga Colombia, 1999

48. 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. Autoría: Velásquez Aníbal. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal Sistema de Información Científica Redalyc

Disponible en:

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

49. 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. Autoría: gonzález gonzález fernando g. Universidad católica de colombia 2001.

Disponible en:

[http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/acta/pdfs/n12/art\\_5\\_acta\\_12.pdf](http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/acta/pdfs/n12/art_5_acta_12.pdf)

50. Informe final sobre los conocimientos, actitudes y prácticas sobre ITS, VIH sida. 2004. Paraguay

Disponible en:

[http://www.cepep.org.py/endssr2004/informe\\_final/conocimientoitsvihsida.htm](http://www.cepep.org.py/endssr2004/informe_final/conocimientoitsvihsida.htm)

51. Freire E, Evaluación y modificación de los conocimientos actitudes y prácticas de los conscriptos de los cuarteles dávalos y portete, frente a las infecciones de transmisión sexual (its) y vih/sida.

52. BARROS, Teodoro; BARRETO, Dimitri; PÉREZ, Freddy; SANTANDER, Rocío; YÉPEZ, Eduardo; ABAD-FRANCH, Fernando; AGUILAR V., Marcelo. Un modelo de prevención primaria de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/sida en adolescentes. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 10(2), 2001.

Disponible en:

<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v10n2/5861.pdf>

53. 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. Pediatra.* 2008 Abr; 79(2): 206-217.

Disponible en:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062008000200012&lng=es.](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062008000200012&lng=es) Doi: 10.4067/S0370-41062008000200012.

54. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en una población universitaria. Autoría: Ángela María Ruiz Sternberg, MD, Catalina Latorre Santos, MD, MSc, Johnny Beltrán Rodríguez, MD, Jaime Ruiz Sternberg, MD, Alberto Vélez van Meerbeke, MD, Universidad de Chile.

Disponible en:

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

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

Disponible en:

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

56. 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. Autoría: Janett Miranda, Consultora para Universidades, Proyecto VIH-SIDA, PNUD- CIMUF

Disponible en:

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

57. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre la Sexualidad en una Población Adolescente Escolar. Autoría: González Juan C.

Disponible en:

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012400642009000100003&script=sci\\_pdf&tIng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012400642009000100003&script=sci_pdf&tIng=es)

58. 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. Autoría: GONZÁLEZ GONZÁLEZ FERNANDO G. UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COLOMBIA 200.

Disponible en:

[http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/acta/pdfs/n12/art\\_5\\_acta\\_12.pdf](http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/acta/pdfs/n12/art_5_acta_12.pdf)

## **CAPÍTULO X**

### **10. ANEXOS: ANEXO 1**

**UNIVERSIDAD DE CUENCA**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS**

**DE LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE LENGUA Y  
LITERATURA INGLESA DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FRENTE A LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)**

**Cuenca, 2007**

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**

**Fuente:** ----- **Fecha** día  mes   
 **año**

	Preintervención <input type="checkbox"/>	Posintervención <input type="checkbox"/>
<b>RESULTADO</b>		
Número	Preguntas	Categorías de codificación
<b>SECCIÓN II</b>		
P01	¿En qué día, mes y en qué año nació?	Día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
P02	¿Cuántos años tiene?	Edad en años cumplidos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
P03	¿Asistió a la escuela?	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P04	¿Completó la primaria?	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>

P05	¿Completó la secundaria?	1 Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/>
P06	¿En donde vivía antes de ingresar al cuartel?	Provincia ----- --- Urbano <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>
<b>SECCIÓN III</b>		
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>Sífilis 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</p>

		<p>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>
<p>P08</p>	<p>¿Usted sabe cómo se transmiten estas infecciones?</p>	<p>Contacto sexual sin penetración</p> <p>1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Contacto sexual con penetración</p> <p>1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Por una transfusión de sangre</p> <p>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</p> <p>1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>A través del beso o el sudor</p> <p>1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Otras</p> <p>1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Señale</p>

		cuales _____ _____
P09	¿Usted sabe cómo se manifiestan las infecciones de transmisión sexual?	<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> <p>Verrugas en genitales externos 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Manchas en la piel 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Inflamación de Los ganglios 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>
	Son curables estas	Sífilis

<p>P10</p>	<p>infecciones?</p>	<p>1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Condiloma 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Blenorragia o Gonorrea 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>SIDA 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>P11</p>	<p>Si conociera a un amigo o (a) con una ITS. ¿A dónde le recomendaría acudir para recibir atención?</p>	<p>A un hospital cercano 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>A su médico de familia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>A una farmacia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>A otro amigo o (a) para que le sugiera tratamiento 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Conversar con sus padres</p>

		<p>1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Otras</p> <p>1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Cuales _____</p> <p>_____</p>
P12	Si un amigo o (a) tuviera una ITS; ¿Cuál sería su actitud?	<p>Me alejaría de él o ella</p> <p>1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Le ayudaría a curarse</p> <p>1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Le diría que aprendió a hacer el amor</p> <p>1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Que es propio de la edad</p> <p>1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Le sugeriría visitar a su médico de familia</p> <p>1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p>
P13	¿Qué le aconsejaría a sus amigo para no	<p>Tener conocimientos sobre las infecciones</p> <p>1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p>

	<p>infectarse con una ITS?</p>	<p>No tener relaciones sexuales 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Fidelidad a su pareja 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Escoger bien la pareja 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Usar condón en todas las relaciones sexuales 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Tener relaciones sin penetración 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p>
<p>P14</p>	<p>¿Qué sugerencia le daría a un amigo o (a) que le comunica tiene relaciones sexuales con desconocidos o poco conocidos?</p>	<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</p>

		<p>1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>No tener relaciones sexuales con desconocidos</p> <p>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 qué edad inició su vida sexual?	<input type="text"/> <input type="text"/> Años
P17	¿Con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses?	<input type="text"/> <input type="text"/> Personas
P18	Ha tenido durante su vida relaciones sexuales con :	<p>Personas del mismo sexo</p> <p>1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Personas del sexo contrario</p> <p>1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Personas de ambos sexos</p> <p>1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p>
P19	¿Qué tipo de hábito sexual utiliza durante sus relaciones sexuales?	<p>Sexo boral</p> <p>1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Sexo anal</p> <p>1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p>

		<p>Coito genital <span style="float: right;">1</span></p> <p>Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p>
P20	¿Ha padecido de alguna ITS?	<p>1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Mencione cual o cuales _____</p>
P21	¿Conversa con su pareja sobre estas infecciones?	<p>1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p>
P22	¿Ha tenido relaciones sexuales en estado de embriaguez o bajo los efectos de sustancias afrodisíacas?	<p>1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p>
P23	¿Utiliza condón en tus relaciones habituales con tu pareja?	<p>1. Siempre <input type="checkbox"/></p> <p>2. Ocasionalmente <input type="checkbox"/></p> <p>3. Nunca <input type="checkbox"/></p>
P24	Si no lo ha utilizado. ¿Por qué?	<p>Disminuye la sensibilidad</p> <p>1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>No se utilizarlo</p>

		<p>1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Me da pena negociarlo con mi pareja</p> <p>1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Siento vergüenza al adquirirlo en la farmacia</p> <p>1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Considero que mi pareja es estable</p> <p>1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p>
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?	<p>1. Siempre <input type="checkbox"/></p> <p>2. Ocasionalmente <input type="checkbox"/></p> <p>3. Nunca <input type="checkbox"/></p>

**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	Total seguro
<b>A) ¿Qué tan seguro está de ser capaz de decir No, cuando te propone tener relaciones sexuales?</b>					
1. Alguien conocido hace 30 días o menos	1	1	1	1	1
2. Alguien cuya historia sexual es desconocida para ti	2	2	2	2	2
3. Alguien cuya historia de drogas es desconocida para ti?	3	3	3	3	3
4. Alguien a quien has tratado con anterioridad?	4	4	4	4	4
5. Alguien a quien deseas tratar de nuevo?	5	5	5	5	5
6. Alguien con quien ya has tenido relaciones sexuales	6	6	6	6	6
7. Alguien a quien necesitas que se enamore de ti	7	7	7	7	7
8. Alguien que te presiona a tener relaciones sexuales	8	8	8	8	8
9. Alguien con quien has estado bebiendo alcohol	9	9	9	9	9
10. Alguien con quien has estado utilizando drogas	10	10	10	10	10
11. Alguien y tu nivel de excitación sexual es muy alto	11	11	11	11	11
<b>B) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de</b>					
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	Total 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. No tener relaciones sexuales hasta contraer matrimonio?	9	9	9	9	9
10. Mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida?	10	10	10	10	10
11. Platicar con tu papá sobre temas sexuales	11	11	11	11	11
12. Platicar con tu mamá sobre temas sexuales	12	12	12	12	12

## **ANEXO 2**

### **Clave de calificación:**

#### **Conocimientos**

Pregunta 07 (puntuación final para la pregunta entre 11 y 0)

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 al 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 3:**

**DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA  
PARTICIPACIÓN EN  
EVALUACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LOS  
CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS  
ESTUDIANTES DE LA FACULTAD 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 entrevistadores

## **ANEXO 4**

# **PRESENTACIONES EN POWERPOINT DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA**

## **ANEXO 5**

# **MANUAL SOBRE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL**

## **ANEXO 6**

## FOTOS DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

