



## RESUMEN

**Objetivo.** Evaluar y modificar los conocimientos, actitudes y prácticas de los estudiantes de la Escuelas de Filosofía de la Universidad de Cuenca, que cursaban el año lectivo 2008-2009; acerca de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH/SIDA, luego de realizar una intervención educativa sobre el tema.

**Materiales y método.** Con un diseño cuasi experimental, modalidad antes y después, se incluyeron 75 estudiantes a quienes se realizó una entrevista autoaplicada para medir conocimientos, actitudes y prácticas sobre ITS. Se realizó una intervención educativa y se midió las modificaciones obtenidas en las tres áreas después de la intervención. Se utilizó análisis estadístico para muestras relacionadas y se complementó con ANOVA para evaluar la autoeficacia en una escala de tres niveles de prevención de ITS.

**Resultados.** La muestra estuvo representada por universitarios con edad promedio de  $20,1 \pm 2,9$  años entre un mínimo de 18 y un máximo de 43, con un 50,7% de varones y un 94,7% de solteros. Profesan el catolicismo el 81,3% y residen en la zona urbana el 90,7%.

La edad de inicio de vida sexual del 16% del grupo fue entre los 13 y 20 años de edad, de éstos el 33,3% entre 13 y 16 años y el 66,6% entre 17 y 20 años. El 84% ( $n = 36$ ) respondió que no había tenido su primera relación sexual.

Después de la intervención se registró incremento significativo en conocimientos sobre condiloma, tricomoniasis y clamidiasis, la materna como vía de transmisión, signos y síntomas de las ITS y tratamiento de la clamidiasis ( $P < 0.05$ ).

En actitudes: hubo incremento en la recomendación de acudir al hospital ( $P = 0,007$ ), al médico ( $P = 0001$ ) o a los padres ( $P = 0,030$ ) en caso de padecer



una ITS; disminución en relaciones sexuales en circunstancias indebidas y aumento en el uso del preservativo ( $P = 0,0001$ ).

En prácticas hubo disminución en las preferencias homosexuales y relaciones sexuales con desconocidos. Se incrementó en el 4% en el uso del preservativo en las relaciones fortuitas.

En la estimación de la autoeficacia la contrastación intergrupo e intragrupo mostró aumento significativo en el nivel de seguridad para utilizar el preservativo, mantener fidelidad y conversar con los padres sobre sexualidad ( $P = 0,031$ ). En el nivel de evitar relaciones sexuales en relación con el uso de drogas el incremento no fue significativo.

Implicaciones. Estudios similares han obtenido incrementos significativos en los conocimientos pero poco significativos en actitudes y prácticas. Parece que en la población universitaria ciertas conductas ya están establecidas y tendrían mucho que ver con el aspecto cultural por tanto son poco modificable

**Palabras Claves:** Conocimientos, actitudes y prácticas, infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, autoeficacia, preservativo.



## ÍNDICE

<b>Contenido</b>	<b>página</b>
<b>CAPÍTULO I</b>	
1.1. Introducción	12
1.2. Planteamiento del Problema	13
1.3. Justificación y uso de los resultados	16
<b>CAPÍTULO II</b>	
2. Fundamento Teórico	17
2.1. Antecedentes históricos	17
2.2. Las teorías del aprendizaje	26
2.3. El Constructo de la Autoeficacia	30
<b>CAPÍTULO III</b>	
3. Hipótesis y Objetivos	33
3.1. Hipótesis	33
3.2. Objetivos	33
3.2.1. Objetivo General	33
3.2.2. Objetivos Específicos	33
<b>CAPÍTULO IV</b>	
4. Metodología	35
4.1. Tipo de estudio	35
4.2. Área de Estudio	35
4.3. Universo	35
4.4. Tamaño de la muestra	36
4.5. Operacionalización de las variables	36
4.6. Procedimientos para la recolección de la información, instrumentos y métodos para el control y calidad de los datos.	36
4.6.1. Recolección de datos	36
Marianela de Jesús Silva Pachar / 2010	3
Diana Elizabeth Segovia Carrión	
Ana Cecilia Tuba Criollo	



4.6.2. De la intervención educativa	37
4.6.3. Manejo bioético de los datos	37
4.6.4. Descripción de los instrumentos de medición	37
4.7. Análisis de los resultados	37
<b>CAPÍTULO V</b>	
5. Resultados	40
5.1. Cumplimiento del estudio	40
5.2. Características demográficas	40
5.3. Conocimientos sobre ITS y VIH/SIDA	43
5.4. Actitudes frente a las ITS y VIH/SIDA	46
5.5. Prácticas sobre ITS y VIH/SIDA	49
5.6. Autoeficacia para prevenir el SIDA	54
<b>CAPÍTULO VI</b>	
6. Discusión	59
<b>CAPÍTULO VII</b>	
7.1 Conclusiones	67
7.2 Recomendaciones	67
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>70</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>73</b>



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

**“EVALUACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS ACTITUDES  
Y PRÁCTICAS DE LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE LENGUA,  
LITERATURA Y LENGUAJES AUDIO VISUALES, LICENCIATURA EN  
CIENCIAS HUMANAS, MENCIÓN GESTIÓN Y DESARROLLO CULTURAL,  
FRENTE A LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y  
VIH/SIDA”**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN  
DEL TÍTULO DE MÉDICO**

**AUTORAS: MARIANELA DE JESÚS SILVA PACHAR.  
DIANA ELIZABETH SEGOVIA CARRIÓN  
ANA CECILIA TUBA CRIOLLO**

***DIRECTORA Y ASESORA: DRA. EULALIA FREIRE S.***

**Cuenca, Ecuador**

**2010**



## DEDICATORIA

Dedico este éxito a mi familia quienes a pesar de estar distantes siempre me han apoyado.

***Marianela***



## DEDICATORIA

A Dios y a mi familia por  
el apoyo y amor  
incondicional que me han  
brindado.

*Diana*



## DEDICATORIA

A mis padres, hermanos y mi hijo Ismaelito, quienes con paciencia y sabiduría han sido pilares fundamentales durante mi vida académica.

**Anita**





## AGRADECIMIENTO

A Dios por darnos fuerza  
para no desfallecer y para  
seguir el camino correcto.

A nuestros padres y  
hermanos por respaldar y  
apoyar nuestros sueños.

A nuestro director y  
asesor estadístico por  
compartir sus  
conocimientos y guiarnos  
en la realización de  
nuestra tesis.

Marianela de Jesus  
Diana Elizabeth  
Ana Cecilia



## **RESPONSABILIDAD**

Los conceptos emitidos en este informe son de exclusiva responsabilidad de sus autoras

***Marianela de Jesús Silva Pachar***

***Ced 1104233448***

***Diana Elizabeth Segovia Carrión***

***Ced 0103835674***

***Ana Cecilia Tuba Criollo***

***Ced 0104441811***



## CAPÍTULO I

### 1.1. INTRODUCCION

En los últimos años principalmente después del avance epidemiológico del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), las infecciones de transmisión sexual (ITS) han adquirido especial relevancia como un importante problema de salud pública.

Cabe señalar que las “infecciones de transmisión sexual (ITS) se encuentran entre las primeras cinco causas que demandan atención médica.” Así mismo inciden en otros ámbitos, entre estos el social y el económico. Sin embargo, existen grandes dificultades en el control y manejo adecuado de ellas, lo que ha ocasionado un impacto y la necesidad de plantear nuevos programas de prevención que permitan reducir la magnitud y la trascendencia de estas infecciones, resultan preocupantes las cifras de la “Organización Mundial de la Salud” (OMS) sobre la incidencia y prevalencia del VIH/SIDA en los adolescentes y jóvenes entre los 15 - 24 años que constituyen la mitad de los 5,000,000 de nuevos casos que cada año se suman en todo el mundo, visualizándose como algunas de sus causas, la carencia de información, conocimientos y servicios para protegerse así mismos contra la infección del VIH-SIDA, que es la más letal de las infecciones de transmisión sexual.

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

En la actualidad todas las enfermedades de transmisión sexual, a excepción del SIDA tienen tratamiento eficaz mediante antibióticos y otros medicamentos.

En un estudio descriptivo realizado en la Universidad de Cuenca, por Jhanina Bustamante, Paola Bustamante y Cecilia Cajamarca en el 2007, se encontró un



bajo porcentaje en conocimientos de Clamidia, Tricomoniasis y Condiloma, también malas prácticas sexuales.

Es por lo tanto urgente desarrollar estudios destinados a evaluar estrategias educativas que llevan a cabo no sólo los conocimientos, sino también las conductas de riesgo.

Nuestro estudio pretende evaluar y modificar los conocimientos, actitudes y comportamientos de los estudiantes de la Escuela de Lengua, Literatura y Lenguajes Audio Visuales, Licenciatura en Ciencia Humanas, Mención Gestión y Desarrollo Cultural, de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Cuenca.

## **1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La sexualidad es inherente al 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 y la infección VIH/SIDA. La cultura, por lo tanto influye en el hecho de correr o no el riesgo de contraer estas infecciones, en el acceso al tratamiento, a los cuidados, en el establecimiento de relaciones de género y de papeles que ponen a las mujeres y a los hombres en peligro de tales infecciones, en el apoyo o la discriminación para con los que viven con el VIH/SIDA y sus familias, etc.

En el sistema capitalista todo es considerado como mercancía, los valores trastocados han hecho que la prostitución avance, 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, nadie quisiera, en cambio tener que padecer que su hija se vendiera en el llamado comercio sexual, pero en nuestras comunidades: los hombres mayores compran a jovencitas, a los jóvenes solteros se les obliga a ir a los prostíbulos, las mujeres, los jóvenes, los niños y niñas tienen que recurrir al comercio sexual para su supervivencia.

La aspiración a ingresar a la educación en escuelas, colegios y universidades se ha convertido en una utopía para la gran mayoría; pero como dice Simón Royo refiriéndose a los pensamientos de Rousseau y Marx: “que nadie sea tan pobre como para tener que venderse ni nadie tan opulento como para comprar a otro ser humano”, entonces para borrar las inequidades es necesario el socialismo.

Las Infecciones de transmisión sexual (ITSs, ITS, STI), anteriormente denominadas enfermedades de transmisión sexual (ETS, STD) 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. La pobreza, el desempleo, la falta de información, la migración como consecuencia de la actitud pasiva de los gobiernos de los países pobres, unido esto a la corrupción, 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 quebranta el porvenir de muchos jóvenes llevándolos a la prostitución para sobrevivir o forzándolos a migrar lejos de su país de origen y de sus familias o sumiéndolos en las drogas; predisponiéndoles a adquirir 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, chancroide 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.

Las enfermedades de transmisión sexual se encuentran entre las cinco primeras causas por las que las personas de los países en desarrollo procuran servicios médicos.

Cada año, a nivel global se reportan 333 millones de casos de estas dolencias, con una incidencia mayoritaria entre las personas de 20 a 24 años. Una de cada 20 jóvenes contrae una enfermedad de transmisión sexual. La OMS apuntó que a las mujeres y las adolescentes les afecta de manera desproporcionada, con edades de contagio cada vez más tempranas. Estas enfermedades son las responsables de un 30% a un 40% de los casos de infertilidad femenina.

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.

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



jóvenes que tienen relaciones sexuales antes de los 15 años ha disminuido y el uso del preservativo ha aumentado según el informe de ONUSIDA del 2006. No se encuentran en la bibliografía datos específicos de indicadores de conocimientos evaluados en nuestro país a excepción de un estudio realizado en Santo Domingo de Los Colorados; con respecto al Ecuador no existen datos sobre indicadores de conocimientos en la población sobre prevención de las ITS y VIH/SIDA, lo que refleja que en nuestro país no se han realizado esfuerzos en prevención bajo una línea programada como una política de Estado.

### 1.3. JUSTIFICACIÓN

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

- ✓ Ser un grupo vulnerable a las ITS y VIH/SIDA.
- ✓ El VIH es una amenaza no solamente para el estudiante sino también para su familia y su comunidad.

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) causan estragos en la salud del individuo, sin embargo, con el tratamiento adecuado se pueden curar, por el contrario el VIH/SIDA es una enfermedad que no tiene cura.

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH/SIDA se pueden prevenir de la siguiente manera:

- A. Fidelidad Mutua
- B. Abstinencia del Coito
- C. Uso consistente de condones

Por lo antes mencionado se considera importante explorar los conocimientos y prácticas de los adolescentes en relación a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS/VIH/SIDA), ya que dicho proyecto podría orientar a posteriores



estudios encaminados al beneficio de los adolescentes, así como también al fortalecimiento de los programas educativos, involucrando más activamente al personal docente en relación a la temática, al personal de salud en relación a la educación planificada e incidental en los establecimientos de salud, así como también en los centros educativos.





## CAPÍTULO II

### 2. FUNDAMENTO TEORICO

#### 2.1. ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL

Las enfermedades de transmisión sexual, anteriormente conocidas como enfermedades venéreas, son un grupo de enfermedades que se contagian durante las relaciones sexuales.

1. Son causadas por virus, bacterias, hongos y otros gérmenes microscópicos.
2. Una persona infectada puede seguir propagando la enfermedad sin saber que lo hace, porque puede estar sin síntomas y la infección puede pasar desapercibida.
3. Atacan a personas de cualquier edad y sexo, pero los adolescentes y adultos jóvenes son los que están en mayor riesgo de contagiarse.
4. Si no se evitan o tratan rápidamente ocasionan esterilidad, enfermedades crónicas e incluso la muerte.

Las ETS están causadas por bacterias y virus que crecen en entornos cálidos y húmedos dentro del cuerpo.

La mayoría de las ETS se contagian a través de la transferencia de fluidos durante la actividad sexual. La actividad sexual incluye sexo vaginal, sexo anal y sexo oral. Sin embargo, hay algunas ETS que se transmiten por contacto con sangre infectada. Por ejemplo, una ETS puede transmitirse de una persona a otra al compartir agujas infectadas, mientras que otra ETS puede pasar de la madre al bebé durante el embarazo, el parto o la lactancia.



## **Síntomas.**

A menudo no hay síntomas. Sin embargo, algunos síntomas que pueden indicar una ETS son los siguientes:

- ✓ secreción u olor inusual de la vagina
- ✓ dolor en el área pelviana (el área entre el ombligo y los genitales)
- ✓ dolor en el área de la ingle (el área que rodea los genitales)
- ✓ ardor o comezón en los genitales
- ✓ sangrado de la vagina que no corresponde al período menstrual
- ✓ dolor profundo dentro de la vagina durante las relaciones sexuales
- ✓ goteo o secreciones penianas
- ✓ llagas, bultos o ampollas cerca de los genitales, el recto o la boca
- ✓ ardor y dolor al orinar o al mover los intestinos
- ✓ micción frecuente

## **Riesgo**

Las ETS afectan a los hombres y a las mujeres de cualquier nivel social y económico. Sin embargo, hay investigaciones que sugieren que las ETS pueden tener una mayor incidencia entre adolescentes y adultos jóvenes porque estos grupos tienen una mayor tendencia a tener más de una pareja sexual. Los individuos que usan agujas sucias para inyectarse drogas intravenosas también corren riesgo.

## **Diagnóstico**

La mayoría de las ETS pueden diagnosticarse con un examen médico, un cultivo de las secreciones de la vagina o del pene, o con un análisis de sangre.



### **Tipos más comunes de ETS y tratamiento.**

**Clamidia:** Ésta es la ETS bacteriana más común con una estimación de ocho millones de casos nuevos cada año, y se transmite por sexo vaginal y anal. A veces no se diagnostica, ya que no produce síntomas visibles. Si hay síntomas, en los hombres típicamente incluyen dolor al orinar o secreciones del pene. Los síntomas en las mujeres incluyen sangrado entre los períodos menstruales, dolor al orinar, secreciones vaginales o dolores leves en la parte baja del abdomen. Una vez hecho el diagnóstico, la persona puede tratarse con un antibiótico.

**Gonorrea:** En los Estados Unidos se informan aproximadamente 400.000 casos cada año. Se transmite a través de sexo vaginal, anal u oral. Al igual que la clamidia, esta ETS a menudo no presenta síntomas. Sin embargo, de haber síntomas, lo más probable es que fueran secreciones del pene o la vagina y dolor al orinar. La gonorrea se trata con antibióticos.

**Sífilis:** Esta es una ETS bacteriana potencialmente letal que normalmente se transmite a través de sexo vaginal, anal u oral. Sin embargo, también puede contagiarse a través de contacto no sexual si las llagas causadas por la sífilis entran en contacto con la piel lastimada de otro individuo no infectado. Normalmente el primer síntoma es una llaga abierta e indolora que aparece cerca del pene o de la vagina, pero también puede aparecer cerca de la boca, el ano o las manos. Hasta la fecha, el uso de penicilina ha resultado ser el tratamiento más eficaz. Si la sífilis no se trata, puede progresar a etapas más avanzadas y puede resultar en enfermedades clínicas como accidentes cerebrovasculares o meningitis.

**Herpes genital:** Esta ETS es causada por una infección con el virus del herpes simple tipo 2 (VHS-2) y se contagia por contacto directo de piel contra piel con el sitio infectado durante el sexo vaginal, anal u oral. Hay otra cepa del virus, el virus del herpes simple tipo 1 (VHS-1), que normalmente se transmite a través de contacto no sexual y suele causar llagas en los labios pero también puede



transmitirse a través del sexo oral. No hay cura conocida para el VHS, pero es posible tratar los síntomas con fármacos antivirales.

**Hepatitis B:** Esta ETS, también conocida como VHB, es causada por un virus peligroso que ataca el hígado. Puede transmitirse por sexo vaginal, oral o anal. También puede ser transmitida por la sangre si se comparten agujas u otros instrumentos filosos que cortan la piel y que estén contaminados. El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) estima que cada año ocurren 120.000 nuevos casos de infecciones por hepatitis B. Alrededor de un tercio de las personas con hepatitis B no tienen síntomas. Sin embargo, cuando hay síntomas, pueden incluir fiebre, dolores de cabeza, dolores musculares, fatiga, pérdida del apetito, vómitos y diarrea. Como la hepatitis B ataca las células del hígado, puede conducir a cirrosis, cáncer de hígado, insuficiencia hepática y probablemente la muerte. Los síntomas que indican la presencia de complicaciones hepáticas incluyen orina oscura, dolor abdominal y una tonalidad amarillenta en la piel y el blanco de los ojos. No hay una cura conocida para la hepatitis B, pero existen medicamentos que se pueden usar para tratar la infección crónica en algunos pacientes. Actualmente hay una vacuna disponible y es la mejor protección.

**Verrugas genitales:** Estas verrugas están ocasionadas por el virus del papiloma humano (VPH) y se transmiten a través de sexo vaginal, anal u oral. Los resultados son verrugas indoloras y carnosas que se asemejan a una coliflor y crecen sobre el pene y alrededor de la entrada de la vagina o del ano. No se conoce ninguna cura, pero es posible tratarlas con medicamentos tópicos y a veces es posible quitarlas con procedimientos quirúrgicos menores (por ejemplo, con productos químicos, congelamiento, láser).

**Tricomonirosis:** Esta ETS bacteriana común, transmitida a través del contacto sexual, afecta principalmente a mujeres jóvenes y sexualmente activas. A veces no hay síntomas asociados con esta ETS. Sin embargo, en las mujeres los síntomas pueden incluir mal aliento, secreciones vaginales amarillas-



verdosas y espumosas, comezón o enrojecimiento vaginal, dolor durante las relaciones sexuales, malestar en la zona baja del abdomen y/o micción frecuente. En los hombres los síntomas pueden incluir secreciones por el pene, micción frecuente y/o dolor al orinar. La tricomoniasis puede tratarse fácilmente con antibióticos.

**Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA):** El SIDA es el resultado de la infección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y es una ETS mortal e incurable. Ataca al sistema inmunológico del organismo y normalmente se transmite a través de sexo vaginal, oral y anal. También puede ser transmitido a través de la sangre al compartir agujas u otros objetos filosos que cortan la piel que estén infectados, o de la madre infectada al bebé durante el embarazo, el parto o la lactancia. Al infectarse, algunas personas no experimentan síntomas, mientras que otras tienen síntomas similares a los de una gripe. Estos síntomas normalmente desaparecen después de una a cuatro semanas y el virus puede permanecer inactivo por años. No se conoce ninguna cura, pero es posible utilizar fármacos antivirales para prolongar la vida y la salud de una persona infectada.

### **SIDA en Ecuador**

Desde 1984 hasta diciembre de 2005, se acumuló un total de 7 769 casos de personas conviviendo con el VIH/SIDA, de los cuales 1 761 fallecieron en ese período. Desde que se notificó el primer caso de sida, la evolución anual de la epidemia se ha incrementado; para 2005, el número de casos nuevos de personas notificadas con VIH fue de 1 069 y 470 casos de sida; en cuanto a los fallecidos en este año, se registraron 103 personas

Respecto a las notificaciones por edad, las tasas más altas (2005) se observaron en el grupo de 30a 34 años de edad (8,9/100 000), seguido por el grupo de 35 a 39 y 25 a 29 años, con tasas de 8,8 y 8,1 por 100 000 habitantes, respectivamente. En los menores de 15 años de edad, son los niños de 1a4 años los que tienen la tasa más alta (1,9/100 000).



## Reseña Histórica del SIDA

La epidemia es reciente, los primeros casos notificados en África y Europa datan de 1959, y en Norteamérica de 1968. El paciente infectado por el virus del sida más antiguo que ha podido ser documentado científicamente es un congoleño cuya sangre, extraída en 1959, dio positiva. La muestra había sido congelada como parte de un estudio de investigación de aquella época y fue analizada en 1998 en busca del nuevo virus

- 1981: para el mes de junio en el Centro para el Control de Enfermedad de Atlanta, Estados Unidos (CDC), se hace una primer publicación acerca de un tipo raro de neumonía provocado por el parásito “Pneumocistis Carinii”, que se presentó en cinco jóvenes homosexuales activos que vivían en Los Ángeles.
- 1982: en el mes de julio se le da nombre a la enfermedad en los Estados Unidos, se le llama AIDS, siglas del inglés “Acquired immuno-deficiency syndrome”
- En 1983, ya se conoce con extrema certeza que la infección y diseminación se hace a través de contacto sexual con varones homosexuales, transfusiones sanguíneas no testadas, uso de drogas endovenosa con agujas y jeringuillas contaminadas. También casos de SIDA fueron reportados en mujeres sin otros factores de riesgo, sugiriendo que la transmisión era a través del sexo heterosexual.
- 1984: muere Gaetan Dugas, considerado durante mucho tiempo como el “paciente cero” y quien habría puesto en evidencia su enfermedad a sus diferentes parejas homosexuales.
- Dr. Robert Gallo, del NIH (National Institute of Health) USA, descubre el virus que causa el SIDA, y lo llamó HTLV III.
- 1986: Se decreta el 1° de diciembre como el “Día Mundial del SIDA”.



- 1994: el 1 de diciembre se reúnen los jefes de estado de 42 países en Francia, quienes firman la Declaración de la Cumbre sobre SIDA en París donde se declara a la humanidad amenazada por el virus considerado como una pandemia.
- 1996: se crea ONUSIDA.

### **Agente Causal**

El agente infeccioso es el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), un retrovirus.

Se reconocen dos tipos, el VIH-1 y el VIH-2. La patogenicidad del VIH-2 puede ser menor que la del VIH-1; la enfermedad por el VIH-2 tiene una evolución más lenta, y la transmisión maternoinfantil es menor. Los seres humanos son el reservorio. Se piensa que el VIH evolucionó recientemente a partir de virus de los chimpancés.

### **Historia Natural**

#### **Fase inicial**

El VIH se disemina e invade muchos tejidos, especialmente el tejido linfoide y los ganglios linfáticos. El paciente infectado puede o no presentar sintomatología; por lo general existe un cuadro de síndrome mononucleósico al que no se le suele prestar demasiada atención.

A las 2-6 semanas del contagio se detecta antígeno del VIH (antígeno p24), el cultivo viral se positiviza y existen muchos linfocitos CD4 infectados; progresivamente van apareciendo los anticuerpos circulantes (4-12 semanas) y la inmunidad celular y el antígeno p24 desaparece y descienden las células infectadas. En este período puede existir una inmunodepresión pasajera que puede facilitar la aparición o reactivación de algunas infecciones oportunistas.



### Fase crónica

Esta fase tiene una duración variable estimada en varios años y en ella persiste la proliferación viral, aunque a bajo nivel. Se estima que 1 de cada 10000 linfocitos CD4 circulantes estaría infectado pero sólo en el 10% de ellos existiría replicación viral.

Los pacientes suelen estar asintomáticos, con o sin adenopatías, cifra baja de plaquetas y mínimos trastornos neurológicos.

### Fase final

Se caracteriza por un aumento de la replicación del VIH (que podría producirse en 1 de cada 10 linfocitos CD4) y coincide clínicamente con una profunda alteración del estado general del paciente (síndrome de desgaste), aparición de graves infecciones oportunistas, ciertas neoplasias y alteraciones neurológicas.

El pronóstico es variable en cuanto a supervivencia. La edad, el mecanismo de contagio, la forma de presentación parecen influir en la supervivencia. El tratamiento con antirretrovirales ha favorecido la prolongación de la supervivencia en el tiempo: Antes de ellos la supervivencia no era superior al 30-50% a los 2 años y menor del 10-20% a los 4 años.

### Sistema de Clasificación Clínica de la Infección por VIH/SIDA.

NIVELES DE CD4	A	B	C
= > 500 Cel/ml	A1	B1	C1
499 A 200 cel/ml	A2	B2	C2
< 200 cel/ml	A3	B3	C3

Los casos A3, B3, C1, C2 y C3 son considerados como SIDA





## **Tratamiento**

### **TERAPIA ANTIRETROVIRAL (TARV)**

La TARV con 3 drogas constituye, en la actualidad, el estándar de manejo para adultos o niños infectados crónicamente con VIH. Si bien existen diferentes asociaciones activas de drogas antiretrovirales, las combinaciones de mayor eficacia probada son:

- a) 2 inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa del VIH (NRTI) más un inhibidor no nucleósido (NNRTI)
- b) 2 inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa del VIH (NRTI) más un inhibidor de la proteasa del VIH (PI). En adultos existe experiencia que avala la utilización de PI reforzados, es decir, la adición de Ritonavir en dosis baja a otro PI para aumentar los niveles plasmáticos.
- c) 3 inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa del VIH (NRTI)

## **Prevención**

### **Transmisión sexual**

- Uso del condón en manera consistente con todas las relaciones sexuales con pareja(s) casual(es) y promiscuas
- Tener una sola pareja sexual que no está viviendo con el virus, y ser mutuamente fieles
- Conocer y reconocer los signos y síntomas de las ITS (Infecciones de Transmisión sexual), atención médica oportuna, y evitar las relaciones sexuales cuando estos síntomas estén presentes
- Abstinencia sexual
- Prevenir el abuso de alcohol porque limita el control frente las medidas de prevención del VIH



### **Transmisión sanguínea**

- En caso de transfusión exige que la sangre sea controlada para el VIH
- Material inyectable sea desechable o esterilizado.

### **Transmisión vertical o materno-infantil**

- Asistir al control prenatal durante el embarazo para descubrir y tratar posibles ITS
- Se puede reducir mucho la transmisión del virus de la madre a su bebé con un tratamiento durante el último mes del embarazo y dejar de lactar el bebé con leche materna.

## **2. 2 LAS TEORÍAS DEL APRENDIZAJE**

Existen dos grandes paradigmas en la psicología del aprendizaje:

**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.

Skinner: la teoría de Skinner 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.** 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.

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

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.

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



## TEORÍAS DEL APRENDIZAJE

	Modelo Conductista	Modelo Cognitivista
	Watson, Skinner, Thordnike, Pavlov, Tolman	Piaget, Bruner, Ausubel, Vigotsky
<b>Objeto de Estudio</b>	La conducta observable	Representaciones mentales (mapas cognitivos, estrategias)
<b>Relación epistemológica</b>	<b>OBJETO</b> → <b>SUJETO</b>	<b>OBJETO</b> ← <b>SUJETO</b>
<b>Características del Sujeto</b>	<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>
<b>Conocimiento</b>	Copia de la realidad	El sujeto construye su propio conocimiento.
<b>Protagonismo</b>	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>
		<b>Teoría cognoscitivo-social de Albert Bandura</b> Componentes en prevención <b>(1) cognitivo</b> <b>(2) conductual</b> <b>(3) fortalecimiento de la autoeficacia, y</b> <b>(4) el apoyo social</b>

### 4. 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 influyen en la formación y reforzamiento de las creencias que son determinantes de la conducta



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

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

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

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

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

El enfoque de la reciprocidad triádica de Bandura: en la cual la conducta, los factores personales, cognitivos y de otro tipo, y los acontecimientos ambientales actúan como determinantes interactivos. De esta manera, en la perspectiva cognitiva social, no se considera al ser humano gobernado por fuerzas internas ni controlado por estímulos externos sino que se considera el funcionamiento humano en términos del modelo de reciprocidad triádica. (24,25.26)

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



### 2.3 El Constructo de la Autoeficacia

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

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

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



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

La tercera forma mediante la cual la autoeficacia afecta al comportamiento humano es influyendo sobre los patrones de pensamiento y las reacciones emocionales. Las personas de baja autoeficacia, por ejemplo, pueden considerar a las actividades que deben realizar mucho más difíciles de lo que realmente son, lo cual les ocasionara un alto grado de estrés y ansiedad así como pensamientos negativos acerca de su posible desempeño. Un alto nivel de autoeficacia, por otra parte, brinda una mayor confianza y serenidad en el afrontamiento de tareas difíciles. La autoeficacia influye a su vez en las atribuciones causales que el individuo realiza frente al éxito o al fracaso 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 (28-32).



## CAPÍTULO III

### 3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

#### 3.1. HIPÓTESIS

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

#### 3.2. OBJETIVOS

##### 3.2.1. Objetivo General:

- Evaluar y modificar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los estudiantes universitarios de la ciudad de Cuenca sobre ITSs y VIH/SIDA.

##### 3.2.2. Objetivos específicos

- Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los estudiantes de la universidad de Cuenca de la ciudad de Cuenca sobre ITS, y autoeficacia en prevención del SIDA a través de la aplicación de un cuestionario antes de la intervención educativa.
- Realizar una intervención educativa basada en la Teoría cognoscitivo social de Albert Bandura, para modificar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los estudiantes de la Universidad de la ciudad de Cuenca sobre ITSs y VIH/SIDA.
- Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas y autoeficacia en prevención del SIDA que tienen los estudiantes universitarios de la ciudad de Cuenca sobre ITS, antes y después de la intervención educativa.





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



## **CAPÍTULO IV**

### **4. DISEÑO METODOLOGICO**

#### **4.1. TIPO DE ESTUDIO**

Se realizó un estudio cuasiexperimental sin grupo control para medir el efecto de una intervención educativa.

#### **4.2. AREA DE ESTUDIO**

El estudio se cumplió en la Escuela de Lengua, Literatura y Lenguajes Audio Visuales, Licenciatura en Ciencia Humanas, Mención Gestión y Desarrollo Cultural, de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Cuenca.

#### **4.3. UNIVERSO**

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

Nuestro universo estuvo constituido por los 75 estudiantes de la Escuela de Lengua, Literatura y Lenguajes Audio Visuales, Licenciatura en Ciencia Humanas, Mención Gestión y Desarrollo Cultural (LLAV-DC), de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Cuenca.



#### 4.4. TAMAÑO DE LA MUESTRA

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

- Error alfa del 5% (0,05)
- Nivel de confianza del 95% (IC 95%)
- Error beta del 5% (0,05)
- Potencia estadística del 95% (0,95)
- Desenlace del grupo control del 43% (0,43). Según la literatura consultada, la aplicación de una encuesta antes de la intervención en los estudios CAPs, en el tema ITS, ha proporcionado un nivel de conocimientos no más alto del 43% (25).
- Desenlace del grupo control del 76% (0,76). Los reportes sobre modificación de CAP después de una intervención encontraron incremento de conocimientos de un 76% (25).
- Con la utilización de un software de computadora el Epidat vers 3.1 en español para Windows, el tamaño de la muestra fue de 72 participantes como mínimo para probar el efecto de la intervención. Sin embargo, decidimos incluir en el estudio a los 75 alumnos matriculados en la Escuela de LLAV-DC.
- Al momento de aplicar la encuesta Pre-CAP se consiguió la participación de 75 estudiantes. Todos ellos recibieron la intervención educativa



#### 4.5. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE y DEFINICIÓN	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
<b>Edad</b> Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha.		Años cumplidos	Valor absoluto
<b>Sexo</b> Distinción individuos de una especie con respecto a su función reproductora	Hombre Mujer	Fenotipo	Categórica
<b>Residencia</b> Domicilio habitual del entrevistado	Urbano Rural	Información del entrevistado	Categórica
<b>Conocimientos sobre las ITS /SIDA</b> Conjunto de información adquirida en relación a ITS/SIDA.	Poseer información adecuada o no	Respuesta	Categórica
<b>Actitud sobre ITS/SIDA</b> Intenciones frente a una situación posible.	Acción debida o indebida	Tipo de respuesta frente a las preguntas del formulario	Categórica
<b>Prácticas sobre ITS/SIDA</b> Comportamiento tomado frente a una situación específica	Prácticas seguras o de riesgo	Tipo de respuesta frente a las preguntas del formulario	1. Si 2. No

#### 4.6. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN, INSTRUMENTOS Y MÉTODOS PARA EL CONTROL Y CALIDAD DE LOS DATOS.

##### 4.6.1. RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos lo realizó el equipo investigador, por medio de formularios validados que incluyen las variables del estudio. El formulario fue llenado por los estudiantes antes de la intervención educativa y 3 meses después de la misma, la aplicación fue directa con la presencia de los investigadores. El tiempo en responder fue de aproximadamente 60 minutos. La recolección de la información se realizó a través de un cuestionario que se diseñó para esta investigación y que aclarara brevemente al encuestado los



objetivos de la investigación (Anexos 1 y 2). Todos los entrevistados firmaron su consentimiento informado (Anexo 3).

#### **4.6.2. De la intervención educativa:**

La intervención educativa se realizó en el Auditorio de la Facultad; se programaron seis sesiones con duración de una hora cada una.

*Las cuatro primeras sesiones consistieron en:*

1. Analizar la definición de sexualidad sana, abarcando los conceptos de la OMS, una descripción de la anatomía genital masculina y femenina: presentación en Power Point.
2. Descripción de las ITS con signos, síntomas: presentación en Power Point.
3. Prevención de las ITS: el uso correcto del preservativo, fidelidad y abstinencia: presentación en Power Point.
4. Exposición de un video.

*Las dos sesiones últimas consistieron en:*

- Un análisis de historias narradas

#### **4.6.3. Manejo bioético de los datos**

Una intervención educativa en sí no significa riesgo ni daño a la integridad individual, sin embargo además del consentimiento informado firmado por todos los estudiantes que intervinieron en la investigación se garantizó un manejo ético de los datos obtenidos con sujeción a la veracidad de los mismos, su utilización únicamente con fines académicos en la Facultad de Ciencias Médicas y finalmente puestos a disposición de las Escuelas participantes y que a su juicio requirieran de verificación.



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

#### **4.6.4. DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN**

Se utilizaron dos instrumentos de medición:

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

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

#### **4.7. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

Una vez recopilada la información en un cuestionario elaborado exclusivamente para tal propósito se ingresó en una matriz de datos de un programa estadístico de computadora, el SPSS vers 15.0 en español para Windows™.

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

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

Se consideraron significativas las diferencias con valores de  $P < 0,05$ .



## CAPÍTULO V

### 5. RESULTADOS

#### 5.1. CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO

Se aplicó la entrevista pre-CAP y se realizó la intervención a 75 estudiantes de las Escuelas de Lengua, Literatura y Lenguajes Audiovisuales y Licenciatura en Ciencias Humanas y Filosofía de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Cuenca. Se obtuvo la respuesta pos-CAP de 65 de ellos.

El análisis estadístico se realiza sobre este número de participantes.

#### 5.2. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Por subgrupos, la edad predominante de los estudiantes estuvo entre los 18 y 27 años constituyendo el 92%. La edad promedio fue de  $20,1 \pm 2,9$  años entre un mínimo de 18 años y un máximo de 56 años.

Las mujeres fueron el 65,3%.

Los solteros fueron el 78,7%.

El 78.7% reside en la zona urbana.

La edad de inicio de la vida sexual del 16% ( $n = 12$ ) de la muestra fue entre 12 y 15 años. El 40% ( $n = 30$ ) entre los 16 y 20 años de edad y el 10,6% ( $n = 8$ ) entre los 21 a 25 años. El 33% ( $n = 25$ ) de los entrevistados respondió que no había tenido su primera relación sexual.

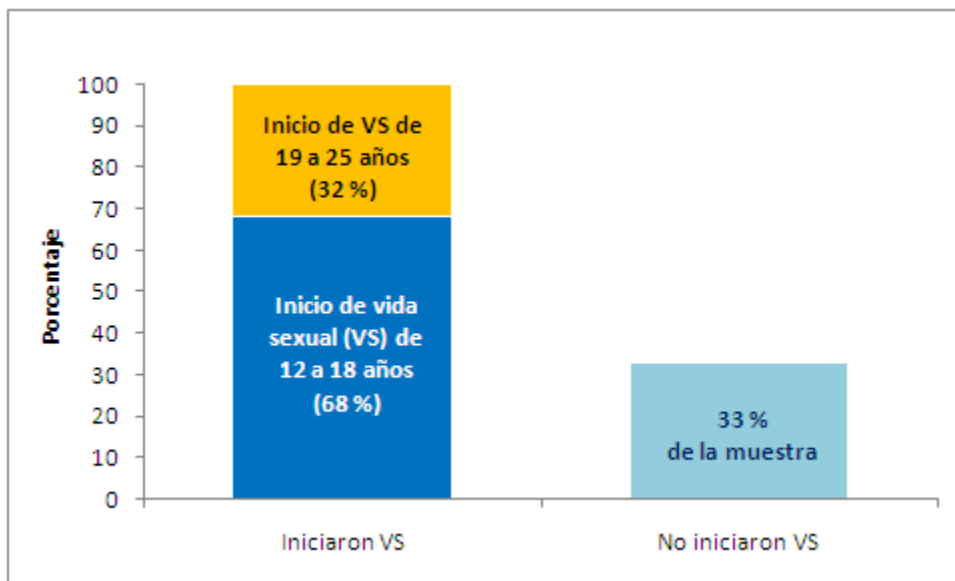
Considerando a los 50 estudiantes como un subgrupo, el 68% ( $n = 34$ ) de ellos tuvo su primera relación entre 12 y 18 años y el 32% ( $n = 16$ ) entre 17 a 25 años (gráfico 1).



El promedio de edad de inicio de vida sexual del subgrupo de la población de estudio fue de  $17,5 \pm 2,8$  años.

### Gráfico 1

Características demográficas de 75 estudiantes de algunas Escuelas\* de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Cuenca que participaron en un estudio CAPs sobre ITS. Cuenca 2009



Fuente: tabla 1  
Elaboración: autoras





**Tabla 1**

Características demográficas de 75 estudiantes de algunas Escuelas\* de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Cuenca que participaron en un estudio CAPs sobre ITS. Cuenca 2009.

<b>Variables demográficas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Escuela donde asiste</b>		
Lengua, literatura y lenguajes audiovisuales	61	81,3
Licenciatura en Ciencias Humanas	13	17,3
Ciclo común Filosofía	1	1,3
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>
<b>Edad</b>		
18 a 21 años	38	50,7
22 a 27 años	31	41,3
28 a 56 años	6	8,0
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>
<b>Sexo</b>		
Femenino	49	65,3
Masculino	26	34,7
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>
<b>Estado civil</b>		
Soltero	59	78,7
Casado	12	16,0
Divorciado	3	4,0
Unión Libre	1	1,3
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>
<b>Religión</b>		
Católica	58	77,3
Evangélicos	1	1,3
Otros	16	21,3
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>
<b>Residencia</b>		
Urbana	59	78,7
Rural	16	21,3
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>
<b>Edad de inicio de vida sexual</b>		
12 a 15 años	12	16,0
16 a 20 años	30	40,0
21 a 25 años	8	10,6
No inicia vida sexual	25	33,3
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

\* Escuelas de: Lengua, Literatura y Lenguajes Audiovisuales; Licenciatura en Ciencias Humanas y Filosofía  
Fuente: formulario de investigación  
Elaboración: autores



### 5.3. CONOCIMIENTOS SOBRE ITS Y VIH/SIDA

Se encontró un aumento significativo de los conocimientos sobre ITS, pero mayormente en condiloma ( $P = 0,003$ ), tricomoniasis ( $P = 0,0001$ ) y clamidiasis ( $P = 0,0001$ ).

En lo que respecta a las vías de transmisión de las ITS ninguna de las modificaciones fueron significativas.

En el conocimiento de los signos y síntomas de las ITS hubo una mejoría significativa en lo que se refiere a secreción ( $P = 0,040$ ) y verrugas ( $P = 0,004$ ).

En el grupo de variables sobre tratamiento de las ITS se observó un incremento significativo únicamente en el tratamiento de la blenorragia. En los demás ítems se observó aumento y disminución en cuanto al número de personas que en un principio tenían algún conocimiento sobre el tratamiento de las ITS pero después demostraron que hubieron perdido esos conocimientos.



**Tabla 2**

Conocimientos de un grupo de estudiantes de algunas Escuelas (LLAV-DC) de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Cuenca, sobre ITS/VIH-SIDA pre y postintervención educativa. Cuenca, 2009.

Variables de conocimientos	Preintervención N = 75 n (%)	Postintervención N = 65 n (%)	Valor P
Conocimiento sobre:			
Condiloma	1 (1,3)	13 (20,0)	0,003*
Herpes	63 (84,0)	59 (90,7)	0,344
Sífilis	60 (80,0)	58 (89,2)	0,734
SIDA	73 (97,3)	65 (100,0)	0,527
Gonorrea	71 (94,6)	64 (98,4)	0,439
Tricomoniasis	11 (14,6)	22 (33,8)	0,011*
Clamidiasis	7 (9,3)	18 (27,6)	0,008*
Conocimiento de las vías de transmisión de las ITS:			
Sin penetración	67 (89,3)	56 (86,1)	0,751
Con Penetración	65 (86,6)	59 (90,7)	0,654
Transfusión	68 (90,6)	62 (95,3)	0,439
Madre infectada	57 (76,0)	54 (83,0)	0,403
Beso o sudor	2 (2,6)	1 (1,5)	1,000
Conocimiento de los signos y síntomas de las ITS:			
Vientre bajo	21 (28,0)	27 (41,5)	0,130
Secreción	47 (62,6)	52 (80,0)	0,040*
Verrugas	37 (49,3)	48 (73,8)	0,004*
Manchas	47 (62,6)	44 (67,6)	0,654
Inflamación	28 (37,3)	29 (44,6)	0,480
Conocimiento sobre tratamiento de las ITS:			
Sífilis	54 (72,0)	56 (86,1)	0,070
Condiloma	37 (45,3)	36 (55,3)	0,584
Blenorragia	59 (78,6)	61 (93,8)	0,019*
Clamidiasis	43 (57,3)	46 (70,7)	0,139
SIDA	1 (1,3)	1 (1,5)	0,527
Tricomoniasis	44 (58,6)	43 (66,1)	0,480

\* Modificación estadísticamente significativa

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: autores.



**Tabla 3**

Conocimientos de un grupo de estudiantes de algunas Escuelas (LLAV-DC) de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Cuenca, sobre ITS/VIH-SIDA pre y postintervención educativa. Cuenca, 2009.

Variables de conocimientos	Preintervención N = 75 X ± DE	Postintervención N = 65 X ± DE	Valor P
1. Conocimientos sobre ITS	6,6 ± 1,4	7,4 ± 1,6	0,004*
2. Conocimientos de las vías de transmisión	9,4 ± 2,1	9,8 ± 1,7	0,229
3. Signos y síntomas de ITS	4,2 ± 2,1	5,2 ± 1,9	0,004*
4. Conocimientos sobre curación de ITS	6,6 ± 2,7	7,7 ± 2,1	0,013*

\* Modificación estadísticamente significativa

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: autores

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

El análisis de las dimensiones de las variables que midieron: conocimientos sobre las ITS, las vías de transmisión, los signos y síntomas y su terapéutica, en conjunto muestran una variación importante.

En conocimiento sobre ITS se observa un aumento del promedio después de la intervención de  $7,4 \pm 1,6$  con una puntuación buena, en comparación con  $6,6 \pm 1,4$  antes de la intervención con una puntuación regular, según el instructivo de calificación, lo que indica un mayor conocimiento sobre ITS.

En conocimiento de las vías de transmisión de las ITS antes de la intervención se obtuvo una media de  $9,4 \pm 2,1$  y después de la intervención la media fue de  $9,8 \pm 1,7$ , aunque el incremento no fue significativo indica que antes y después de la intervención la puntuación fue buena.

En síntomas y signos de las ITS hay un aumento de la media a  $5,2 \pm 1,9$  después de la intervención en comparación con el  $4,2 \pm 2,1$  antes de la



intervención con una puntuación regular tanto antes como después de la intervención.

En conocimientos sobre curación de ITS se observó una puntuación buena con una media de  $7,7 \pm 2,1$  después de la intervención en comparación con  $6,6 \pm 2,7$  antes de la intervención, con puntuación regular.

El incremento alcanzado en todos los ítems debe interpretarse como una mayor adquisición de conocimientos en favor del cumplimiento del planteamiento hipotético que sustenta la intervención educativa. A excepción de los conocimientos sobre las vías de transmisión de las ITS, los demás incrementos fueron significativos.

#### **5.4. ACTITUDES FRENTE A LAS ITS y VIH-SIDA**

En las preguntas que tratan sobre las recomendaciones que se harían a un amigo con una ITS el porcentaje que se elevó significativamente fue el correspondiente al ítem sobre acudir a los padres ( $P = 0,038$ ).

Las recomendaciones sobre el uso del condón ( $P = 0,032$ ) y el adquirir suficientes conocimientos ( $P = 0,003$ ) para no contagiarse con una ITS, se incrementaron significativamente.

En los ítems que midieron la actitud ante un amigo con una ITS los hechos considerados beneficiosos serían acudir al médico y ayudar a su curación. Sin embargo en los dos hubo disminución, aunque no significativa, después de la intervención.

En la recomendación a un amigo(a) que mantiene relaciones con desconocidos (as) hubo una mejoría significativa en la necesidad de evitarlas ( $P = 0,032$ ).



**Tabla 4**

Actitudes de un grupo de estudiantes de algunas Escuelas (LLAV-DC) de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Cuenca, sobre ITS/VIH-SIDA pre y postintervención educativa. Cuenca, 2009.

<b>Variables de Actitudes</b>	<b>Preintervención n = 75 n (%)</b>	<b>Postintervención n = 65 n (%)</b>	<b>Valor P</b>
<b>Recomendación a dónde debe acudir un amigo(a) que padece una ITS</b>			
Hospital	51 (68,0)	54 (83,0)	0,062
Médico	54 (72,0)	51 (78,4)	0,480
Padres	54 (72,0)	54 (83,0)	0,038*
Farmacia	4 (5,3)	2 (3,0)	0,751
Amigo	6 (8,0)	6 (9,2)	1,000
<b>Actitud ante un amigo(a) con una ITS</b>			
Acudir al Médico	66 (88,03)	61 (93,8)	0,500
Ayudaría a curarse	57 (76,0)	56 (86,1)	0,194
Aprendió a hacer el amor	2 (2,6)	3 (4,6)	1,000
Es propio de la edad	1 (1,3)	1 (1,5)	0,527
Alejarse	7 (9,3)	3 (4,6)	0,439
<b>Recomendación a un amigo(a) para no infectarse con una ITS</b>			
Condón	60 (80,0)	61 (93,8)	0,032*
Fidelidad	56 (74,6)	55 (84,6)	0,222
Sin penetración	1 (1,3)	8 (12,3)	0,021
Escoger bien a la pareja	42 (56,0)	47 (72,3)	0,070
Conocimientos	61 (81,3)	65 (100,0)	0,003*
No relaciones	10 (13,3)	11 (16,9)	0,751
<b>Recomendación a un amigo(a) que mantiene relaciones con desconocidos(as)</b>			
Condón	72 (96)	64 (98,4)	0,751
No relaciones	40 (53,3)	47 (72,3)	0,032*
Lavarse	33 (44,0)	38 (58,4)	0,122
Médico	56 (74,6)	53 (81,5)	0,439

\* Modificación estadísticamente significativa

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: autores



**Tabla 5**

Actitudes de un grupo de estudiantes de algunas Escuelas (LLAV-DC) de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Cuenca, sobre ITS/VIH-SIDA pre y postintervención educativa. Cuenca, 2009.

<b>Variables de actitudes</b>	<b>Preintervención n = 75 X ± DE</b>	<b>Postintervención n = 65 X ± DE</b>	<b>Valor P</b>
1. Recomendación a donde acudir	6,3 ± 2,08	7,4 ± 2,0	0,003*
2. Actitud ante un amigo(a) con ITS	8,3 ± 2,5	8,9 ± 2,3	0,190
3. Recomendación para no infectarse	6,0 ± 2,1	7,1 ± 2,08	0,001*
4. Sobre relaciones con desconocidos	6,7 ± 2,4	7,9 ± 1,9	0,002*

\* Modificación estadísticamente significativa

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: autores

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

Se obtuvo un incremento altamente significativo en la variable que trata sobre la recomendación a donde debe acudir un amigo si tuviera una ITS (P = 0,0003). Esta diferencia se atribuye a la intervención.

En la recomendación a donde debe acudir un amigo(a) que padece una ITS antes de la intervención se obtuvo una media de 8,3 ± 2,5 y después de la intervención la media fue de 8,9 ± 2,3, las puntuaciones fueron buenas antes y después de la intervención aunque la diferencia no fue significativa.

En la recomendación a un amigo para no infectarse con una ITS antes de la intervención se obtuvo una media de 6,0 ± 2,1 y después de la intervención la media fue de 7,1 ± 2,0. Este incremento tiene una puntuación buena tanto



antes como después de la intervención y la diferencia fue significativa ( $P = 0,001$ ).

En la recomendación a un amigo(a) que mantiene relaciones con desconocidos(as) se observa un aumento significativo después de la intervención ( $P = 0,002$ ), con una puntuación buena tanto antes como después de la intervención. El promedio antes de la intervención fue de  $6,7 \pm 2,4$  y después de de  $7,9 \pm 1,9$ .

### **5.5. PRÁCTICAS SOBRE ITS y VIH/SIDA**

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

En la variable que midió relaciones homosexuales no hubo modificación. Tampoco la hubo en las prácticas sexuales. En algunas como las relaciones en estado de embriaguez y relaciones con desconocidos más bien hubo un ligero aumento.

Hubo también incremento en la frecuencia de ITS del 1,3% al 3,07%.

En el uso del preservativo hubo variaciones hacia el aumento y hacia la disminución. En el ítem sobre el uso del preservativo siempre en relaciones habituales hubo una disminución del 3,3% pero en las relaciones fortuitas hubo un aumento del 5% en su uso.

En el uso ocasional y no uso del preservativo, tanto en las relaciones habituales con la pareja como en las fortuitas hubo aumentos y disminuciones.

Considerando que estos sub-ítems son dimensiones de la variable y por tanto se constituyen en subvariables relacionadas, el aumento de las prácticas seguras se produce cuando hay disminución de las prácticas de riesgo.





**Tabla 6**

Prácticas de un grupo de estudiantes de algunas Escuelas (LLAV-DC) de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Cuenca, sobre ITS/VIH-SIDA pre y postintervención educativa. Cuenca, 2009.

<b>Variables de Prácticas</b>	<b>Preintervención n = 75 n (%)</b>	<b>Postintervención n = 65 n (%)</b>	<b>Valor P</b>
<b>Relaciones homosexuales y heterosexuales</b>			
Mismo sexo	1 (1,3)	1 (1,5)	0,527
Sexo contrario	49 (65,3)	46 (70,7)	0,584
<b>Tipo de práctica sexual</b>			
Sexo oral	24 (32,0)	20 (30,7)	1,000
Sexo anal	15 (20,0)	13 (20,0)	1,000
Coito genital	48 (64,0)	45 (69,2)	0,654
Padeció ITS	1 (1,3)	2 (3,0)	1,000
Conversa con su pareja sobre las ITS	38 (50,6)	34 (52,3)	1,000
Relaciones en estado embriaguez	23 (30,6)	25 (38,4)	0,439
Relaciones con desconocidos	13 (17,3)	14 (21,5)	0,654
<b>Uso del preservativo en:</b>			
<b>Relaciones habituales con la pareja</b>			
Siempre	16 (21,3)	16 (24,6)	0,751
Ocasionalmente	22 (29,3)	26 (40,0)	0,255
Nunca	12 (16,0)	4 (6,1)	0,122
<b>Relaciones fortuitas</b>			
Siempre	17 (22,6)	18 (27,6)	1,000
Ocasionalmente	11 (14,6)	10 (15,3)	1,000
Nunca	15 (20,0)	12 (18,4)	1,000

Fuente: formulario de investigación  
Elaboración: autores



**Tabla 7**

Prácticas de un grupo de estudiantes de algunas Escuelas (LLAV-DC) de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Cuenca, sobre ITS/VIH-SIDA pre y postintervención educativa. Cuenca, 2009.

<b>Evaluación de la prácticas</b>	<b>Preintervención N = 75 X ± DE</b>	<b>Postintervención N = 65 X ± DE</b>	<b>Valor P</b>
1. Relaciones sexuales en los últimos tres meses: numero de parejas.	1,3 ± 0,9	1,3 ± 0,9	0,968
2. Relaciones heterosexuales, bisexuales u homosexuales.	4,1 ± 0,8	4,2 ± 1,2	0,523
3. Tipo de práctica sexual (riesgo)	5,8 ± 2,5	5,8 ± 2,5	0,923
4. Padecimiento de ITS.	0,3 ± 1,9	0,5 ± 2,3	0,604
5. Conversar con la pareja sobre ITS	2,7 ± 4,4	2,9 ± 4,5	0,808
6. Relaciones en estado de embriaguez o bajo afrodisíacos.	4,0 ± 4,9	4,7 ± 5,0	0,476
7. Uso del preservativo en relaciones habituales con la pareja.	5,8 ± 1,5	5,4 ± 1,2	0,202
8. Relaciones sexuales con desconocidos.	2,5 ± 4,3	2,8 ± 4,5	0,689
9. Uso del preservativo en relaciones sexuales con desconocidos.	6,6 ± 2,6	6,4 ± 2,5	0,841

\* Modificación estadísticamente significativa

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: autores

Esta tabla también resume en forma cuantitativa las calificaciones de los ítems que miden las actitudes desglosadas en la tabla anterior.

Los incrementos hacia las prácticas sexuales seguras no fueron significativos. Algunos, prácticas de riesgo como las relaciones en estado de embriaguez, el no uso del preservativo y las relaciones con desconocidos, aumentaron aunque no significativamente.

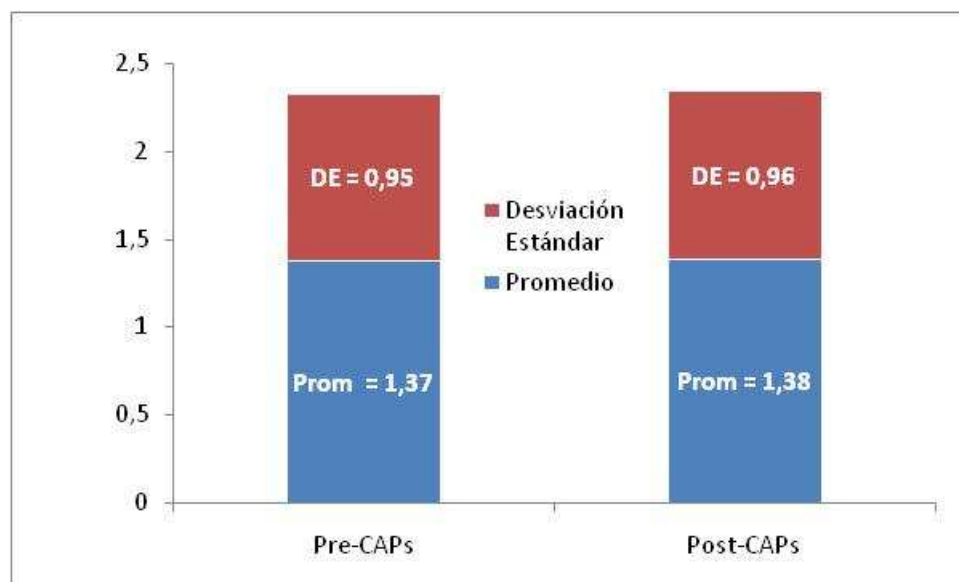


El número de parejas sexuales en los últimos 3 meses antes de la intervención varió entre 1 y 6 parejas con un promedio de  $1,3 \pm 0,9$ . Después de la intervención el número de parejas no varió y el promedio fue similar  $1,3 \pm 0,9$  ( $P = 0,968$ ) (gráfico 2).

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

### Gráfico 2

Prácticas de un grupo de estudiantes de algunas Escuelas (LLAV-DC) de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Cuenca, sobre ITS/VIH-SIDA pre y postintervención educativa. Cuenca, 2009.



Fuente: tabla 7  
Elaboración: autoras

En relaciones heterosexuales, bisexuales u homosexuales antes de la intervención el promedio fue de  $4,1 \pm 0,8$ , luego de la intervención aumentó a  $4,2 \pm 1,2$ . Sin embargo, antes y después de la intervención se mantuvo una buena puntuación.

En padecimiento de ITS, el promedio de  $0,3 \pm 0,1$  antes de la intervención aumentó a  $0,5 \pm 2,3$  después de la intervención. Antes y después se mantuvo una puntuación buena.



Conversar con la pareja sobre ITS, el promedio de  $2,7 \pm 4,4$  antes de la intervención se elevó a  $2,9 \pm 4,5$  después de la intervención, con una diferencia significativa. La puntuación tanto antes como después fue buena.

Las relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol u otras sustancias: antes de la intervención tuvo un promedio de  $4,0 \pm 4,9$  y después de la intervención de  $4,7 \pm 5,0$ . El aumento no fue significativo y la puntuación, tanto antes como después, se mantuvo como buena.

El uso del preservativo en relaciones habituales con la pareja disminuyó de  $5,8 \pm 1,5$  antes de la intervención a  $5,4 \pm 1,2$  después de ella. La puntuación fue regular antes de la intervención y buena después.

El promedio de relaciones sexuales con desconocidos de  $2,5 \pm 4,3$  antes de la intervención se elevó a  $2,8 \pm 4,5$ . La puntuación antes y después de la intervención fue buena.

El uso de preservativo en relaciones sexuales con desconocidos antes de la intervención disminuyó de  $6,6 \pm 2,6$  a  $6,4 \pm 2,5$  después de la intervención. El puntaje fue regular antes y después, y la disminución no fue significativa.



## 5.6. AUTOEFICACIA PARA PREVENIR EL SIDA

**Tabla 8**

Autoeficacia de un grupo de estudiantes de algunas Escuelas (LLAV-DC) de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Cuenca, Subescala A antes y después de la intervención. Cuenca 2009.

<b>A. ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de decir no, cuando te proponen tener relaciones sexuales?</b>	<b>Preintervención n = 75 n (%)</b>	<b>Postintervención n = 65 n (%)</b>	<b>Valor P</b>
1. Alguien conocido hace 30 días o menos	48 (64,0)	48 (73,8)	0.169
2. Alguien cuya historia sexual es desconocida para ti	45 (60,0)	50 (76,9)	0.051
3. Alguien cuya historia de drogas es desconocida para ti	48 (64,0)	50 (76,9)	0.139
4. Alguien a quien has tratado con anterioridad?	39 (52,0)	46 (70,7)	0.036*
5. Alguien a quien deseas tratar de nuevo	41 (54,6)	44 (67,6)	0.159
6. Alguien con quien ya has tenido relaciones sexuales	22 (29,3)	35 (53,8)	0,034*
7. Alguien a quien necesitas que se enamore de ti	45 (60,0)	44 (67,6)	0.439
8. Alguien que te presiona a tener relaciones sexuales	50 (66,6)	48 (73,8)	0,480
9. Alguien con quien has estado bebiendo alcohol	46 (61,3)	46 (70,7)	0,318
10. Alguien con quien has estado utilizando drogas	45 (60,0)	42 (64,6)	0,751
11. Alguien y tu nivel de excitación sexual es muy alto	36 (48,0)	36 (55,3)	0,207

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: autores



Las modificaciones después de la intervención, sobre la seguridad de decir no ante la propuesta de tener relaciones sexuales, se incrementaron todas. Fueron significativos los incrementos de la seguridad de decir no ante alguien con quien ha tratado con anterioridad ( $P = 0,036$ ) y ante alguien con quien ya hubo tenido relaciones sexuales ( $P = 0,034$ ).

En las demás los incrementos no fueron significativos pero permiten deducir el beneficio de la intervención en forma positiva.

**Tabla 9**

Autoeficacia de un grupo de estudiantes de algunas Escuelas (LLAV-DC) de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Cuenca, Subescala B antes y después de la intervención. Cuenca 2009.

<b>B. ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de...:</b>	<b>Preintervención n = 75 n (%)</b>	<b>Postintervención n = 65 n (%)</b>	<b>Valor P</b>
1. Preguntar a tu novio/a si se ha inyectado alguna droga?	56 (74,6)	53 (81,5)	0.439
2. Discutir sobre la prevención del SIDA con tu novio/a	64 (85,3)	60 (92,3)	0.295
3. Preguntar a tu novio/a sobre sus relaciones sexuales tenidas en el pasado?	51 (68,0)	52 (80,0)	0.159
4. Preguntar a tu novio/a si ha tenido alguna experiencia homosexual?	54 (72,0)	48 (73,8)	0.255

Fuente: formulario de investigación  
Elaboración: autores

Hubo aumento en todos los ítems sobre la seguridad para preguntar a la pareja sobre antecedentes sexuales, aunque los incrementos no fueron significativos.



**Tabla 10**

Autoeficacia de un grupo de estudiantes de algunas Escuelas (LLAV-DC) de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Cuenca, Subescala C antes y después de la intervención. Cuenca 2009.

<i>C. ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de....</i>	<i>Preintervención n = 75 n (%)</i>	<i>Postintervención n = 65 n (%)</i>	<i>Valor P</i>
1. Usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales?	47 (62,6)	53 (81,5)	0.372
2. Usar correctamente el condón	46 (61,36)	55 (84,6)	0.003*
3. Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado bebiendo alcohol?	27 (36,0)	47 (72,3)	0.0001*
4. Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado consumiendo o utilizado alguna droga?	32 (42,6)	46 (70,7)	0.001*
5. Insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu novio/a prefiere no usarlo?	41 (54,6)	50 (76,9)	0.009*
6. Negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón?	46 (61,3)	46 (70,7)	0.318
7. Contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones?	38 (50,6)	45 (69,2)	0.040*
8. Acudir a la tienda a comprar condones?	40 (53,3)	47 (72,3)	0.032*
9. Mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida?	29 (38,6)	35 (53,8)	0.101*
10. Platicar con tu papá sobre temas sexuales	39 (52,0)	40 (61,5)	0.344
11. Platicar con tu mamá sobre temas sexuales	41 (54,6)	39 (60,0)	0.654

\* Modificación estadísticamente significativa

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: autores



Después de la intervención hubo incremento en siete de los once ítems que trataron fundamentalmente sobre la seguridad del uso del preservativo y la forma de hacerlo. De éstos el incremento fue significativo en el uso correcto del preservativo ( $P = 0,003$ ), en el uso del preservativo durante el acto sexual después de haber estado bebiendo licor ( $P = 0001$ ), después de haber estado consumiendo alguna droga ( $P = 0,001$ ), en insistir sobre el uso del preservativo así hubiere la negativa de la pareja ( $P = 0,009$ ), contar siempre con el dinero suficiente para comprar preservativos ( $P = 0,040$ ), en acudir a la tienda a comprarlos ( $P = 0,032$ ) y en mantener relaciones con una sola persona para toda la vida.

**Tabla 11**

ANOVA de los niveles de Autoeficacia de un grupo de estudiantes de algunas Escuelas (LLAV-DC) de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Cuenca, Subescalas A, B y C antes y después de la intervención. Cuenca 2009.

	<b>Preintervención</b> <i>n</i> = 75 <b><math>X \pm DE</math></b> <b>(IC95%)</b>	<b>Postintervención</b> <i>n</i> = 65 <b><math>X \pm DE</math></b> <b>(IC95%)</b>	<b>Valor P</b>
A. Seguridad para decir NO cuando te proponen relaciones sexuales en diversas circunstancias.	6,34 $\pm$ 4,06 (5,3 – 7,3)	7,50 $\pm$ 3,94 (6,5 – 8,4)	0,094
B. Seguridad de preguntar a la pareja sobre relaciones sexuales previas, uso de drogas, experiencia homosexual, discutir sobre SIDA.	3,04 $\pm$ 0,99 (2,8 – 3,2)	3,27 $\pm$ 1,08 (3,0 – 3,5)	0,195
C. Seguridad para utilizar el condón, mantener fidelidad y conversar con los padres sobre sexualidad.	6,64 $\pm$ 3,29 (5,8 – 7,4)	8,40 $\pm$ 3,74 (7,4 – 9,3)	0,005*

\* Modificación estadísticamente significativa

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: autores





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

El análisis intergrupo e intragrupo muestra un aumento significativo en la seguridad para utilizar el preservativo, mantener fidelidad y conversar con los padres sobre sexualidad ( $P = 0,005$ ).

En la seguridad de evitar relaciones sexuales en relación con el uso de drogas el incremento no fue significativo.



## CAPÍTULO VI

### 6. DISCUSIÓN

El hecho de que algunas de las ITS parecen controlarse con cierta efectividad pero otras como el VIH/SIDA, de las que carecemos de información aún de su verdadera prevalencia en países como el nuestro, siguen siendo una noticia amenazante. El incremento de las enfermedades de transmisión sexual preocupa cada vez más a los organismos de salud. Dentro de este espectro de preocupación viene propiciándose la aplicación de las intervenciones educativas y alentando la posibilidad de modificar la curva de la infección, como una acción recomendada por los expertos y en la que han tomado parte activa no solamente los centros de enseñanza sino también las instituciones de salud como los organismos llamados a desarrollar y aplicar las estrategias sanitarias para la comunidad y fundamentalmente las preventivas (19).

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

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



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

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

La edad promedio de los estudiantes de la Escuelas LLAV-DC de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Cuenca fue de  $20,1 \pm 2,9$  años entre un mínimo de 18 años y un máximo de 56 años. En un estudio realizado por Vera de Bucaramanga (Colombia) en 458 jóvenes la edad promedio fue de  $18.2 \pm 2.2$  años e incluyó estudiantes de colegio y universidades (20).

De los estudiantes que integraron nuestro estudio el 65,3% fueron mujeres. Predominó el estado civil soltero con el 78,7%, los casados fueron el 16% y en unión libre y divorciados estuvieron el 4,3%. En el estudio de Navarro. el 46,4% fueron mujeres y 53,6% fueron varones (21).

El 77,3% de la población estudiada pertenece a la religión católica; el 1,3% declararon ser evangélicos y de otras religiones el 21,3%. En estudios realizados en Nicaragua por Escobar en Perú, por Velásquez y por Ruiz en Colombia, se encontraron católicos entre el 60% y 75% de los participantes (22).

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



conjunto de mujeres y varones en actividades sociales, incluidas las escolares; igualmente, el abandono de concepciones religiosas y las nuevas ideas y libertades de la mujer que la ponen en igualdad con el hombre y así aumentan las posibilidades de satisfacer los impulsos eróticos, sin haber la suficiente preparación y responsabilidad que esto requiere, principalmente en los adolescentes. Es deber de la escuela y la familia ponerse a la altura de estos cambios educando a los adolescentes, en este sentido, juega un papel decisivo una deficiente educación sexual (23).

En nuestra población de estudio la edad de inicio de la vida sexual es del 16% (n = 12) de la muestra fue entre 12 y 15 años. El 40% (n = 30) entre los 16 y 20 años de edad y el 10,6% (n = 8) entre los 21 a 25 años. El 33% (n = 25) de los entrevistados respondió que no había tenido su primera relación sexual.

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

En el estudio de la Universidad del Rosario de Bogotá por Ruiz y *col.* en un alumnado universitario, se encontró que 66,7% de los estudiantes tanto varones como mujeres habían iniciado relaciones sexuales alrededor de los 17 a 18 años, cifra que se encuentra dentro del 40-90% de los estudiantes de colegios americanos que reportan ser activos sexualmente según datos de Eisenberg y de Chile según Maddaleno (78% en hombres y 41% de las mujeres) (24).

Con la misma relevancia, es necesario analizar el número de compañeros sexuales como práctica de riesgo. En nuestro estudio el número de parejas sexuales en los últimos 3 meses antes de la intervención varió entre 1 y 6 parejas con un promedio de  $1,3 \pm 0,9$ . La disminución no fue significativa ( $P = 0,167$ ) (gráfico 2). En términos generales los estudios en Latinoamérica reportan que cada vez va en aumento el número de compañeros sexuales en la



adolescencia y en la juventud. En la investigación realizada en la Universidad del Rosario, en Bogotá por Ruiz A. el número de parejas sexuales por año tuvo un promedio de 2 en las mujeres y de 3 en los varones, pero en Bucaramanga , dentro del mismo país, un estudio por Vera L. que incluyó a estudiantes secundarios y universitarios, de centros públicos y privados, se encontró que los varones cambiaban de pareja en menos de un año, en promedio, y las mujeres en poco más de dos años; de esta manera el número de parejas en los varones fue de hasta 6 y en las mujeres de hasta 4. En Lima, Velásquez después de aplicar una intervención educativa, la creencia de que se es más popular según el número de parejas sexuales se disminuyó en tres veces tanto en varones como en mujeres. En el reporte de La Habana por Hernández el 73,1 % de los estudiantes tuvo 3 y más parejas sexuales en un período menor de 1 año, y de ellos el 28,6 % tuvo 4 y más compañeros/as sexuales; mientras que el 93 % de los trabajadores tuvo menos de 3 parejas sexuales en un año (25).

Sobre las preferencias sexuales, en todos los reportes latinoamericanos entre el 85% y 95% de los entrevistados refiere preferencias heterosexuales. En nuestra recopilación, las preferencias por el mismo sexo se identificaron en el 3,5% de los entrevistados únicamente antes de la intervención. No se incluyó la identificación de preferencias bisexuales que en estudios como los realizados en Colombia por Ruiz M. se halló hasta en el 5% (22).

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

En nuestro estudio la población reconoció como ITS antes de la intervención a la sífilis el 73,3%, al SIDA el 92% y a la gonorrea 77,3%; después de la



intervención los porcentajes aumentaron al 84%, 80% y 98,6%, respectivamente. Vera y cols. encontró que los jóvenes de 15 a 22 años reconocen SIDA, gonorrea y sífilis como enfermedades de transmisión sexual con 98%, 93% y 80% respectivamente. Gonzáles y cols demuestra que los jóvenes de 14 a 25 años reconocen el SIDA (51%), sífilis (12,1%) y gonorrea (9,6%) valores que demuestran poco conocimiento a diferencia de nuestra población (20,26).

Al Herpes antes de la intervención el 84% identificó como ITS, después de la intervención la modificación fue apenas al 85,3%. En el estudio realizado en Colombia por González encontró un conocimiento para herpes de apenas el 12.2% (27).

Respecto al conocimiento de condiloma antes de la intervención se encontró que apenas el 4% conocía esta ITS, después de la intervención el incremento fue al 18.6% con una diferencia del 14,6% ( $P = 0,003$ ). Sobre tricomoniasis y clamidiasis, el 6,6% y el 9,3% de antes de la intervención se elevó al 40% y 42,6%, respectivamente. El incremento del 23,4% para tricomona y 33,3% para clamidiasis fue altamente significativo ( $P = 0,0001$ ).

En relación a las formas de transmisión de las ITS se encontró que el 10,6% de los estudiantes tenía la idea errónea de transmisión por el beso o sudor valor que disminuyó al 5,3% luego de la intervención. García y col encontró que el 37,5% de la población adolescente de Camagüey pensaba que el SIDA puede transmitirse por besos, ropa, platos, sanitarios. Según datos de Vera y col en Colombia el 8,8% de las mujeres y 6,5% de los varones refieren a la saliva y el sudor como medio de transmisión del VIH (23).

El 96% de los estudiantes reconocieron las transfusiones sanguíneas como medio de transmisión de las ITS y VIH/SIDA, valores que disminuyeron al 94,6% pero se mantuvo alto después de la intervención. En Colombia el 98,9% de las mujeres y el 100% de los varones refirieron la sangre como medio de transmisión del VIH/SIDA. En las Universidades de las Frontera y Austral de Chile (UFRO y UACH) se encontró que el 22,8% y 26,1% de los estudiantes



respectivamente, reconocieron a las transfusiones como medio de transmisión del VIH/SIDA (24).

En cuanto al conocimiento de signos y síntomas sobresale secreción (78,4%), verrugas (68,7%), manchas e inflamación (50% y 47% respectivamente), después de la intervención los valores aumentan al 93,8%, 91,8% 80,2% y 66,7% respectivamente. Velásquez A. encuentra que los adolescentes reconocen picazón en los genitales (34,5%) y pus en el pene (36,1%). Sobre el conocimiento de la curación de las ITS encontramos que se eleva a expensas de la sífilis, gonorrea, clamidiasis, condiloma y tricomoniasis.

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

En lo que respecta al ítem acudir a la farmacia, en nuestro estudio se observó un descenso de 2,7%, considerando el 16% antes de la intervención y 13,3% luego de la misma. En cuanto a conversar con los padres hubo un incremento en nuestros estudiantes de 62,6% a 80% antes y después de la intervención respectivamente.

En la actitud de alejarse de un amigo que tiene una ITS hubo un descenso de 4,7% teniendo en cuenta que solo el 9,3% y 4% lo mencionaron antes y después de la intervención, respectivamente. Decir que es propio de la edad se encontró en el 13,3% y 9,3% antes y después de la intervención, en su lugar.

Respecto a acudir al médico se observó un incremento del 2,7% teniendo en consideración que el 93,3% y 96% lo menciona antes y después de la intervención, respectivamente. En cuanto a ayudar a curarse de una ITS a un amigo hubo un incremento del 4% con valores del 96% luego de la intervención. En Lima, Velásquez A. encontró que el 76% de los adolescentes citan la abstinencia sexual como medio para no infectarse con una ITS. Mientras que solo el 17% de nuestra población la cita como medida de



prevención, después de la intervención, valores que concuerdan con la UFRO de Chile con el 22% (25).

El 100% de los estudiantes de Derecho, después de la intervención, mencionaron al condón como medida efectiva para no infectarse con una ITS, valor alto en comparación al encontrado por Rivas y col/ de Chile en la UFRO y UACH. con el 21% y 29% respectivamente. Meléndez encuentra que tan sólo el 65% de las mujeres de Nicaragua citan la fidelidad como principal forma de prevención de las ITS y VIH/SIDA (26).

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

La utilización del preservativo en las relaciones fortuitas tuvo un incremento del uso del 22,6% al 27,6%. Al respecto, en el estudio realizado en Bucaramanga por Vera, cuando se consultó sobre el uso del preservativo, el 13% de los entrevistados dijo no usarlo nunca, 44% dijo usarlo siempre en las relaciones con personas diferentes a la pareja sexual estable. Entre los que usan condón cerca del 9% nunca lo usa en toda la relación sexual, 42% algunas veces y el 49% siempre. El 24% afirmó practicar relaciones anales y de ellos 20% utiliza condón siempre durante este tipo de práctica. Estos hallazgos confirman un bajo nivel de utilización del condón, especialmente en la práctica de relaciones sexuales con pareja estable, en las cuales la mayoría de los jóvenes considera que no es necesario su uso (20).

La valoración de la autoeficacia para prevenir el SIDA se realizó a través de dos pruebas estadísticas: 1) una estimación del incremento o disminución porcentual, según el interés del análisis, en cada uno de los ítems después de la intervención por medio de la prueba de ji cuadrado y 2) un análisis de varianza (ANOVA) como una prueba estadística apropiada para estimar en conjunto los niveles de seguridad de una misma escala como la autoeficacia. Los criterios de prevención de la encuesta están basados en: 1) la seguridad para decir no a la propuesta de tener relaciones sexuales en situaciones





inapropiadas, 2) seguridad de preguntar a la pareja sobre relaciones sexuales previas, relaciones sexuales mediante el uso de drogas, experiencias homosexuales previas incluyendo abordaje sobre la amenaza del SIDA y 3) seguridad para utilizar el condón, mantener fidelidad y conversar con los padres sobre sexualidad.

En la estimación de porcentajes hubo incremento, después de la intervención, en diez de los once ítems que trataron fundamentalmente sobre la seguridad del uso del preservativo y la forma de hacerlo. De éstos el incremento fue significativo en el uso correcto del preservativo ( $P = 0,034$ ), en la negativa a tener relaciones sexuales si la pareja no acepta el condón ( $P = 0,012$ ) y en contar siempre con el dinero suficiente para comprar preservativos ( $P = 0,017$ ) y en acudir a la tienda a comprarlos ( $P = 0,0006$ ).

En el análisis final de conjunto, intergrupo e intragrupo de ANOVA, la intervención encontró un aumento significativo en la seguridad para utilizar el preservativo, mantener fidelidad y conversar con los padres sobre sexualidad ( $P = 0,031$ ) pero en las relaciones sexuales indebidas y que podrían incluir consumo de drogas el incremento no fue significativa.

En los estudios por Vera L. y Ruiz M. realizados en las poblaciones estudiantiles de Bucaramanga y Bogotá en cuanto a la seguridad para utilizar el condón tiene una franca desventaja frente a nuestros resultados. En efecto, una de las conclusiones que los investigadores expresan es que sólo el 2,26% de la población estudiantil secundaria y universitaria tiene sexo seguro, es decir que casi todos los jóvenes siguen exponiéndose en algún momento a prácticas sexuales riesgosas (20).

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



## CAPÍTULO VII

### 7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 7.1. Conclusiones

- Nuestra población de estudio estuvo representada por estudiantes universitarios con una edad promedio de  $20,1 \pm 2,9$  años entre un mínimo de 18 y un máximo de 43, con un 50,7% de varones y un 94,7% de solteros.
- Profesan el catolicismo el 81,3%, residen en la zona urbana el 90,7%.
- La edad de inicio de la vida sexual activa del 16% del grupo fue entre los 13 y 20 años de edad, de éstos el 33,3% entre 13 y 16 años y el 66,6% entre 17 y 20 años. El 84% ( $n = 36$ ) respondió que no había tenido su primera relación sexual.
- Después de la intervención educativa se consiguió un aumento significativo en los conocimientos sobre las entidades de transmisión sexual: condiloma, tricomoniasis y clamidiasis, sobre la madre como vía de transmisión, sobre algunos signos y síntomas de las ITS y sobre el tratamiento de la clamidiasis ( $P < 0,05$ ).
- En la valoración de las actitudes en la postintervención se encontró incremento significativo en la recomendación de acudir al hospital ( $P = 0,007$ ), al médico ( $P = 0,001$ ) o a los padres ( $P = 0,030$ ) en caso de padecer una ITS y también en las actitudes a tomar en relaciones sexuales con



desconocidos sobre el uso del preservativo, evitando relaciones o lavándose después de ellas ( $P = 0,0001$ ).

- En las prácticas hubo disminución, después de la intervención, de las preferencias homosexuales y en mantener relaciones con desconocidos. Hubo un aumento del 4% en el uso del preservativo en las relaciones fortuitas.
- En la estimación de la autoeficacia para prevenir el SIDA, mediante análisis de la varianza (ANOVA) la contrastación intergrupo e intragrupo muestra un aumento significativo en la seguridad para utilizar el preservativo, mantener fidelidad y conversar con los padres sobre sexualidad ( $P = 0,031$ ). En la seguridad de evitar relaciones sexuales en relación con el uso de drogas el incremento no fue significativo.
- Frente a los resultados globales, que demuestran un incremento significativo en todos los conocimientos pero poco significativo en las actitudes y en las prácticas, tal parece que en una población estudiantil especialmente universitaria ciertas conductas ya están establecidas y tendrían mucho que ver con el aspecto cultural por tanto son poco modificables. De otro lado es conocido que la modificación de las prácticas requieren mayor tiempo y por tanto mucho esfuerzo para el seguimiento.



## 7.2. Recomendaciones

- Cuando los objetivos de una intervención son modificar los conocimientos, las actitudes y las prácticas las investigaciones con la metodología de los estudios CAPs son una excelente alternativa para educación sanitaria. Una vez conseguidos estos objetivos los resultados finales se traducen en una estrategia de prevención y reducción de riesgos para el individuo y para la comunidad, de manera que debe recomendarse su utilización en todos los ámbitos posibles.
- Una vez que se ha demostrado los beneficios de los CAPs en todos los ámbitos donde se han realizado, debe ser una práctica periódica la realización de este tipo de investigación que cumple a la vez con la finalidad de educación para la salud de forma permanente y permite evaluar las actitudes y las prácticas de los involucrados en los estudios.
- Integrar al currículo universitario la educación sexual y reproductiva para fomentar la información requerida a los jóvenes, para concienciarlos y lograr una sexualidad responsable.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Itzel Rosas Gutiérrez. Martín Serrano Sánchez. Conocimiento acerca de las Enfermedades de Transmisión Sexual entre estudiantes y trabajadores de las Universidad de las Américas Puebla, México.  
[http://www.infarmate.org/pdfs/julio\\_agosto07/ets.pdf](http://www.infarmate.org/pdfs/julio_agosto07/ets.pdf)
2. Cortes Alfaro, Alba, Sordo Rivera, María E., Cumba Abreu, Caridad et al. Comportamiento sexual y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de secundaria básica de Ciudad de la Habana, 1995-1996. Rev Cubana Hig Epidemiol. [online]. Jan.-Apr. 2000, vol.38, no.1 [cited 27 September 2007], p.53-59. Available from World Wide Web:  
<[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S15-3003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15-3003).
3. Torres, Pilar, Walker, Dilys M., Gutierrez, Juan Pablo et al. Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/sida entre adolescentes escolarizados mexicanos. Salud pública Méx. [online]. 2006, vol. 48, no. 4 [citado 2007-10-04], pp. 308-316. Disponible en:  
<[http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-](http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-)
4. Jóvenes, principales víctimas de enfermedades de transmisión sexual, señala OMS  
<http://www.un.org/spanish/News/fullstorynews.asp?NewsID=13819>
5. Visconti, Ana. Infecciones de Transmision sexual. Arch. Gin. Obstet. [online]. 2005, vol.43, no.3 [citado 28 Septiembre 2007], p.107-107. Disponible en la World Wide Web:  
<<http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?scrrm=iso>>. ISSN
6. Guía de atención de las enfermedades de transmisión sexual.2000Disponible en:  
<http://www.medicosgeneralescolombianos.com/ETS.htm>



7. Infecciones de transmisión sexual ITS-VIH SIDA. Características generales. Disponible en: <http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=200406281>
8. ITSs síntomas y consecuencias Disponible en: <http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=20040628161707>
9. Pautas para la vigilancia de las infecciones de transmisión sexual. Disponible en: [http://www.ops.org.bo -isi 12604.pdf](http://www.ops.org.bo-isi%2012604.pdf)
10. Integración de servicios para las infecciones de transmisión sexual (ITS) en los programas de planificación familiar (PF) Disponible en: <http://www.maqweb.org/spanish/present/its.pdf>
11. OMS/FNUAP. Las prioridades de salud sexual y reproductiva reciben un espaldarazo al más alto nivel. Comunicado de prensa .2006.
12. FHI. Preservación de la fertilidad. Network 2004, Volumen 23, Número 2. Disponible en: [http://www.fhi.org/sp/RH/Pubs/Network/v23\\_2/index.htm](http://www.fhi.org/sp/RH/Pubs/Network/v23_2/index.htm)
13. OPS/OMS. Comunicado de prensa. Los condones protegen contra el cáncer del cuello uterino. Disponible en: <http://salud.ops.org.bo/servicios/?DB=B&S11=10131&SE=SN>
14. ONUSIDA Punto de vista: El SIDA y el personal militar. Colección practicas óptimas del ONUSIDA. Mayo de 1998. [http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub05/militarypv\\_es.pdf](http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub05/militarypv_es.pdf)
15. Boys in the picture.2000 Disponible en: <http://www.promundo.org.br/BoysinthePicture.pdf>
16. José L. Rodríguez, Begona Gros, Cristina Martínez, María José Rubio. Un software multimedia para la prevención del SIDA en adolescentes. 1999. Disponible en: <http://greav.net/portal/files/1999/SIDA.pdf>
17. <http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/sida.pdf>
18. <http://www.clinicadam.com/Salud/5/001345.html>



19. <http://www.cdc.gov/std/spanish/STDFact-Chlamydia-s.htm>

20. [www.youngwomenshealth.org/spchlamydia.html](http://www.youngwomenshealth.org/spchlamydia.html)



## ANEXOS

### Anexo 1

UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE MEDICINA  
“EVALUACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y  
PRÁCTICAS DE LOS ESTUDIANTES LA ESCUELA DE LENGUA,  
LITERATURA Y LENGUAJES AUDIO VISUALES, LICENCIATURA EN  
CIENCIA HUMANAS, MENCIÓN GESTIÓN Y DESARROLLO  
CULTURAL,.FRENTE A LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL  
(ITS) Y VIH/SIDA”  
Cuenca, 2008

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

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





SECCIÓN I

01 NUMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CUESTIONARIO

Fuente: .....  Fecha día  mes  año

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

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



P11	Si conociera a un amigo o (a) con una Infección de Transmisión Sexual. ¿A donde le recomendaría acudir para recibir atención?	A un hospital cercano 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> A su médico de familia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> A una farmacia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> A otro amigo o (a) para que le sugiera tratamiento 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Conversar con sus padres 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Otras 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Cuales _____
P12	Si un amigo o (a) tuviera una Infección de Transmisión Sexual; ¿Cuál sería su actitud?	Me alejaría de el o ella 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Le ayudaría a curarse 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Le diría que aprendió a hacer el amor 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Que es propio de la edad 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Le sugeriría visitar a su médico de familia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P13	¿Qué le aconsejaría a sus amigos para no infectarse con una Infección de Transmisión Sexual?	Tener conocimientos sobre las infección 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> No tener relaciones sexuales 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Fidelidad a su pareja 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Escoger bien la pareja 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Usar condón en todas las relaciones sexuales 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Tener relaciones sin penetración 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P14	¿Qué sugerencia le daría a un amigo(a) que le comunica que tiene relaciones sexuales con desconocidos o poco conocidos?	Protegerse con el uso del condón 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Lavarse los genitales después de concluida la relación sexual 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Visitar al médico buscando orientación 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> No tener relaciones sexuales con desconocidos 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P15	¿Ha tenido relaciones sexuales?	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P16	¿A que edad inició su vida sexual?	<input type="text"/> <input type="text"/> Años
P17	¿Con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses?	<input type="text"/> <input type="text"/> Personas
P18	Ha tenido durante su vida relaciones sexuales con :	Personas del mismo sexo 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Personas del sexo contrario 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Personas de ambos sexos 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P19	¿Qué tipo de conducta sexual utiliza durante sus relaciones sexuales?	Sexo oral 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Sexo anal 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Coito genital 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P20	¿Ha padecido de alguna Infección de Transmisión Sexual?	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Mencione cual o cuales _____
P21	¿Conversa con su pareja sobre estas infecciones?	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P22	¿Ha tenido relaciones sexuales en estado de embriaguez o bajo efectos de las drogas?	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P23	¿Utiliza condón en sus relaciones habituales con su pareja?	1. Siempre <input type="checkbox"/> 2. Ocasionalmente <input type="checkbox"/> 3. Nunca <input type="checkbox"/>
P24	Si no lo ha utilizado. ¿Por qué?	Disminuye la sensibilidad 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> No se utilizarlo 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Me da pena negociarlo con mi pareja 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Siento vergüenza al adquirirlo en la farmacia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Considero que mi pareja es estable 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>



P25	¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales con personas desconocidas o poco conocidas?	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P26	¿Ha utilizado el condón en relaciones fortuitas?	1. Siempre <input type="checkbox"/> 2. Ocasionalmente <input type="checkbox"/> 3. Nunca <input type="checkbox"/>



## Anexo 2

### SECCIÓN VI: 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 crea tener

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

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



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

### Clave de calificación:

#### Conocimientos

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

Conocimiento de las ITSs

Si reconoce:

Sífilis: 2 puntos

Gonorrea: 2 puntos

SIDA: 2 puntos

Condiloma: 1 punto

Trichomona: 1 punto

Clamidia: 1 punto

Herpes: 1

Otras relacionadas: 1 punto



**Pregunta 08.** Puntuación final 12 y -2

Conocimiento de las vías de transmisión de las ITSs

Si reconoce:

Contacto con penetración: 3 puntos

Materna: 3 puntos

Transfusión: 3 puntos

Otra con relación: 1 punto

Si reconoce:

Beso, sudor: -2 puntos

Contacto sexual sin penetración: 2 puntos

**Pregunta 09.** Puntuación final 10 y -2

Conocimiento de los síntomas y signos de las ITS

Si reconoce:

Secreción: 2 puntos

Dolor: 2 puntos

Verrugas: 2 puntos

Inflamación: 1 punto

Manchas: 1 punto

Otras relacionadas: 2 puntos

Otras no relacionadas: -2 puntos

**Pregunta 10.** Puntuación final entre 10 y -3

Conocimiento sobre curación de las ITS

Si reconoce:

Sífilis: 3 puntos

Trichomona: 2 puntos

Blenorragia: 3 puntos

Clamidia: 2 puntos

SIDA: -2 puntos

Condiloma: -1 punto

**Actitudes**



**Pregunta 11.** Puntuación final entre 10 y menos 3

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

Si reconoce:

Médico Familia: 3 puntos

Hospital: 3 puntos

Conversar padres: 3 puntos

Otros relacionados: 1 punto

Si reconoce:

Farmacia: -1 punto

Otro amigo: -1 punto

Otros no relacionados: -1 punto

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

Actitud ante un amigo con una ITS

Si reconoce:

Acudir a médico de familia: 6 puntos

Ayudar a curarse: 4 puntos

Aleja: -2 puntos

Aprender a hacer el amor: -2 puntos

Propio de la edad: -2 puntos

**Pregunta 13.** Puntuación final entre 10 y menos 1 punto

Recomendación a un amigos para no infectarse con una ITS

Si reconoce:

Uso del condón: 3 puntos

Fidelidad a la pareja: 3 puntos

Contacto sin penetración: 2 puntos

Conocimiento: 1 punto

Escoger bien: 1 punto

No relación: -1 punto



**Pregunta 14.** Puntuación final entre 10 y cero

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

Si reconoce:

Protegerse condón: 3 puntos

No relación con desconocidos: 3 puntos

Lavarse genitales: 2 puntos

Visitar al médico: 2 puntos

**Prácticas**

**Pregunta 15 y 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

**Carta de Consentimiento Informado para la participación en:  
EVALUACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y  
PRÁCTICAS DE LOS ESTUDIANTES DE LAS ESPECIALIDADES DE  
LENGUA, LITERATURA Y LENGUAJES AUDIOVISUALES Y  
LICENCIATURA EN CIENCIAS HUMANAS, MENCION, GESTION Y  
DESARROLLO CULTURAL, FRENTE A LAS INFECCIONES DE  
TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y VIH/SIDA**

Cuenca, a \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_, del 2009.

Señor Estudiante.

Nos proponemos realizar una investigación sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS), la misma que es importante para poder conocer lo que saben los jóvenes sobre estas infecciones y así poder prevenirlas para proteger a la comunidad. Esta investigación no conlleva ningún riesgo para la salud física y mental ni tiene costo alguno.

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

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

Por medio de la presente acepto participar en el estudio.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

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

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



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

---

Nombre y firma del Entrevistado

---

Nombre y firma del Investigador

#### Anexo 4

### Programa para intervención educativa

## INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS).

### Objetivos.

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

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

1.1 Sexualidad Sana. Valores humanos.

1.2 Anatomía

1.3 Infecciones de Transmisión sexual



#### 1.4 Uso correcto del preservativo

### **2. Actividades.**

#### **Actividad 1: Errores que se cometen.**

##### **Objetivo**

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

##### **Método**

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

##### **Procedimiento**

Un portavoz de cada grupo narra la historia:

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

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

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

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



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

### **Materiales**

Fotocopias de la historia

1 hora

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

#### **Objetivo**

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

#### **Método**

Análisis de la historia.

#### **Procedimiento:**

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

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

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



terminando las vacaciones Dani le dijo que era el final. Tenía otros planes de vuelta al universidad.

Carolina volvió a casa confusa, se sentía culpable e incapaz de contar a Javi su veraniega historia. Pasados unos días Dani la llamó para decirle que tenía verrugas en el pene y que era importante que visitara a su médico. Se asustó mucho y espero unas semanas, durante las cuales se exploraba obsesivamente. No ocurrió nada y pensó que afortunadamente no se había contagiado.

Mientras, había reiniciado su relación con Javi. Decidieron que era el momento de tener relaciones coitales. Carolina insistió mucho en que debían utilizar preservativo, a lo que Javi se negó, argumentando que los preservativos eran para gente con múltiples relaciones y que ese no era su caso. Además Carolina utilizaba anticonceptivos orales por trastornos de la regla, así que estaba garantizado que no se quedaría embarazada.

Intentó hablar con su madre. Le dijo que una compañera suya podría tener una infección de transmisión sexual. Su madre, antes de que terminara, ya estaba descalificando a su compañera sugiriendo que eso le ocurría por tener relaciones con uno y con otro. Carolina no insistió.

Lo comentó con dos de sus mejores amigas pero a pesar de querer ayudarla desconocían cómo.

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

**Grado de responsabilidad:**

**1** ninguna responsabilidad; **2** algo de responsabilidad; **3** mucha responsabilidad

Carolina----- 1 2 3

Dani----- 1 2 3

Javi----- 1 2 3



Madre----- 1 2 3

Amigas----- 1 2 3

Profesor----- 1 2 3

## **Materiales**

Fotocopias de la historia.

## **Pasos para el uso correcto del preservativo**

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

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



Sociodrama: 1 hora

TOTAL INTERVENCIÓN: 6 horas

## Anexo 5

### MANUAL

#### “LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL”

##### Objetivos

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

##### Introducción

La OMS, definió la SEXUALIDAD SANA como “La aptitud para disfrutar de la actividad sexual y reproductiva, amoldándose a criterios de ética social y personal. La ausencia de temores, de sentimientos de vergüenza, de culpabilidad, de creencias infundadas y de otros factores psicológicos que inhiban la reactividad sexual o perturben las relaciones sexuales”.

Supone la integración de elementos corporales, emocionales, intelectuales y sociales del individuo, por medios que le sean enriquecedores y que potencien su personalidad, su comunicación con los otros y el amor.

Se trata de un conjunto de manifestaciones psíquicas y físicas del ser humano, entendido como un ser indivisible BIO-PSICO-SOCIAL, en constante





transformación, y en estrecha relación con la madurez orgánica y las condiciones socioculturales en las que se desenvuelve.

**Una sexualidad sana, implica:** La valoración positiva y aceptación del propio cuerpo, lo que contribuye a mejorar nuestra autoestima y nuestras relaciones interpersonales.

Una concepción desinhibida, afectuosa y lúdica de la sexualidad, sabiendo que todos somos diferentes, y siendo capaces de expresar nuestros deseos y respetar los de los demás.

Un conocimiento completo de uso de la sexualidad, en su parte tanto reproductiva como de dar y recibir placer.



## Anatomía genital

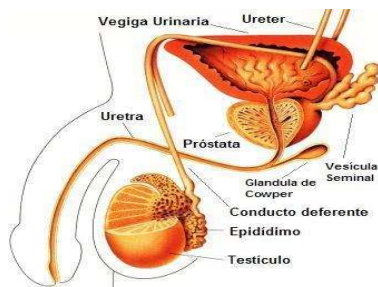
### Anatomía genital masculina

La anatomía genital masculina, a diferencia de la femenina, es básicamente externa.

**Pene:** Es el órgano usado para la cópula y para la micción. Está formado por dos cuerpos cavernosos laterales y el cuerpo esponjoso, que es central y a través de él pasa la uretra. Estas tres estructuras son las que al llenarse de sangre durante la excitación producen la erección.

La parte anterior del pene se llama glande y la piel que lo recubre se llama prepucio. Esta piel es la que se corta cuando se hace la circuncisión.





**Escroto:** Es el saco de piel, donde anidan los testículos

En el interior de la pelvis del hombre están las vesículas seminales. Estas, durante la salida de los espermatozoides, aportan un líquido que, junto a los espermatozoides y el líquido de la próstata, forman el semen. Las vías espermáticas, son las vías de excreción de los espermatozoides que conectan los testículos con el pene. Estos conductos son, conductos eferentes, epidídimo y conductos deferentes que desembocan dentro de la pelvis en el conducto eyaculador que desemboca en la uretra antes de que pase por la próstata.

También son importantes, en todo el proceso, las glándulas de Cowper o de Mery-Cowper. Excretan un líquido que sirve para limpiar la uretra antes de la eyaculación ya que el ph de la orina es perjudicial para los espermatozoides. La principal hormona masculina es la testosterona.

## Anatomía genital Femenina

En la anatomía genital femenina se diferencian los genitales externos y los internos.





### ***Genitales externos***

**La vulva**, formada por:

En la parte anterior, el Monte de Venus, es un acumulo adiposo situado sobre el hueso del pubis y esta cubierto de vello.

Los labios mayores, son 2 grandes pliegues de piel que delimitan la hendidura vulvar. Tienen mayor pigmentación de la piel y están recubiertos de vello.

Los labios menores, están situados dentro de los labios mayores, formados por piel que se asemejan a una mucosa. No tienen vello y sí glándulas sebáceas para mantener la humedad dentro de la vulva. Su extremidad anterior se desdobra en dos pliegues que rodean al clítoris y forman por encima de este órgano un capuchón que lo protege.

El clítoris es un órgano muy vascularizado con capacidad para la erección y su estimulación produce sensaciones de intenso placer.

El Vestíbulo, es la zona delimitada por los labios menores, donde desembocan la uretra y la vagina. A ambos lados de la vagina están los conductos por donde desembocan las glándulas de Bartholino.

Alrededor del meato urinario se encuentra la desembocadura de diversas glándulas uretrales, las más importantes son las de Skenen.

La desembocadura de la vagina hacia el exterior esta delimitada por un pliegue que la estrecha y que se llama himen.

### ***Genitales Internos***

**La vagina.-** Es un conducto cilíndrico que va desde la vulva hasta el cuello del útero, esta cubierta por mucosa y formada por músculos. La zona más sensible de la vagina esta localizada en el tercio anterior de esta. La mayor parte del tiempo es una cavidad virtual con una gran elasticidad, es capaz de albergar desde un dedo, un pene, un espejulo o la cabeza y el cuerpo de un recién nacido durante el parto. También permite la salida de la sangre durante la menstruación.

**El útero.-** Es un órgano muscular hueco, situado sobre la vejiga urinaria y el recto. La cavidad uterina esta recubierta del endometrio que es un tejido

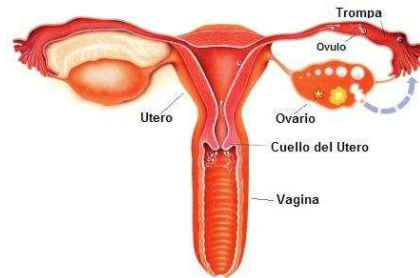


especial que permite el anidamiento del embrión, cuando se ha producido la fecundación del óvulo. En el útero se recibe al óvulo fecundado. El porvenir del embrión en desarrollo va a depender de la adecuada maduración del endometrio y de la capacidad de crecimiento del útero.

La parte inferior del útero se llama cérvix o cuello del útero. Este se comunica con la vagina y el cuerpo del útero a través del canal cervical que esta revestido de glándulas a las que se llaman criptas endocervicales. Estas glándulas producen moco cervical bajo la influencia de los estrógenos. Los espermatozoides dependen del moco cervical para su supervivencia y su transporte dentro del útero.

En los ovarios se contiene la dotación de ovocitos que van a madurar a lo largo del ciclo fértil de la vida de las mujeres. El óvulo es la célula reproductora de la mujer.

Las trompas de Falopio son formaciones tubáricas que comunican los ovarios con el útero.



Las principales hormonas femeninas son los estrógenos y la progesterona.

## **Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).**

### ***Introducción.***

Cuando preguntamos a los jóvenes por las infecciones de transmisión sexual sus conocimientos, normalmente, abarcan el SIDA y en algunos casos la sífilis y la gonorrea pero desconocen muchas otras producidas por múltiples gérmenes.

Hay ITS cuya transmisión se produce por contacto sexual con una persona infectada, como la gonorrea, herpes genital, chlamydias, etc.... Otras tienen diferentes vías de transmisión, como el VIH/ SIDA y las hepatitis víricas, que se transmiten a través de la sangre, semen y flujo vaginal.

Además existen infecciones como la sarna y la pediculosis del pubis (ladillas), que pueden ser adquiridas también, además del contacto directo, por contacto con ropas u objetos contaminados.



### ***¿Qué son las ITS?***

Son infecciones cuya transmisión se realiza, fundamentalmente, a través de las relaciones sexuales (orales, vaginales o anales) mantenidas con una persona infectada o enferma.



Los gérmenes causantes de las ITS tienen muy poca resistencia al medio ambiente exterior, muriendo rápidamente en contacto con el mismo (con excepción de los ácaros de la sarna y las ladillas).

La creencia de que este tipo de enfermedades se transmiten por baños públicos, piscinas, etc. es errónea.

### **¿Son muy frecuentes?**

Las ITS han aumentado considerablemente. Las razones son entre otras: un comienzo más precoz de las relaciones sexuales, el turismo y mayor movilidad geográfica, la escasa información y formación sexual, la carencia de centros especializados etc. Sin embargo, no se conocen las cifras exactas ya que, por un lado no todos los casos se declaran, debido a que muchas personas se automedican sin acudir al médico, se tratan por los consejos de un amigo, un farmacéutico o sanitarios no médicos y, por otro, muchas de estas infecciones no son de declaración obligatoria, como las infecciones de origen vírico (verrugas genitales o herpes genital) que precisamente son las que más han aumentado en los últimos años.

Algunos autores sugieren que las cifras oficiales de que disponemos sean multiplicadas, en algunos casos por 10 y en otros por 30, dependiendo del rigor de la declaración, para estimar el alcance de las ITS.

### **Complicaciones**

Al principio estas infecciones, tratándolas de forma adecuada, curan fácil y rápidamente. Sin embargo, si se les deja evolucionar sin control, pueden producir consecuencias muy graves tales como esterilidad, cáncer, lesiones cardíacas, enfermedades del sistema nervioso, abortos, malformaciones fetales, etc.



## Inmunidad

A diferencia de otras enfermedades infecciosas (como el sarampión, la rubeola, la varicela, etc. que se padecen una vez en la vida), la mayoría de las ITS se pueden adquirir tantas veces como se tenga contacto sexual con personas infectadas. El motivo es que estas enfermedades, en su gran mayoría, no crean defensas.

### **¿Cómo se manifiestan las ITS?**

Las manifestaciones clínicas de estas enfermedades son muy variables. En general los signos de presentación más frecuentes son:

- Supuración uretral
- Flujo vaginal
- Ulceras genitales
- Condilomas o verrugas genitales
- Inflamación del glande (balanitis)

**Otros síntomas.-** En ocasiones pueden presentarse al principio otros síntomas, como manchas en la piel, molestias al orinar, dolores en las articulaciones o supuración por el recto.

**Complicaciones.-** También es posible que se manifiesten directamente por sus complicaciones, como dolor abdominal bajo, dolores en los testículos etc.

**Sin sintomatología.-** Por último pueden cursar sin sintomatología al principio de la infección o bien pasar desapercibida, como en las hepatitis víricas o el VIH.

**Supuración uretral.-** Es la queja más común de los varones con una infección de transmisión sexual, y puede estar producida por varios gérmenes, siendo los más comunes los *gonococos*, las *chlamydias* o el *ureaplasma* y, según cual sea el causante de la infección, variará la sintomatología.



La uretritis por *gonococos* tendrá un período de incubación más corto. Aparecerá una secreción abundante purulenta dos ó tres días después de haber tenido el contacto.



La uretritis producida por *chlamydias* o por el *ureaplasma* producirá una secreción blanca o mucosa de una a tres semanas después del contacto.

En general el paciente con una uretritis se queja de que le sale pus por el pene y tiene molestias al orinar.

**Diagnóstico:** Se hace una toma de la supuración y se analiza con el fin de instaurar el tratamiento específico, según sea el germen que la está produciendo.

**Tratamiento:** Si se ha hecho un diagnóstico precoz y correcto y se ha llevado bien el tratamiento, la mayoría de los casos curan sin secuelas.

**Complicaciones:** Si la enfermedad no se trata, o se trata mal, pueden surgir graves complicaciones tales como:

- Esterilidad, por estrechamiento de la uretra.
- Inflamación de la próstata, de las vesículas seminales, testículos, de la vejiga... etc.

La aparición de supuración por la uretra puede ser indicativa de Infección de Transmisión Sexual.





**Flujo vaginal.-** El flujo vaginal que aparece cuando hay una ITS es de color, olor y cantidad anormal.

Puede estar producido, como la secreción uretral, por varios gérmenes: como el *gonococo*, las *chlamydias*, las *trichomonas*, las *cándidas* (hongos) o la *gardnerella vaginalis*, entre otros. Todos estos gérmenes producen flujo, pero variarán sus características según sea uno u otro el causante de la infección.

Los *gonococos* y las *chlamydias* dan lugar a un flujo similar, amarillo o verdoso con molestias al orinar. Aunque en ocasiones estas últimas pueden ser asintomáticas.

Las *trichomonas* causan un flujo espumoso, amarillento y de mal olor que se acompaña de intenso picor.



En las *candidiasis* (hongos) el flujo es blanco y espeso (leche cortada), también acompañado de intenso picor.

En general la mujer con flujo causado por una ITS se quejará de manchas en su ropa interior, flujo, picazón, molestias al orinar, enrojecimiento o hinchazón de la vulva y dolor abdominal bajo.



**Diagnóstico:** Debe hacerse una toma del flujo y analizarlo para detectar qué germen lo está produciendo.

**Tratamiento:** Tras un diagnóstico precoz y correcto el tratamiento es sencillo y la curación es sin secuelas. Siempre deberá hacerse un control de curación analítico post tratamiento.

**Complicaciones:** Cuando las infecciones por *gonococos* y *chlamydias* se dejan evolucionar sin tratamiento, pueden producir una enfermedad inflamatoria pélvica, esterilidad, embarazos ectópicos (extrauterinos), infecciones en las trompas de Falopio, ovarios...etc.

Los hijos recién nacidos de las mujeres infectadas, al pasar por el canal del parto pueden infectarse y padecer una ceguera. En la actualidad se previene esta enfermedad administrando tratamiento a todos los recién nacidos.

Un flujo de color, olor, y cantidad anormal puede ser indicativo de Infección de Transmisión Sexual

A veces el primer síntoma de una ITS es la enfermedad inflamatoria pélvica, que debuta con dolor abdominal bajo y que puede terminar en una peritonitis. El motivo de esto es que la infección, localizada en un principio en la vagina, puede extenderse por vía ascendente y afectar al cuello del útero, las trompas de Falopio y al peritoneo.

La enfermedad inflamatoria pélvica deja como secuelas dolor pélvico crónico, esterilidad y un mayor riesgo de embarazos ectópicos (extrauterinos).

**Úlceras.-** Casi siempre, pasada una semana del contacto sexual infectante y no más de cuatro, aparece en genitales una o varias úlceras (llagas) que puede ser dolorosa o no y que en algunos casos se acompaña de ganglios en la ingle. Las causas de estas úlceras son gérmenes de distintos tipos.



Cuando las heridas son duras e indoloras a menudo es una **Sífilis**.

Si son dolorosas y sangrantes frecuentemente será un **Chancro blando**.



La presencia de lesiones vesiculares, como bolsistas de agua que posteriormente se rompen dejando erosiones en la piel, indicará que se trata de un **Herpes genital**. En este caso, las lesiones desaparecerán tras el tratamiento y podrán volver a aparecer sin necesidad de un nuevo contacto sexual. Es pues una infección recidivante (que repite).

Los varones se quejarán de la aparición de una o varias úlceras en el pene o en los testículos. En las mujeres las lesiones pasan desapercibidas en ocasiones, debido a que pueden aparecer en el interior de la vagina, no dando molestias en muchos de los casos. Estas lesiones aparecen también en la boca, después de las relaciones sexuales oro-genitales.

**Diagnóstico y Tratamiento.**- El examen médico, junto con el análisis de sangre y una toma de la secreción de la úlcera, permitirán un diagnóstico correcto.

Como en la mayoría de las ITS, el diagnóstico y el tratamiento precoz, con el consiguiente control de curación, terminarán con la infección sin secuelas.

En el caso del herpes genital no habrá un tratamiento curativo, pero sí se podrá disminuir la aparición de nuevos brotes y aliviar la sintomatología. Así mismo, la



mujer deberá hacerse una citología anual para controlar una posible degeneración de las células del cuello de útero.

En la sífilis durante los primeros meses de embarazo, si se detecta la infección y se instaura el tratamiento es posible la curación de la madre y el feto.

**Complicaciones.-** Las úlceras de sífilis, si el paciente no acude al médico, desaparecen sin tratamiento, pero no han curado. El germen pasa a la sangre y la infección continúa dando graves complicaciones, infectando seriamente al corazón, cerebro y médula espinal. Además, la mujer gestante con sífilis puede transmitirla al feto a través de la placenta, produciendo abortos, muerte intraútero, afecciones óseas, oculares, nerviosas, etc.

En ocasiones la úlcera puede desaparecer sin tratamiento, pero la enfermedad no se ha curado y continúa su evolución.

El herpes genital puede dar complicaciones. Hay un aumento de la aparición del cáncer de cuello de útero en las pacientes que lo han padecido.

**Balanitis.-** Es la inflamación del glande. El paciente con una balanitis se queja de hinchazón, punteado rojizo, secreción superficial (que no viene de la uretra) y picazón en el glande y prepucio.



Raras veces es una infección grave y, en la mayoría de los casos, es consecuencia de un contacto sexual con una persona que no muestra señales



de infección pero que puede tener una candidiasis (Hongo) o flujo vaginal patológico.

**Diagnóstico y Tratamiento.**- El diagnóstico se hará tras un examen médico y estudio microbiológico

El tratamiento se hará en función del germen que lo produzca.

### **Condilomas o verrugas**

Los condilomas o verrugas genitales se manifiestan como protuberancias del color de la piel, con una superficie parecida a la de una coliflor, en los genitales o alrededor del ano. En ocasiones se localizan dentro de la boca, como resultado de un contacto orogenital



Están producidas por el virus HPV (Virus del papiloma humano). Una parte importante de estas infecciones aparecen sin síntomas y tanto la mujer como el hombre pueden ser portadores y vehículos de las mismas.

Esa infección cuando aparece en el cuello del útero puede malignizarse y producir cáncer del cuello del útero.

Es una de las infecciones de transmisión sexual más comunes en la mayoría de los países en la actualidad.



Aunque el diagnóstico de estas lesiones es relativamente fácil cuando aparecen las lesiones, la posible presencia de infección por HPV hace necesario un exhaustivo estudio del cuello del útero, vagina, vulva, uretra, perineo y ano. Siendo recomendable el estudio de la pareja o parejas sexuales por el especialista.

### ***Otras I.T.S que no siempre son por contacto sexual***

**Pediculosis pubis.-** La infestación por el piojo púbico (ladillas) es a menudo por contacto sexual, pasando los piojos del vello púbico de una persona al vello púbico o cercano de su pareja, aunque también puede ser adquirida a través de objetos contaminados: ropa de cama, ropa interior, toallas, etc.

El piojo pone sus huevos en el vello púbico, pudiendo extenderse hacia el vello del pecho y las axilas.

El síntoma más común es la picazón.

El diagnóstico generalmente es fácil y cura con un tratamiento adecuado. No suele haber complicaciones.

**Sarna.-** La sarna es una enfermedad contagiosa común causada por el ácaro parasitario *Sarcoptes Scabiei*. El contacto sexual es la forma más común de transmisión, aunque también puede adquirirse a través de objetos contaminados (ropa de cama, ropa interior, etc.).

El síntoma más común es la picazón, que empeora por la noche con el calor de la cama. Las lesiones suelen aparecer en pene, escroto, mamas, parte interna de los muslos, vulva, codos, muñecas y entre los dedos.

Una vez diagnosticado, el tratamiento es sencillo y cura sin complicaciones.



**Hepatitis víricas.-** Es la inflamación del hígado causada por una infección vírica.

Casi todos los virus capaces de producir hepatitis pueden ser transmitidos por contacto sexual, sobre todo en las relaciones oro-anales. Sin embargo existen otras vías de transmisión: la vía sanguínea (intercambio de jeringuillas, inoculación accidental de material contaminado en medio sanitario) y la vía vertical (paso del virus de la madre al feto).

La mayoría de las veces la infección aguda (hepatitis vírica) cursa sin sintomatología, aumentando el riesgo de la transmisión a otra persona.

La sintomatología que aparece es malestar general, anorexia, vómitos, náuseas y mialgias. Pero en la mayoría de las ocasiones la infección aguda cursa sin sintomatología, siendo entonces mayor el riesgo de transmitir el virus de la hepatitis. La evolución de la enfermedad puede ser hacia la curación o hacia la cronificación, produciendo entonces hepatitis crónica, cirrosis hepática o carcinoma de hígado. Los portadores crónicos de hepatitis son la fuente de infección más importante de esta enfermedad.

También, la hepatitis puede evolucionar hacia una Hepatitis Fulminante que conduce al fallecimiento del paciente de forma rápida.

**Diagnóstico.-** Se realiza a través de un análisis específico de sangre.

**Tratamiento.-** No se dispone de tratamiento específico curativo por el momento.

## SIDA

El SIDA es una manifestación tardía de la infección por el virus VIH. Puede ser adquirido por contacto sexual, por la sangre, (intercambio de jeringuillas en usuarios a drogas por vía parenteral), o bien de la madre seropositiva al feto.



Se denomina infección VIH cuando el virus está en el organismo, una persona infectada puede permanecer durante varios años sin que presente síntomas de la enfermedad, es decir sin que tenga SIDA, por lo tanto una persona infectada con el VIH puede estar aparentemente sana. Los síntomas del SIDA son la consecuencia de la baja de defensas y estos dependen del órgano afectado o de la infección que presente por ejemplo si tiene tos persistente por largo tiempo puede ser señal de tuberculosis, o si se inflaman los ganglios puede ser por infecciones o enfermedades malignas como el linfoma. Algunos pacientes con SIDA presentan manchas de color violáceo en la piel, otros pacientes presentarán infecciones graves por hongos; la mayoría de las personas presentan disminución de peso, siendo esta baja de peso y diarrea síntomas importantes de la enfermedad.

Una persona que tiene cualquiera de las infecciones de transmisión sexual puede infectarse con mayor posibilidad del virus del SIDA que una persona que no las tiene.

### ¿Qué hacer para evitar las infecciones de transmisión sexual?

Para evitar contraer infecciones que se transmiten por vía sexual existen tres caminos:

1. Abstinencia
  2. Tener relaciones con una sola pareja que le sea fiel
  3. Uso del preservativo
- **Preservativo masculino:** es una funda de goma sintética (látex) fina y elástica, que se debe de colocar sobre el pene erecto antes del inicio de la penetración. Después de la eyaculación se debe retirar el pene de la vagina cuando todavía está erecto, para evitar que el preservativo no quede en el interior de la vagina o ano. Su efectividad aumenta si se usa con productos espermicidas. Este método protege de ITS y SIDA.





- **Inconvenientes:** se deben colocar antes de la relación sexual. Algunos hombres refieren pérdida de sensibilidad. Los condones que tienen sustancias espermicidas pueden provocar irritación.
  - Debe fijarse en la fecha de caducidad, mantener en lugares frescos.
  - Cuidar que no se rompa.
  - Debe utilizarse un preservativo por cada penetración.
- **Preservativo femenino:** es una funda de goma sintética (poliuretano), que la mujer debe introducir en la vagina, colocando el anillo flexible sobre el cuello del útero y dejando el anillo rígido en el exterior. Se debe de colocar antes de la penetración y retirar al acabar la misma. Este método protege de ITS y VIH/SIDA.
    - **Inconvenientes:** su elevado precio. Exige un entrenamiento previo para colocarlo bien.

### ***¿Qué hacer ante la sospecha de tener una ITS?***

- Acudir a un centro de Salud.
- Nunca automedicarse, ni seguir los consejos terapéuticos de un amigo, empleado de la farmacia, etc.
- Nunca creer que estamos curados porque desaparecen los síntomas sin habernos tratado.
- Ayudar a la localización de los contactos sexuales