



RESUMEN

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

Materiales y método. Con un diseño cuasi experimental se incluyeron 75 estudiantes a quienes se realizó una entrevista autoaplicada para medir conocimientos, actitudes y prácticas sobre infecciones de transmisión sexual. Se realizó una intervención educativa y se midió las modificaciones obtenidas en las tres áreas después de la intervención.

Resultados. La muestra estuvo representada por 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% 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 mujer materna como vía de transmisión, signos y síntomas de las ITS y tratamiento de la clamidiasis ($P < 0,05$).

En actitudes se encontró incremento 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, además en relaciones sexuales con desconocidos, uso del preservativo y evitar relaciones indebidas ($P = 0,0001$).

En prácticas hubo disminución de preferencias homosexuales y mantener relaciones con desconocidos. Hubo un aumento del 4% en el uso del preservativo en las relaciones fortuitas.

En la estimación de la autoeficacia 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

AUTORES:

María Belén Cabrera A.
Mayra Beltrán P.
Cristina Fernández



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

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

Conclusiones. 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 modificables

Descriptor DeCs. Infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, autoeficacia, preservativo.

PALABRAS CLAVES:

Infección, Transmisión sexual, SIDA, Gonorrea, Condilomas

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.
Mayra Beltrán P.
Cristina Fernández



SUMMARY

Objective. Evaluate and modify knowledge, attitudes and practices of second year of Law School of Cuenca University who have the academic year 2008-2009; students of sexually transmitted infections and HIV/AIDS, after making an educational intervention.

Materials and method. Design cuasiexperimental included 75 students who made an autoaplicada interview to measure knowledge, attitudes and practices on sexually transmitted infections. Was an educational intervention and measured modifications obtained in three areas after the intervention.

Results. The sample was represented by student with an average age of 20.1 ± 2.9 years 50.7% of males and 94.7% of single between a minimum of 18 and a maximum of 43. Profess Catholicism 81.3% and reside in the urban area the 90.7%.

The age of 16% of the group sex life home was between 13 and 20 years of age, these 33.3% between 13 and 16 years and 66.6 per cent between 17 and 20 years. 84% (N = 36) replied that he had not had their first sexual relationship.

After significant increase was recorded in knowledge about maternal women as a means of transmission, signs and symptoms of STIs and treatment of the clamidiasis and clamidiasis, condiloma, trichomoniasis ($P < 0.05$).

Attitudes found increase recommendation to go to the hospital ($P = 0.007$), doctor ($P = 0.001$) or parents ($P = 0.030$) If you get an STI in sex with strangers, condom use and avoid undue relations ($P = 0.0001$).

In practice there were homosexual preferences decrease and maintain relations with strangers. There was a 4% increase in condom use in fortuitous relations.

In the estimation of the comparison self intergroup and intra-group shows a significant increase in security to use condoms, maintain fidelity and talk with parents about sexuality ($P = 0.031$). Security avoid sex in relation to the use of drugs increase was not significant.

Conclusions. Studies have significant knowledge but little significant increases in attitudes and practices. It seems that the University population certain

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.
Mayra Beltrán P.
Cristina Fernández



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

behaviours are already established and would have much to do with the cultural aspect therefore are little modifiable

Key words. Sexual transmission disease, HIV/AIDS, self-efficacy, condom.

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.
Mayra Beltrán P.
Cristina Fernández



Contenido

CAPÍTULO I.....	12
1.1. INTRODUCCIÓN	12
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.3. JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS.....	18
CAPÍTULO II.....	20
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	20
2.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	20
2.2. GENERALIDADES	21
2.3. ESTADÍSTICAS SOBRE LAS ITS Y ESTUDIOS DE REFERENCIA:	22
2.4. FACTORES DE RIESGO	25
2.5. ITS EN JOVENES	27
2.5.1. EDUCACION SEXUAL EN JOVENES.....	27
2.6. COMPLICACIONES Y SECUELAS MÁS FRECUENTES DE LAS ITS	29
2.7. PREVENCIÓN	30
2. 8. VIH/SIDA (16)	32
2. 9. LAS TEORÍAS DEL APRENDIZAJE	39
2. 10 TEORÍA SOCIAL COGNITIVA DE ALBERT BANDURA:	41
2.11 Modelo de Reducción de Riesgo al SIDA	42
2.12 AUTORREGULACIÓN	43
2.13. EL CONSTRUCTO DE LA AUTOEFICACIA	46
2.14 TEORÍA DE VIGOTSKY	47
2.15. CALIDAD DE INTERVENCIÓN PARA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA	49
2. 16. LAS ENCUESTAS CAPs.....	51
CAPÍTULO III.....	53

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



3. HIPOTESIS Y OBJETIVOS	53
3.1. HIPÓTESIS.....	53
3.2. OBJETIVOS.....	53
CAPÍTULO IV	55
4. METODOLOGIA	55
4.1. TIPO DE ESTUDIO	55
4.2. ÁREA DE ESTUDIO.....	55
4.3. UNIVERSO	55
4.4. TAMAÑO DE LA MUESTRA	55
4.5. RELACIÓN EMPÍRICA DE LAS VARIABLES.....	56
4.6. MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	57
4.7. DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	57
4.6.1.1. Validación del primer instrumento:.....	57
4.7. DESCRIPCIÓN DEL CUESTIONARIO (ANEXO 1).....	58
4.8. INTERVENCIÓN EDUCATIVA:.....	62
4.9. RECOLECCIÓN DE DATOS:.....	63
4.10. PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ETICOS	63
4.11. PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	63
CAPÍTULO V	65
5. RESULTADOS.....	65
5.1. CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO	65
5.2. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	65
5.2. CONOCIMIENTOS SOBRE ITS Y VIH/SIDA.....	68
5.3. ACTITUDES FRENTE A LAS ITS/VIH-SIDA	72
5.4. PRÁCTICAS SOBRE ITS/VIH-SIDA.....	76
5.5. AUTOEFICACIA PARA PREVENIR EL SIDA.....	81
CAPÍTULO VI	88
6. DISCUSIÓN	88
CAPÍTULO VII	97
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	97
7.1. CONCLUSIONES	97

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	100
ANEXOS.....	104

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.
Mayra Beltrán P.
Cristina Fernández



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

EVALUACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS ESTUDIANTES DE SEGUNDO AÑO DE LA ESCUELA DE DERECHO, DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, ACERCA DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH/SIDA

Tesis previa a la obtención del título de Médico.

AUTORAS:

**María Belén Cabrera A.
Mayra Beltrán P.
Cristina Fernández**

DIRECTORA Y ASESORA:

Dra. Eulalia Freire

CUENCA, ECUADOR

2010

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.
Mayra Beltrán P.
Cristina Fernández



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

AGRADECIMIENTO

A TODAS AQUELLAS PERSONAS QUE
COLABORARON PARA LA REALIZACIÓN DE ESTA
TESIS, LOS ESTUDIANTES OBJETO DE NUESTRO
ESTUDIO.

A LAS AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE
JURISPRUDENCIA EN LA PERSONA DE SU DECANO
DR. JORGE MORALES QUIENES GENEROSAMENTE
PERMITIERON SU DESARROLLO.

A LOS DOCENTES DE LA ESCUELA DE MEDICINA,
QUE CONTRIBUYERON CON SUS BASES Y
CONOCIMIENTOS EN NUESTROS AÑOS DE ESTUDIO.

A NUESTROS FAMILIARES QUE CAMINAN JUNTO A
NOSOTRAS Y NOS APOYAN INCONDICIONALMENTE
PARA LA SUPERACIÓN ACADÉMICA.

Y DE MANERA MUY ESPECIAL, A LA DRA. EULALIA
FREIRE DIRECTORA Y ASESORA DE LA TESIS, POR
SU SACRIFICADA LABOR POR EL DESARROLLO DE
LA CIENCIA INVESTIGATIVA Y SU APOYO
INCONDICIONAL DURANTE TODO NUESTRO
PROCESO DE INVESTIGACIÓN.

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.
Mayra Beltrán P.
Cristina Fernández



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

DEDICATORIA

DEDICAMOS NUESTRA TESIS A TODOS LOS
JOVENES QUE CREEN QUE EL MUNDO PUEDE
MEJORAR, CON EL CAMBIO DE MENTALIDAD,
DIRIGIDA AL RESPETO Y AMOR A LA TIERRA Y AL
HOMBRE.

A LOS ALTRUISTAS DE TODO EL PLANETA,
DEDICADOS A DISMINUIR LOS INDICES DE
MORTALIDAD POR VIH-SIDA, CON SU ARMA
FUNDAMENTAL, LA PREVENCIÓN.

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.
Mayra Beltrán P.
Cristina Fernández



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

RESPONSABILIDAD

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

María Belén Cabrera

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.
Mayra Beltrán P.
Cristina Fernández



**EVALUACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS
ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS ESTUDIANTES DE SEGUNDO AÑO
DE LA ESCUELA DE DERECHO, DE LA UNIVERDIDAD DE CUENCA;
ACERCA DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y
VIH/SIDA**

CAPÍTULO I

1.1. INTRODUCCIÓN

Las Infecciones de transmisión sexual (ITS), antiguamente conocidas como enfermedades venéreas, son enfermedades infecciosas, transmitidas a través de relaciones sexuales sin protección.

Las infecciones de transmisión sexual son un problema de salud pública, de gran importancia en la mayoría de los países del mundo. La incidencia de las ITS agudas, es alta. Según la OMS, unos 685 mil hombres y mujeres, contraen ITS, cada día. En América se estima que unos 40-50 millones de hombres y mujeres contraen la enfermedad de transmisión sexual cada año. El VIH/Sida continúa siendo la pandemia más devastadora, sigue siendo imparable y no hay ninguna otra enfermedad cuyo impacto social y económico sea comparable. En el 2007, se registraron 2,7 millones de nuevos casos de infección por el VIH y 2 millones de fallecimientos relacionados con el Sida, siendo más de 33 millones de personas, las que actualmente viven con VIH/sida en todo el mundo y el número de nuevas infecciones sigue creciendo año tras año, sin que la respuesta internacional esté a la altura y sin que se alcancen la mayoría de los compromisos internacionales adquiridos (1).

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.
Mayra Beltrán P.
Cristina Fernández



Las infecciones de transmisión sexual afectan a hombres y mujeres de todos los niveles económicos y sociales. Pero la mujer es el sexo más gravemente afectado, es mucho más vulnerable biológicamente, culturalmente y socioeconómicamente (1).

Con el paso del tiempo el contagio de enfermedades de transmisión sexual sigue aumentando en forma alarmante ante el asombro de todos, siendo consideradas por muchos como la plaga del siglo XXI. Las conductas promiscuas, el incremento de la actividad sexual de los adolescentes, las características de sus prácticas sexuales, así como la falta de educación sexual, desconocimiento de las I.T.S. y sus mecanismos de transmisión, son algunos de los factores que se vinculan con este ascenso (1).

Tomando en cuenta que la influencia cultural y social, determinan conductas y prácticas sexuales que marcan la tendencia incrementada de estas infecciones, pues es la educación sexual a la población, el arma para reducir estas tendencias, mediante el cambio de actitudes y comportamientos de riesgo (1).

A nivel mundial, la mayoría de los jóvenes de 15 a 24 años, empieza a tener relaciones sexuales antes de cumplir los 20 años y la mitad en torno a los 15 años. En el Ecuador, el grupo de edad entre 15 y 29 años son los que presentan mayor incidencia de ITS (2).

La utilización de anticonceptivos y la prevención de las infecciones de transmisión sexual varían, de acuerdo con la información disponible. Las mujeres jóvenes tienen una probabilidad mucho menor que los varones jóvenes de poseer un conocimiento preciso y exhaustivo sobre el VIH. Mientras que más del 70% de los varones jóvenes saben que los preservativos pueden proteger contra la exposición al VIH, sólo el 55% de las mujeres jóvenes cita el uso de preservativos como una estrategia eficaz de prevención (2).

Se ha constatado que la educación sobre esas cuestiones modifica los comportamientos sexuales. Determinando así, que el rumbo realmente más

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



acertado para combatir esta plaga, es la prevención, Luc Montagnier, a quien se atribuye el descubrimiento del VIH, dijo: “Los remedios de la medicina no son suficientes. En particular, es necesaria la educación de la juventud frente al riesgo de la promiscuidad sexual, y prevenirla”. La educación en la castidad, la abstinencia antes del matrimonio y la fidelidad marital, han sido siempre propuestas por la Iglesia como expresiones auténticas de la sexualidad humana (2).

Parece paradójico que, en la Era de la Información, haya tanta desinformación sobre las consecuencias de una deficiente Educación Sexual y un desconocimiento sobre las Infecciones de Transmisión Sexual, encabezada por el VIH, y que afecta principalmente a países pobres, en donde las mujeres y los jóvenes son la presa más vulnerable; debido a esta realidad, nuestro trabajo va orientado a conocer el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre este tema, en los estudiantes universitarios de nuestra ciudad (2).

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde la década de los 80 estamos asistiendo a un aumento en la frecuencia de estas enfermedades por diferentes motivos:

- Modificaciones en el cuadro clínico porque actualmente se hace un uso y abuso indebido de los antibióticos, lo que retrasa el diagnóstico y aumenta las resistencias de estos microorganismos.
- Mayor tiempo de ocio y mayor capacidad económica que facilitan la compra de drogas y alcohol que a su vez predisponen a las relaciones sexuales.
- Libertad de costumbres, que aumenta la frecuencia de ETS, sobretodo en edades precoces.
- Aumento de la promiscuidad y de la homosexualidad.

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



- Mayor movilidad de la población, que favorece la diseminación de estas enfermedades de un continente a otro.
- Uso de anticonceptivos orales y olvido del preservativo.

Cada día 33,000 americanos se infectan con una ITS. 22,000 de estas nuevas infecciones las contraen jóvenes entre los 15 y los 25 años, cada día. En 1980, se reportó que cuatro millones de personas se infectaron con una ITS (2).

Para 1990 el número se había triplicado a 12 millones de personas con una nueva infección ITS ese año (2).

Hoy, uno de cada cinco americanos/as entre los 15 y los 55 años está infectado con al menos una enfermedad transmitida sexualmente. Algunas de ellas pueden dejarle estéril y otras son incurables. Se ha descubierto nuevas enfermedades de transmisión sexual que son altamente contagiosas y muy dañinas. Algunas son incurables, pueden producir esterilidad, predisponer al cáncer e incluso ocasionar la muerte (3).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que anualmente en el mundo ocurren 250 millones de casos nuevos de ITS curables a las que habría que añadir los casos de otras sin curación como el sida. Estamos hablando de más de 8 nuevas infecciones cada segundo y durante todo el año (3).

En la actualidad, se tiende a hablar de infecciones de transmisión sexual (ITS), en vez de "enfermedades" de transmisión sexual porque con mucha frecuencia las personas se infectan de un agente infeccioso a partir de relaciones sexuales y pueden quedar un tiempo sin tener ningún signo de enfermedad.

Las ITS figuran entre las infecciones más frecuentes y abarcan unos 30 tipos de infecciones diferentes. He aquí las más comunes (4):

- La clamidia es una infección muy común de los órganos reproductores femeninos, aunque el 70% de sus víctimas no saben que la tienen.

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



Puede causar peligrosos embarazos en las trompas de Falopio o esterilidad por inflamación de la pelvis. Aunque es menos común que afecte a los varones, también puede causarles esterilidad. Cada año se dan 4 millones de casos nuevos de clamidia en los EE.UU. 4 y del 10 al 30% de los adolescentes están infectados.

- El herpes es causado por un virus que puede producir ampollas y llagas en la piel, especialmente en los genitales. Además de ser terriblemente molesto, causa mucha vergüenza. Aunque es muy común, muchas veces no se manifiesta y así muchos no saben que están infectados pero pueden transmitir el virus, incluso por medio de un beso. El herpes simple II es extremadamente contagioso y no tiene cura . Se estima que 25 millones de personas pueden estar infectadas en los EE.UU. 6 (más del 16% de la población estadounidense entre las edades de 15 y 74 años), y cada año aparecen medio millón de nuevos casos.
- La gonorrea es muy contagiosa y puede causar en las mujeres esterilidad, peligrosos embarazos fuera del útero, quistes en los ovarios, dolor crónico en la pelvis, etc. También puede causar ceguera en los bebés cuyas madres la contraen. En los hombres puede causar problemas en el tracto urinario. El 80% de las víctimas de la gonorrea no saben que la tienen. Cada año se presentan 1.3 millones de casos nuevos de gonorrea en EE.UU.
- La sífilis puede afectar varios órganos y partes del cuerpo, como el cerebro, los huesos, el corazón, etc. Tristemente, esta enfermedad puede ser transmitida a los bebés no nacidos, mientras están en el útero de su madre. Cada año se reportan 134,000 casos nuevos de esta enfermedad en los EE.UU.
- El virus del papiloma humano (HPV) es la enfermedad de transmisión sexual de mayor aumento en EE.UU. y mata a muchas más mujeres que el SIDA. Puede permanecer sin ser detectada durante meses y quizás años. Sin embargo, la persona portadora la puede transmitir. Puede causar cáncer en los órganos genitales tanto de los hombres como de las mujeres.

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



- Las enfermedades de transmisión sexual infectan a 3 millones de adolescentes todos los años en EE.UU. y el 63% de todos los casos de enfermedades de transmisión sexual ocurren en personas menores de 25 años.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) ha sido responsable de más de 25 millones de fallecimientos desde que fue identificado por primera vez en 1981. Según el informe ONUSIDA de diciembre de 2007, aproximadamente 39,5 millones de personas viven con el VIH/SIDA en el mundo. A su vez, durante 2007 hubo 4,3 millones de nuevas personas infectadas con el VIH, (8 personas infectadas cada minuto durante un año); y el 40% de éstas, eran jóvenes entre 15 y 24 años. Es una de las epidemias más graves de la historia. El agente causante del SIDA es un virus que pertenece a la familia de los retrovirus. Estos virus conducen a la enfermedad del SIDA provocando una deficiencia cualitativa y cuantitativa del sistema inmunitario de la persona infectada.

En Europa, en los últimos años ha aumentado considerablemente el número de infectados por contacto heterosexual, lo que explica que las ITS estén también en aumento (5).

En España, la verdadera incidencia (casos nuevos) de las ITS no se conoce con exactitud puesto que únicamente se declaran obligatoriamente al sistema sanitario la sífilis, la gonococia, el SIDA y la hepatitis (estas dos últimas pueden transmitirse por otras vías diferentes a la sexual). Según datos del Instituto Nacional de Estadística publicados en 2004, el 5,4% de la población que ha mantenido relaciones sexuales refiere que ha sido diagnosticado de alguna ITS a lo largo de su vida (5).

La incidencia en América Latina del VIH en el 2007 fue de 100 000, lo que eleva a 1,6 millones el número de total de personas que viven con el VIH en esta región (5).

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



En el Ecuador los casos notificados de VIH/SIDA en el 2006, la razón de género hombre: mujer se sitúa en 1.5: 1 respectivamente. La razón heterosexual/bi y homosexual pasó de 0.5 en 1990 a 4.4 en el 2006. Indicando un incremento de casos de VIH en la población heterosexual (5).

En relación con la edad, hay un mayor porcentaje entre las edades de 25 a 29 años con un 27.5 % en el año 2006 de infectados por VIH. Según la OPS el 20 % de adultos jóvenes y adolescentes sexualmente activos contraen una ITS cada año. En Ecuador el 60 % usó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual. El 30.7 % usa condón siempre y el 69,3 % lo usa a veces (5).

De acuerdo a la distribución de casos notificados de VIH/ Sida en las provincias del Ecuador se indica que las ciudades que mayor porcentaje de infecciones tienen esta Guayas (55,4 %), Pichincha (18,7%), El Oro (6.1%), y Los Ríos (3.9%). En el Azuay se presentan 1.23% (5).

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 (5).

1.3. JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS

La propagación de la información acerca de las infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA tiene trascendencia debido a que:

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.
Mayra Beltrán P.
Cristina Fernández



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

Los jóvenes tienen un riesgo muy alto de contraerlas, pero sobre todo aquellos que tienen relaciones sexuales y/o comparten agujas y jeringas con una persona infectada.

- El hecho de que un estudiante, posea educación inicial sobre enfermedades de transmisión sexual, multiplica por cinco las posibilidades de tener información real y clara sobre el tema y evitar sus consecuencias, para de esta manera prevenir, modificar y optimizar la seguridad humana.
- Hacer que las ITS y VIH/SIDA disminuyan su incidencia, debido a que es un problema social convirtiéndose en una prioridad de la salud.
- Los resultados obtenidos serán utilizados para evaluar los conocimientos de los estudiantes de segundo año, considerados como una población susceptible para contraer dichas patologías.

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.
Mayra Beltrán P.
Cristina Fernández



CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) se adquieren por tener relaciones sexuales con alguien que esté infectado, antiguamente denominadas enfermedades venéreas, debido a la diosa del amor Venus (6).

Cada año más de 12 millones de jóvenes y adultos jóvenes contraen una Infección de Transmisión Sexual. La mayoría de estas enfermedades son curables, algunas no (6).

Una persona puede padecer una ITS sin notar ningún signo ni síntoma, denominándose portador asintomático. El problema de estas personas, es que son la fuente de diseminación de la infección.

Sin tratamiento adecuado, muchas de estas infecciones pueden provocar problemas serios de la salud, esterilidad, impotencia, inmunodeficiencia, retraso mental y la muerte (6).

2.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Las Infecciones de Transmisión Sexual son conocidas desde la antigüedad, fueron asociadas a los amores prohibidos, y hasta la Segunda Guerra Mundial constituían un reducido número de enfermedades infecciosas formado por la Sífilis, Gonorrea, Chancro Blando, Linfogranuloma Venéreo y Donovanosis o Granuloma Inguinal (7).

Sus características básicas permitían definir las como enfermedades causadas por agentes adaptados a las estructuras genitales humanas que por lo menos en las fases iniciales, determinaban síntomas o signos en la esfera genital y estaban relacionadas con la promiscuidad sexual y prostitución, siendo

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



predominante en el sexo masculino, principalmente en el grupo de los 20 a 30 años y en la clase de menor condición socio-económica (7).

En los años 400 a.C., el médico griego Hipócrates decía que la gonorrea resultaba de la indulgencia excesiva de los placeres de Venus. Debido a que Venus era la diosa del amor, estas enfermedades fueron llamadas Venéreas (7).

La incidencia de las Infecciones de Transmisión Sexual, las enfermedades contagiosas más frecuentes en el mundo, aumentó de modo progresivo entre los años 1950-1970, pero en sentido general se estabilizó en la década de los 80 (7)

Hoy, años después de identificar el primer caso de SIDA, esta epidemia representa el mayor problema de salud pública en todos los países, entre otras razones, porque se trata de una enfermedad con elevada letalidad (80% a 100%), que no posee vacuna alguna y los tratamientos disponibles no son curativos (7).

2.2. GENERALIDADES

De las ITS, cerca de un millón corresponden a infecciones por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el agente causal del SIDA.

Su importancia y la necesidad de su control está no sólo en las infecciones agudas que causan, sino también, en las complicaciones que las caracterizan (como la enfermedad pélvica inflamatoria, el embarazo ectópico (embarazo fuera del útero) o la infertilidad (incapacidad de tener un embarazo).

Las ITS son causadas por bacterias, virus, protozoarios o parásitos. Se conocen más de 20 microorganismos transmisibles por contacto sexual, pero se puede afirmar que las infecciones más comunes son seis: tres consideradas las ITS clásicas:

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.
Mayra Beltrán P.
Cristina Fernández



- Sífilis
- Gonorrea
- Chancro blando o chancroide
- Clamidia
- Herpes genital
- Infección por VIH
- Virus de Papiloma Humano
- Hepatitis B

La mayoría de las ITS afectan tanto a hombres como a mujeres, pero en muchos casos los problemas de salud que provocan pueden ser más graves en las mujeres. Si una mujer embarazada padece de ETS, puede causarle graves problemas de salud al feto (8).

2.3. ESTADÍSTICAS SOBRE LAS ITS Y ESTUDIOS DE REFERENCIA:

En un informe publicado en octubre de 2008, por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se notificó que 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 (8).

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.
Mayra Beltrán P.
Cristina Fernández



En un estudio que se realizó en Bucaramanga-Colombia sobre conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo para adquirir infección por VIH transmitida sexualmente para que sirvan de base en la reorientación de las acciones preventivas dirigidas a los jóvenes de la ciudad, se encontraron los siguientes resultados:

Se agruparon en cinco componentes: 1) socio-demográfico, se estudiaron 458 jóvenes, 60% mujeres, de todos los estratos socio-económicos, con una edad media de 18.2 años y un promedio de escolaridad de 11.7 años. 2) comunicación, la televisión es el medio predilecto (88%), para recibir información sobre SIDA. Se encontró que la mayoría de los jóvenes desconocen la existencia de centros de asesoría sobre SIDA en la ciudad. 3) conocimientos, se encontró que por cada nueve jóvenes con nivel de conocimiento aceptable, hay uno con bajo nivel, siendo la media del nivel de conocimientos de 3.7. 4) actitudes, la mayoría de los encuestados presentó una actitud favorable hacia las personas enfermas de SIDA, tener pareja estable, la importancia de las campañas de prevención, mantener una buena comunicación con la pareja y el uso del condón. 5) prácticas, el 58% (265) de estos jóvenes ya habían iniciado su vida sexual activa, siendo el promedio de edad de inicio de 15.7 años. Sólo el 31% usan condón en todas sus relaciones sexuales. Al aplicar la escala ascendente del nivel de riesgo (2-57), se encontró un promedio de 18.9 y solamente seis individuos (2.26%) tuvieron prácticas de sexo seguro.

El estudio concluye que aunque los jóvenes de la ciudad cuentan con los conocimientos básicos sobre todos los aspectos del SIDA, en general, su nivel de conocimientos es bajo frente a la extensa divulgación que sobre el tema se ha realizado mediante las campañas preventivas. Sin embargo, la actitud de los jóvenes hacia las campañas de prevención de la enfermedad es favorable, confirmándose que mediante ellas se pueden lograr cambios actitudinales en esta población, que puedan ayudar a lograr prácticas sexuales seguras. (20).

En otra investigación sobre el uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de ITS, en Cuernavaca-México, se

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



encontró que casi no hay diferencia entre hombres y mujeres que declararon ser sexualmente activos, del grupo de edad de entre 12 a 19 años, fue el 16.8% de los hombres y 15.7% de las mujeres.

Entre los solteros sexualmente activos, que mencionaron conocer métodos de prevención sobre ITS, la gran mayoría considero el condón como mejor método, 89% hombres y 92% mujeres. Tener un nivel de escolaridad superior incrementa casi 2 veces la probabilidad del uso del preservativo en el debut sexual. (21)

En un modelo de prevención primaria de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/sida en adolescentes, que se realizo en Santo Domingo de los Colorados, cuyo objetivo fue Desarrollar, aplicar y evaluar un modelo educativo de prevención primaria de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) basado en los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) sexuales de los adolescentes y en sus percepciones y conductas al respecto, se evidencia que no existieron diferencias significativas entre los dos grupos antes de la intervención, pero después de ella las diferencias fueron estadísticamente significativas ($P = 0,012$); se verificó un aumento de conocimientos sobre sexualidad y ETS/sida en el grupo I, aunque todavía no se ha evaluado la modificación de conductas a largo plazo. (22)

En un estudio sobre Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en una población universitaria de Bogotá, por Ruiz, se incluyeron 1106 estudiantes de las Facultades de Medicina, Rehabilitación y Jurisprudencia. La percepción de los conocimientos fueron consideradas como buenas pero los conocimientos concretos fueron escasos.

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.
Mayra Beltrán P.
Cristina Fernández



El 66,7% manifestó haber tenido relaciones sexuales que iniciaron entre los 17-18 años; 48% de los encuestados usó preservativo; hubo consumo de sustancias en 13% y 1% había tenido enfermedades de transmisión sexual.(23)

El 67% de los estudiantes encuestados manifestó haber tenido relaciones sexuales, en su mayoría heterosexuales (97%). la edad de inicio de las relaciones, tanto para hombres como para mujeres fue alrededor de los 17-18 años y hasta el momento de la encuesta, la mayoría de los estudiantes (74%) había tenido hasta tres parejas sexuales. De estos mismos individuos, en los últimos seis meses, el 18% no había tenido relaciones sexuales y el 65% había mantenido relaciones con la misma persona encontrando una diferencia estadísticamente significativa en los hombres, los cuales tienen un número mayor de parejas.

Con relación a los métodos de planificación o protección, 48% de los encuestados usó preservativo durante la última relación sexual. Otros métodos de planificación que manifestaron emplear fueron: Anticonceptivos orales (15%), coitus interruptus (14%), anticonceptivos inyectables (7%) u otro método (3%). El 11% manifestó no haber usado ningún método.

Durante la última relación sexual, hubo consumo de alcohol o drogas en 13% de los estudiantes. El 1% había tenido alguna enfermedad de sexual en la vida. De estos, solo la mitad recibió tratamiento y en todos ellos fue por parte de un médico. (23)

2.4. FACTORES DE RIESGO

Los principales "factores de riesgo" para adquirir una ITS es exponerse a ella.

Por eso los factores de riesgo son:

- Tener una pareja sexual infectada.
- El comportamiento sexual de la persona, ya que se relaciona con la probabilidad de exposición y transmisión de las mismas.

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



- Tener relaciones coitales sin protección.
- Tener prácticas sexuales de riesgo como anal, vaginal, oral sin condón.
- Uso de alcohol y drogas que promuevan conductas sexuales de alto riesgo.
- Existen infecciones como el VIH y la infección por hepatitis b que se pueden adquirir con material punzocortante mediante tatuajes y perforaciones y no son precisamente por contacto sexual.
- Ser víctima de abuso sexual o violación por uno o varios agresores.

Factores Socioculturales

- El comienzo de las relaciones sexuales a edades más tempranas, que implica una mayor posibilidad de contactos con distintas parejas sexuales.
- Uso inconstante del condón.
- El aumento de la actividad sexual, sólo con la protección de métodos anticonceptivos.
- La modificación de las costumbres (valores morales y familiares). Múltiples parejas casuales.
- No tener una educación sexual formal.
- El consumo de drogas y alcohol asociados a conducta de riesgo sexual irresponsable.

Factores Médicos

- Resistencias de los gérmenes causales, es decir las bacterias, virus, hongos y otros crean resistencia a los medicamentos debido a la automedicación y al uso incorrecto de los antibióticos.

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.
Mayra Beltrán P.
Cristina Fernández



2.5. ITS EN JOVENES

Las infecciones de transmisión sexual son bastante frecuentes en el adolescente y adulto joven por las siguientes razones:

- Los adolescentes están teniendo relaciones sexuales cada vez con mayor precocidad.
- Tiene una tendencia a cambiar de pareja con mucha frecuencia.
- Generalmente no usan preservativos o espermicidas que los protegen.
- Muchas veces están contagiados y no tiene síntomas, lo que los hace portadores de la enfermedad.

Definitivamente en todos los países de Latinoamérica, los jóvenes son los más vulnerables, no existen datos exactos sobre los conocimientos acerca de ITS en América, un estudio realizado en jóvenes colombianos revela lo siguiente: La información sobre SIDA es recibida principalmente por televisión. El nivel de conocimientos (escala: 0-5) tuvo un promedio de 3.6 en mujeres y 3.8 en hombres, con diferencia estadísticamente significativa. Presentaron diferencias estadísticamente significativas las actitudes hacia la disponibilidad de condones, al uso del condón con la pareja estable y la disminución del placer sexual al usar condón. El nivel de riesgo promedio para hombres fue 19.7 y para mujeres 18.1 (escala: 1-85); sólo 2.3% practica sexo seguro (9).

2.5.1. EDUCACION SEXUAL EN JOVENES

La Educación Sexual forma parte de la preparación del adolescente para la vida adulta independiente, lo cual se suma a las características de su personalidad que le permitan dar soluciones a los diversos problemas que la vida les plantee, prevenir las ITS y realizarse personal, familiar y socialmente (10).

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.
Mayra Beltrán P.
Cristina Fernández



La utilización sistemática y apropiada del preservativo es limitada entre los jóvenes, lo que les predispone a contraer infecciones de transmisión sexual, por ejemplo, en los Estados Unidos, el 25% de los adolescentes sexualmente activos contrae una enfermedad de transmisión sexual cada año. Aproximadamente un 15% de las infecciones de VIH acumulativas correspondía a personas de entre 13 y 24 años de edad y aproximadamente un 50% de los casos nuevos de infección por el VIH en ese país se produce entre los jóvenes (11).

En los últimos años, junto con el aumento de la utilización de los preservativos, asistimos también al aumento de la transmisión heterosexual del SIDA y no a su eliminación, así como al avance de otras ITS. El preservativo ofrece una mala protección, puesto que esta no es del 100% para tres de las cuatro ITS más frecuentes: Clamidia, Virus del Papiloma Humano y Herpes. La infección por el Virus del Papiloma Humano puede aparecer tanto en las áreas genitales masculinas como femeninas, estén o no cubiertas o protegidas con un preservativo de látex (12).

Las encuestas realizadas en 40 países indican que la mitad de los jóvenes tienen ideas erróneas de cómo se transmite el virus VIH, y existe un número muy alto de jóvenes que indican que con solo mirar a una persona se puede reconocer que tiene SIDA. El comienzo de la actividad sexual es antes de cumplir los 15 años, en la mayoría de los países, existiendo países especialmente de recursos más bajos, en los que los adolescentes comienzan su actividad sexual a edad muy temprana. La edad de la primera relación sexual en los adolescentes mexicanos es entre los 15 años a 17 años para hombres y mujeres. En nuestro país un estudio realizado en Santo Domingo De Los Colorados, revela que el inicio de la actividad sexual es a los 13 y 14 años de edad, y refleja conocimientos erróneos en prevención.

El uso del condón no es frecuente y primordial en trabajadoras sexuales en el Ecuador. Así mismo el uso del preservativo en la primera relación sexual es

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



mayor en el varón que en las mujeres, los varones de las áreas rurales tienden usar menos el condón.

Los estudios sobre conocimientos, actitudes y prácticas de los jóvenes indican que estos tienen una combinación de ansiedad e ignorancia, se preocupan del embarazo accidental, pero los varones subestiman el riesgo de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA. El desconocimiento es el principal multiplicador del VIH/SIDA, el reconocer que los jóvenes tienen vida sexual y que no cuentan con el conocimiento adecuado para protegerse, lleva a establecer programas de prevención. En algunos países la mayoría de infecciones por el VIH se produce por inyección de drogas con equipos contaminados, relaciones sexuales no protegidas entre varones y comercio sexual peligroso (13).

2.6. COMPLICACIONES Y SECUELAS MÁS FRECUENTES DE LAS ITS

EN LA MUJER (14):

- La enfermedad inflamatoria pélvica
- El dolor pélvico crónico (dolor abdominal bajo)
- La infertilidad;
- El carcinoma cervicouterino, el cual puede ser consecuencia de la infección por algunos tipos de virus de papiloma humano.

Son secuelas importantes de ITS, en particular las causadas por la chlamydia y el gonococo. A su vez, la enfermedad inflamatoria pélvica mal atendida, por sus efectos sobre las trompas de Falopio que conducen a cicatrización puede llevar a complicaciones como infertilidad y embarazo ectópico (fuera del útero).

EN EL HOMBRE (14): Está en riesgo de complicaciones como:

- Epididimitis (inflamación del epidídimo que se encuentra dentro de los testículos),

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.
Mayra Beltrán P.
Cristina Fernández



- Estrechez uretral (significa que el conducto por donde sale la orina se hace estrecho),
- Orquitis (inflamación de los testículos)
- Esterilidad (que ya no puede fecundar a un óvulo y no puede embarazar a su pareja).

EN EL EMBARAZO (14): Algunas infecciones transmitidas sexualmente, como la sífilis, el VIH, la gonorrea y la clamidia, pueden pasar de la madre a su hijo durante el embarazo, al momento del nacimiento o la lactancia; y ocasionar complicaciones al producto como infecciones perinatales en ojos, sistema nervioso, tracto digestivo, así como otro tipo de afecciones.

2.7. PREVENCIÓN

Dado el índice alarmante de las ITS y la cascada de muertes anuales que ha dejado millones de víctimas por el VIH/SIDA, la única y mejor forma de disminuir, esas cifras es la prevención, la OMS indicó que la concienciación y el conocimiento sobre estos padecimientos, frecuentemente asintomáticos entre mujeres, deben ser prioridad de los sistemas de educación y de salud. La necesidad de proporcionar una educación estructurada en materia de salud sexual y de sus posibles consecuencias es a todas luces evidente (15).

Además la prevención es el único medio de lucha contra la propagación del SIDA y seguirá siéndolo a pesar de que se encuentre un tratamiento o vacuna eficaz.

Entre otras medidas para prevenir las ITS tenemos:

El empleo correcto de barreras o preservativos (condones de latex), es eficaz para evitar la difusión de las principales enfermedades de transmisión sexual (ETS). Puede prevenir las infecciones por CMV, VHS y VPH así como de otros patógenos oportunistas que infectan más raramente al paciente HIV positivo.

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.
Mayra Beltrán P.
Cristina Fernández



Además de evitar la transmisión del HIV, y la reinfecciones HIV-1 y HIV-2. Cuando su uso es correcto, son eficaces en un 80 -95% en la reducción del riesgo de infección por VIH. Su uso en los programas de prevención de VIH / ITS, son útiles y efectivos en la disminución (15).

Existe una fuerte correlación entre la diseminación de las ITS convencionales y la transmisión del VIH, y se ha demostrado que tanto las ITS ulcerosas (sífilis) como las no ulcerosas (gonorrea, clamidia), aumentan el riesgo de transmisión sexual del VIH.

Se comprobó que al mejorar, el tratamiento de las ITS, se reduce la transmisión del VIH en aproximadamente un 40%, especialmente en un medio caracterizado por una epidemia emergente de VIH, en lugares donde el tratamiento de las ITS es deficiente y muy prevalente (15).

La prevención y control de ITS son basados en cinco estrategias

- La educación y guía de personas de riesgo, es una manera de evitar ITS, a través de cambios en la conducta sexual.
- Identificación de las personas infectadas asintomáticas.
- Efectivo diagnóstico y tratamiento de personas infectadas.
- Evaluación, tratamiento y consejo de la pareja sexual de personas quienes están infectados con ITS.
- Vacunación de personas de riesgo, con vacunas para ETS, prevenibles.

El manejo efectivo de las ITS es la base para su control: previene el desarrollo de complicaciones y secuelas, reduce la diseminación de las infecciones en la comunidad y brinda una oportunidad única para educar a la población sobre la prevención del VIH (15).

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.
Mayra Beltrán P.
Cristina Fernández



2. 8. VIH/SIDA (16)

2.8.1 CONCEPTO: El SIDA es una enfermedad que afecta a los humanos infectados por el VIH (virus de inmunodeficiencia humana). Se dice que una persona padece de sida cuando su organismo, debido a la inmunodepresión provocada por el VIH, no es capaz de ofrecer una respuesta inmune adecuada contra las infecciones que aquejan a los seres humanos. Se dice que esta infección es incontrovertible.

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

El VIH se transmite a través de los fluidos corporales (tales como sangre, semen, secreciones vaginales y leche materna. El Día mundial de la lucha contra el SIDA se celebra el 1 de diciembre.

2.8.2 EPIDEMIOLOGÍA: Desde 1981, año en que se describió el primer caso de infección por VIH/SIDA, unos 60 millones de personas se han visto infectadas por el virus, y de ellas han muerto unos 20 millones. El ONUSIDA informa de que, a nivel mundial, menos de una persona de cada cinco en riesgo de infección por el VIH tiene acceso a los servicios de prevención básicos contra esa infección. A mediados de 2006, sólo el 24% de las personas que necesitaban tratamiento contra el VIH tenían acceso al mismo.

Según el Informe sobre la epidemia mundial de sida, que *fue publicado primeramente en la XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA celebrada en Ciudad de México en agosto de 2008, se describen los siguientes datos:*

El porcentaje mundial de personas que viven con el VIH se ha estabilizado

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



desde el año 2000. En 2007, se registraron 2,7 millones de nuevos casos de infección por el VIH y 2 millones de fallecimientos relacionados con el SIDA.

La tasa de nuevas infecciones por el VIH ha disminuido en varios países pero, a nivel mundial, el aumento de nuevas infecciones en otros países contrarresta, al menos en parte, estas tendencias favorables.

En 14 de los 17 países africanos que cuentan con datos encuestables aceptables, el porcentaje de embarazadas jóvenes (15-24 años) que viven con el VIH ha disminuido desde el período 2000-2001. En 7 países, la caída del número de infecciones ha igualado o excedido la reducción del 25% establecida como objetivo para 2010 en la *Declaración de compromiso*. A medida que aumentó el acceso al tratamiento en los últimos diez años, disminuyó el número anual de fallecimientos por SIDA.

África subsahariana continúa siendo la región más afectada por el VIH y, en 2007, le correspondieron el 67% de todas las personas que viven con el VIH y el 72% de los fallecimientos a causa del sida. Sin embargo, algunos de los aumentos más preocupantes en el número de nuevas infecciones se registran en países muy poblados de otras regiones, como Indonesia, la Federación de Rusia y diversos países de ingresos altos. A nivel mundial, el porcentaje de mujeres entre las personas que viven con el VIH se ha mantenido estable (en el 50%) durante varios años, aunque la proporción de infecciones en las mujeres está aumentando en varios países.

En casi todas las regiones fuera del África subsahariana, el VIH afecta en forma desproporcionada a usuarios de drogas inyectables, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y profesionales del sexo.

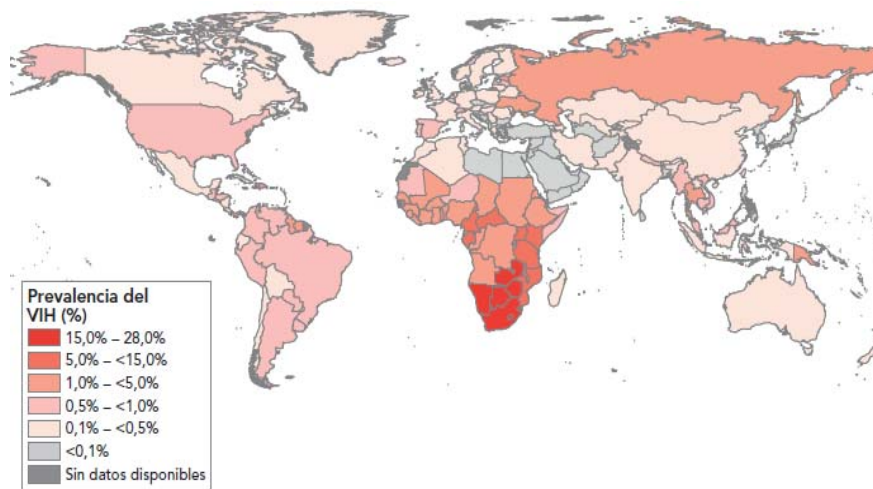
Una visión global de la infección por el VIH, 2007
33 millones de personas [30-36 millones] que viven con el VIH, 2007

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



El VIH continúa siendo un problema de salud mundial de una magnitud sin precedentes.

Desconocido 30 años atrás, el VIH ya ha provocado un estimado de 25 millones de fallecimientos en todo el mundo y ha generado profundos cambios demográficos en los países más afectados.

Los datos epidemiológicos internacionales más recientes son portadores de algunas buenas noticias. En algunos países de Asia, América Latina y África subsahariana, el número anual de nuevas infecciones producidas por el VIH se encuentra en disminución. También ha disminuido la tasa estimada de SIDA, en parte como resultado del éxito alcanzado en la ampliación del acceso a los medicamentos antirretrovíricos en lugares de recursos limitados. Aun así, estas tendencias favorables no se manifiestan de manera uniforme ni dentro de las regiones ni entre ellas, lo que subraya la necesidad de un avance integral en la puesta en práctica de políticas y programas eficaces.

A escala mundial, la epidemia de VIH se ha estabilizado, pero los niveles de nuevas infecciones y de fallecimientos por sida son inaceptablemente altos:

Se estima que, en todo el mundo, 33 millones [30 millones–36 millones] de personas vivían con el VIH en 2007. El número anual de nuevas infecciones

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



por el VIH disminuyó de 3,0 millones [2,6 millones–3,5 millones] en 2001 a 2,7 millones [2,2 millones–3,2 millones] en 2007.

En total, 2,0 millones [1,8 millones–2,3 millones] de personas fallecieron a causa del sida en 2007, mientras que las estimaciones para 2001 fueron de 1,7 millones [1,5 millones–2,3 millones].

Mientras que el porcentaje de personas que viven con el VIH se ha estabilizado a partir de 2000, el número total de personas que viven con el VIH ha ido aumentando de manera uniforme debido a las nuevas infecciones ocurren cada año, a los tratamientos que prolongan la vida y a que las nuevas infecciones aún superan en número a los fallecimientos provocados por el SIDA.

África meridional continúa soportando una parte desproporcionada de la carga mundial de VIH: En 2007, el 35% de las infecciones por el VIH y el 38% de los fallecimientos por sida se produjeron en esa subregión. En conjunto, África subsahariana alberga al 67% de todas las personas que viven con el VIH.

Las mujeres representan la mitad de las personas que viven con el VIH en todo el mundo, y más el 60% de las infecciones por el VIH en África subsahariana. Durante los últimos 10 años, la proporción de mujeres entre personas que viven con el VIH ha permanecido estable a nivel mundial, pero ha crecido en muchas regiones

Los jóvenes entre 15 y 24 años representan el 45% estimado de las nuevas infecciones por el VIH en todo el mundo.

2.8.3 VIAS DE TRANSMISION: En la práctica existen tres modos fundamentales de transmisión del VIH:

Transmisión sexual, transmisión parenteral por el uso compartido de agujas o jeringuillas, instrumentos contaminados, transfusión sanguínea, etc. y transmisión vertical o de la madre al feto. A ello se unen unas condiciones que modifican la transmisión: El virus de SIDA es débil y sobrevive mal fuera del cuerpo por lo que debe penetrar en el interior del organismo. Parece que la

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



transmisión requiere una cantidad mínima de virus por debajo de la cual el organismo podría liberarse del VIH y explicaría el por qué algunos líquidos orgánicos que contienen el virus no lo transmiten.

Transmisión sexual: Las relaciones sexuales con penetración vaginal o anal, heterosexuales u homosexuales, pueden transmitir el virus del SIDA. Los contactos oro-genitales (contacto boca-órgano genital) pueden transmitir el VIH si hay lesiones en cualquiera de las dos zonas.

Todas las prácticas sexuales que favorecen las lesiones y las irritaciones aumentan el riesgo de transmisión. Las relaciones anales son las más infecciosas porque son las más traumáticas y la mucosa anal es más frágil que la mucosa vaginal. El riesgo de infección aumenta con el número de relaciones sexuales, pero una sola puede ser suficiente. El riesgo de transmisión es mayor en el sentido hombre-mujer que en el contrario, mujer-hombre. El riesgo aumenta si la mujer tiene la regla (a causa del flujo de sangre)

Los besos profundos y la masturbación entre la pareja no transmiten el SIDA siempre que no existan lesiones sangrantes que puedan poner en contacto sangre contaminada con lesiones del eventual receptor.

Transmisión sanguínea: La transmisión del VIH por la sangre es, en la actualidad, el principal modo de transmisión del SIDA en España ya que la mayoría de portadores de anticuerpos VIH son UDVP (usuarios de drogas por vía parenteral). Las jeringuillas y agujas contaminadas que son compartidas pueden transmitir el VIH; además los objetos que se utilizan para la preparación de la droga también pueden estar contaminados.

La transmisión del VIH por transfusiones o inyecciones de productos derivados de la sangre es en la actualidad prácticamente nula ya que existe la obligatoriedad de detectar anticuerpos anti-VIH en todas las muestras de sangre desde 1.987 y para estos fines sólo se utilizan muestras que son

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.
Mayra Beltrán P.
Cristina Fernández



seronegativas. Toda persona que piense que ha tenido un comportamiento de riesgo en los últimos meses debe abstenerse de dar sangre u órganos.

Los elementos de cuidado corporal (tijeras, hojas de afeitar, cepillo dental, pinzas, etc.) presentan un riesgo teórico de transmisión del VIH ya que pueden entrar en contacto con la sangre. Su empleo exige la limpieza con una solución desinfectante o su calentamiento.

Transmisión madre – hijo: Puede producirse durante el embarazo, a través de la placenta, o en el momento del parto.

- Se desaconseja a la mujer seropositiva que se quede embarazada.
- Amamantar al recién nacido es una potencial vía de transmisión; por lo tanto también se desaconseja la lactancia materna cuando la madre es seropositiva.

2.8.4 CLINICA: A continuación se contemplan los diferentes estados de la infección por VIH.

Categoría A: pacientes con infección primaria o asintomáticos.

Categoría B: pacientes que presentan o hayan presentado síntomas que no pertenecen a la categoría C, pero que están relacionados con la infección de VIH:

- Angiomatosis bacilar.
- Candidiasis vulvo-vaginal, o candidiasis oral resistente al tratamiento.
- Displasia de cérvix uterino o carcinoma de cérvix no invasivo.
- Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
- Fiebre menor a 38,5 °C o diarrea, de más de un mes de duración.
- Herpes zóster (más de un episodio, o un episodio con afección de más de un dermatoma).
- Leucoplasia oral vellosa.
- Neuropatía periférica.

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



- Púrpura trombocitopénica idiopática (PTI).

Categoría C: pacientes que presentan o hayan presentado algunas complicaciones incluidas en la definición de sida de 1987 de la OMS:

- **Infecciones oportunistas:** bacterianas, parasitarias, micóticas.
- **Procesos cronicados:** bronquitis y neumonía.
- **Procesos asociados directamente con el VIH:**
 - Demencia relacionada con el VIH (encefalopatía por VIH).
 - Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
 - Síndrome de desgaste o *wasting syndrome*.
- **Procesos tumorales:**
 - Sarcoma de Kaposi.
 - Linfoma de Burkitt.
 - Otros linfomas no-Hodgkin, especialmente linfoma inmunoblástico, linfoma cerebral primario o linfoma de células B.
 - Carcinoma invasivo de cérvix.

El VIH se multiplica, después de la fase aguda primaria de la infección, en los órganos linfoides, sobrecargándolos con un esfuerzo que termina por provocar una reducción severa de la producción de linfocitos. El debilitamiento de las defensas abre la puerta al desarrollo de infecciones oportunistas por bacterias, hongos, protistas y virus. En muchos casos los microorganismos responsables están presentes desde antes, pero desarrollan una enfermedad sólo cuando dejan de ser contenidos por los mecanismos de inmunidad celular que el VIH destruye. Ninguna de estas enfermedades agrede sólo a los VIH positivos, pero algunas eran casi desconocidas antes de la epidemia de VIH y en muchos casos las variantes que acompañan o definen al sida son diferentes por su desarrollo o su epidemiología.

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



2.8.5 DIAGNOSTICO: análisis de sangre que detecte la presencia del anticuerpo VIH mediante la prueba de Microelisa y Western Blot.

2.8.6 TRATAMIENTO: Actualmente existen medicamentos, llamados antirretrovirales, que inhiben enzimas esenciales, la transcriptasa reversa, retrotranscriptasa o la proteasa, con lo que reducen la replicación del VIH. De esta manera se frena el progreso de la enfermedad y la aparición de infecciones oportunistas, así que aunque el sida no puede propiamente curarse, sí puede convertirse con el uso continuado de esos fármacos en una enfermedad crónica compatible con una vida larga y casi normal. La enzima del VIH, la retrotranscriptasa, es una enzima que convierte el ARN a ADN, por lo que se ha convertido en una de las principales dianas en los tratamientos antirretrovirales.¹⁶

El común denominador de los tratamientos aplicados en la actualidad es la combinación de distintas drogas antiretrovirales, comúnmente llamada "cóctel". Estos "cócteles" reemplazaron a las terapias tradicionales de una sola droga que sólo se mantienen en el caso de las embarazadas VIH positivas. Las diferentes drogas tienden a impedir la multiplicación del virus y, hacen más lento el proceso de deterioro del sistema inmunitario. El "cóctel" se compone de dos drogas inhibidoras de la transcriptasa reversa (las drogas) AZT, DDI, DDC, 3TC y D4T) y un inhibidor de otras enzimas las proteasas.

2. 9. LAS TEORÍAS DEL APRENDIZAJE

En educación y promoción de la salud, los avances en la investigación que le da soporte a las intervenciones programáticas han ocurrido directa e indirectamente por la aplicación en la práctica de teorías y modelos desarrollados en las más diversas áreas del conocimiento, principalmente en las ciencias comportamentales y sociales, una de las teorías que han respaldado algunas intervenciones es la Teoría cognoscitivo-social de Albert Bandura (17)

Existen dos grandes paradigmas en la psicología del aprendizaje (17):

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



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.

No hay unanimidad de criterios al denominar al conductismo o a la terapia conductista. En general no se la considera una escuela psicológica sino más bien como una orientación clínica, que se enriquece con otras concepciones. La historia de esta terapia a evolucionado bastante por lo que hoy sería difícil que una persona se autodefina como un conductista puro o clásico. en los comienzos del conductismo se desechaba lo cognitivo, pero actualmente se acepta su importancia y se intenta modificar la rotulación cognitiva (expectativas, creencias actitudes) para reestructurar las creencias irracionales del cliente buscando romper los marcos de referencia que pueden ser desadaptativos.

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.

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



La teoría de PIAGET descubre los estadios de desarrollo cognitivo desde la infancia a la adolescencia: cómo las estructuras psicológicas se desarrollan a partir de los reflejos innatos, se organizan durante la infancia en esquemas de conducta, se internalizan durante el segundo año de vida como modelos de pensamiento, y se desarrollan durante la infancia y la adolescencia en complejas estructuras intelectuales que caracterizan la vida adulta.

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.

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.

2. 10 TEORÍA SOCIAL COGNITIVA DE ALBERT BANDURA: El aprendizaje es descrito como un proceso social influenciado por la interacción con otras personas. En la teoría social cognitiva el ambiente social y físico influye en la formación y reforzamiento de las creencias que son determinantes de la conducta

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



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.

2.11 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. Bandura establece que existen ciertos pasos envueltos en el proceso de modelado:

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



1. Atención. Si vas a aprender algo, necesitas estar prestando atención. De la misma manera, todo aquello que suponga un freno a la atención, resultará en un detrimento del aprendizaje, incluyendo el aprendizaje por observación.

2. Retención. Debemos ser capaces de retener (recordar) aquello a lo que le hemos prestado atención. Aquí es donde la imaginación y el lenguaje entran en juego: guardamos lo que hemos visto hacer al modelo en forma de imágenes mentales o descripciones verbales. Una vez “archivados”, podemos hacer resurgir la imagen o descripción de manera que podamos reproducirlas con nuestro propio comportamiento.

3. Reproducción. En este punto, estamos ahí soñando despiertos. Debemos traducir las imágenes o descripciones al comportamiento actual. Por tanto, lo primero de lo que debemos ser capaces es de reproducir el comportamiento. Es importante con respecto a la reproducción es que nuestra habilidad para imitar mejorar con la práctica de los comportamientos envueltos en la tarea.

4. Motivación. Aún con todo esto, todavía no haremos nada a menos que estemos motivados a imitar; es decir, a menos que tengamos buenas razones para hacerlo. Bandura menciona un número de motivos:

- a) **Refuerzo pasado**, como el conductismo tradicional o clásico.
- b) **Refuerzos prometidos**, (incentivos) que podamos imaginar.
- c) **Refuerzo vicario**, la posibilidad de percibir y recuperar el modelo como reforzador.

Como la mayoría de los conductistas clásicos, Bandura dice que el castigo en sus diferentes formas no funciona tan bien como el refuerzo y, de hecho, tiene la tendencia a volverse contra nosotros.

2.12 AUTORREGULACIÓN: La autorregulación (controlar nuestro propio comportamiento) es la otra piedra angular de la personalidad humana. En este caso, Bandura sugiere tres pasos:

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



1. Auto-observación. Nos vemos a nosotros mismos, nuestro comportamiento y cogemos pistas de ello.

2. Juicio. Comparamos lo que vemos con un estándar. Por ejemplo, podemos comparar nuestros actos con otros tradicionalmente establecidos, tales como “reglas de etiqueta”. O podemos crear algunos nuevos, como “leeré un libro a la semana”. O podemos competir con otros, o con nosotros mismos.

3. Autorrespuesta. Si hemos salido bien en la comparación con nuestro estándar, nos damos respuestas de recompensa a nosotros mismos. Si no salimos bien parados, nos daremos auto-respuestas de castigo. Estas auto-respuestas pueden ir desde el extremo más obvio (decirnos algo malo o trabajar hasta tarde), hasta el otro más encubierto (sentimientos de orgullo o vergüenza).

Un concepto muy importante en psicología que podría entenderse bien con la autorregulación es el auto-concepto (mejor conocido como autoestima). Si a través de los años, vemos que hemos actuado más o menos de acuerdo con nuestros estándares y hemos tenido una vida llena de recompensas y alabanzas personales, tendremos un auto-concepto agradable (autoestima alta). Si, de lo contrario, nos hemos visto siempre como incapaces de alcanzar nuestros estándares y castigándonos por ello, tendremos un pobre auto-concepto (autoestima baja)

Notemos que los conductistas generalmente consideran el refuerzo como efectivo y al castigo como algo lleno de problemas. Lo mismo ocurre con el auto-castigo. Bandura ve tres resultados posibles del excesivo auto-castigo:

Compensación. Por ejemplo, un complejo de superioridad y delirios de grandeza.

Inactividad. Apatía, aburrimiento, depresión.

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



Escape. Drogas y alcohol, fantasías televisivas o incluso el escape más radical, el suicidio.

Lo anterior tiene cierta semejanza con las personalidades insanas de las que hablaban Adler y Horney; el tipo agresivo, el tipo sumiso y el tipo evitativo respectivamente.

Las recomendaciones de Bandura para las personas que sufren de auto-conceptos pobres surgen directamente de los tres pasos de la autorregulación:

Concernientes a la auto-observación. ¡Conócete a ti mismo!. Asegúrate de que tienes una imagen precisa de tu comportamiento.

Concernientes a los estándares. Asegúrate de que tus estándares no están situados demasiado alto. No nos embarquemos en una ruta hacia el fracaso. Sin embargo, los estándares demasiado bajos carecen de sentido.

Concernientes a la auto-respuesta. Utiliza recompensas personales, no auto-castigos. Celebra tus victorias, no lidies con tus fallos

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.
Mayra Beltrán P.
Cristina Fernández



2.13. EL CONSTRUCTO DE LA AUTOEFICACIA (18)

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.

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.
Mayra Beltrán P.
Cristina Fernández



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 autoreferente que se convierte en un mediador entre el conocimiento de una habilidad y su ejecución, la persona entonces debe sentirse capaz de ejecutar una acción o de adoptar una conducta

2.14 TEORÍA DE VIGOTSKY: El medio social es crucial para el aprendizaje, lo que 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

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



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.

Considera el aprendizaje como uno de los mecanismos fundamentales del desarrollo. La mejor enseñanza es la que se adelanta al desarrollo. La interacción social se convierte en el motor del desarrollo. Introduce además el concepto de "zona de desarrollo próximo" que es la distancia entre el nivel real de desarrollo y el nivel de desarrollo potencial. Para determinar este concepto hay que tener presentes dos aspectos: la importancia del contexto social y la capacidad de imitación. Aprendizaje y desarrollo son dos procesos que interactúan. El aprendizaje se produce más fácilmente en situaciones colectivas.

La teoría habla también como el ser humano ya trae consigo un código genético o "Línea natural del desarrollo" también llamado código cerrado, la cual está en función de aprendizaje, en el momento que el individuo interactúa con el medio ambiente. No podemos decir que el individuo se constituye de un aislamiento. Más bien de una interacción, donde influyen mediadores que guían al individuo a desarrollar sus capacidades cognitivas.

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



¿Las intervenciones modifican las conductas?

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

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

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

2.15. CALIDAD DE INTERVENCIÓN PARA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA (18)

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

Un estudio realizado en Brasil detectó y analizó los obstáculos y dificultades para llevar a cabo consistentemente prácticas de sexo seguro entre jóvenes,

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



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

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

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



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

2. 16. LAS ENCUESTAS CAPs (Conocimientos, Actitudes y Prácticas) por si solas permiten (18):

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

La presencia del VIH-SIDA en el Ecuador requiere de acciones concretas: en julio de 2006 se promulgó un acuerdo ministerial que prohíbe todo tipo de discriminación en el sector laboral, en mayo de 2007 se presentó al país un

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



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

Plan Estratégico Nacional Multisectorial, para el 2008 se espera contar con una normativa que garantice el respeto a los derechos humanos y procure políticas y acciones para detener la epidemia (18).

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.
Mayra Beltrán P.
Cristina Fernández



CAPÍTULO III

3. HIPOTESIS Y OBJETIVOS

3.1. HIPÓTESIS

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

3.2. OBJETIVOS

3.2.1. OBJETIVO GENERAL

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

3.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aplicar un cuestionario para determinar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los estudiantes de segundo año, de la Escuela de Derecho, de la Universidad de Cuenca, sobre ITS y VIH/SIDA.
- Realizar una intervención educativa, basada en la Teoría cognoscitivo social para modificar los conocimientos, actitudes y prácticas, acerca de ITS y VIH/SIDA, de los estudiantes, de segundo año, de la Escuela de Derecho, de la Universidad de Cuenca.
- Comparar los resultados que indican la modificación de los conocimientos, actitudes y prácticas sobre ITS, y autoeficacia en prevención del SIDA, de

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.
Mayra Beltrán P.
Cristina Fernández



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

los estudiantes, de segundo año, de la Escuela de Derecho, de la Universidad de Cuenca, luego de la intervención educativa.

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.
Mayra Beltrán P.
Cristina Fernández



CAPÍTULO IV

4. METODOLOGIA

4.1. TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio cuasi-experimental Pre CAP y Post CAP con grupo control.

4.2. ÁREA DE ESTUDIO

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

4.3. UNIVERSO

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

4.4. TAMAÑO DE LA MUESTRA

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

- Error alfa del 5% (0,05)
- Nivel de confianza del 95% (IC 95%)
- Error beta del 5% (0,05)
- Potencia estadística del 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

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



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 los CAP después de una intervención encontraron que se elevan los conocimientos hasta en 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 118 alumnos matriculados en el Segundo Año de la Escuela de Derecho.
- Al momento de aplicar la encuesta Pre-CAP se consiguió la participación de 75 estudiantes. Todos ellos recibieron la intervención educativa y participaron en la valoración Pos-CAP.

4.5. RELACIÓN EMPÍRICA DE LAS VARIABLES

MATRIZ DE VARIABLES

INTERVENCION
EDUCATIVA BASADA
EN LA TEORIA
COGNOSITIVO-
SOCIAL DE
BANDURA

VARIABLE
INDEPENDIENTE

CONOCIMIENTOS,
ACTITUDES Y
PRACTICAS
POSTERIORES.
AUTOCONTROL
PERCEPCION DE
SEGURIDAD

VARIABLE
DEPENDIENTE

RESIDENCIA

ESCOLARIDAD

INSTRUCCION

VARIABLE
MODERADORA

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.
Mayra Beltrán P.
Cristina Fernández



4.6. MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde nacimiento hasta Ingreso al estudio	Tiempo	Años cumplidos	Numérica
Sexo	Distinción orgánica que distingue una especie en dos tipos de individuos que desempeñan distinto papel de reproducción.	Femenino Masculino	Fenotipo	Dicotomica
Residencia	Domicilio habitual del entrevistado	Región geográfica	Documento de identificación	Nominal
Conocimientos sobre las ITS y VIH/SIDA	Conjunto de información adquirida en relación a ITS y VIH/SIDA.	Conjunto de información adquirida.	Calificación obtenida	Si No
Actitud sobre ITS y VIH/SIDA	Modo de actuar frente a una situación probable.	Actitud	Respuestas a las encuestas y Escala de Autoeficacia	Si No
Prácticas sobre ITS y VIH/SIDA	Experiencias frente a una situación específica.	Prácticas	Respuestas a las encuestas y Escala de Autoeficacia	Si No

4.7. DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Se utilizaron dos instrumentos de medición:

4.6.1. ENCUESTA DE VALORACIÓN DE CAPs: Fue el primer instrumento que se utilizó, mide los conocimientos, actitudes y prácticas sobre las infecciones de transmisión sexual, es un instrumento validado y aplicado en un estudio realizado en la ciudad de la Habana, en Cuba, por Fatjo Aymee, del Instituto de Medicina Tropical Pedro Kouri.

4.6.1.1. Validación del primer instrumento: El primer instrumento fue validado por Aymee Fatjo; por medio de consenso de expertos y para cumplimentar su validez, se sometió a la técnica de repetición del test,

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



utilizando como medida el coeficiente de correlación lineal entre las dos aplicaciones del test, considerándose bueno porque se obtuvo un resultado de 0.94. Para las variables de conocimientos y actitudes, los conocimientos se relacionan con mayores puntuaciones. Para las variables de prácticas, la mayor puntuación se relaciona con prácticas de riesgo, o malas prácticas.

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

4.6.2.1 Validación del segundo instrumento:

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

4.7. DESCRIPCIÓN DEL CUESTIONARIO (ANEXO 1)

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

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

- **Sección I**
- Identificación del cuestionario
- **Sección II**
- **Variables sociodemográficas del encuestado.**
- **Sección III**

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.
Mayra Beltrán P.
Cristina Fernández



- Preguntas de conocimientos sobre ITS.
- Sección IV
- Preguntas de actitudes.
- Sección V
- Preguntas de prácticas.

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

Sección VI

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

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

Variables de conocimientos sobre las ITS:

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

Variables de actitudes sobre las ITS

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

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



Variables de prácticas sobre las ITS

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

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

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

Nunca: Cuando no forma parte de sus prácticas sexuales.

- Razones por lo que no lo usa:

Disminuye la sensibilidad:

No sabe utilizarlo.

Pena negociarlo con la pareja:

Vergüenza adquirirlo en la farmacia.

Pareja estable.

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

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

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

Nunca: Cuando no forma parte de sus prácticas sexuales.

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

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



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

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

4.7.3. Puntuación final de las variables

Variables de conocimiento

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

Variables de actitudes

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

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

Variables de prácticas

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

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

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.
Mayra Beltrán P.
Cristina Fernández



4.7.4. La sección VI del formulario:

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

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

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

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

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

4.8. INTERVENCIÓN EDUCATIVA:

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

#	TEMAS	DURACION	METODOLOGIA	RECURSOS
I	SEXUALIDAD	30 MIN	FORO DE DISCUSION	DIAPPOSITIVAS
II	ORGANOS SEXUALES	30 MIN	CHARLAS INTERACTIVAS	DIAPPOSITIVAS
III	INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL	1 HORA	CHARLAS INTERACTIVAS	DIAPPOSITIVAS
IV	VIH/SIDA	1 HORA	CHARLAS INTERACTIVAS	DIAPPOSITIVAS

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.
Mayra Beltrán P.
Cristina Fernández



4.9. RECOLECCIÓN DE DATOS:

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

4.10. PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ETICOS

Para el estudio primero se presentó una solicitud correspondiente al Decano de la Facultad de Jurisprudencia, Dr. Jorge Morales. Se obtuvo el consentimiento informado a todos los sujetos investigados, los datos que se obtuvieron podrían ser verificados por la Facultad de Ciencias Médicas, por su Comisión de Bioética.

Los resultados finales serán socializados para el beneficio de la colectividad universitaria.

4.11. PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

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

Se realizó contraste de los resultados obtenidos en la 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

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.
Mayra Beltrán P.
Cristina Fernández



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

complementó con un Análisis de Varianza (ANOVA) para identificar la diferencia entre los promedios de los niveles de la escala.

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.
Mayra Beltrán P.
Cristina Fernández



CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

5.1. CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO

Se aplicó la entrevista pre-CAP a 75 estudiantes de Segundo Año de la Escuela de Derecho, se realizó la intervención educativa al grupo y se recopiló la información pos-CAP de todos los participantes. El análisis estadístico se realiza sobre este número.

5.2. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

La edad promedio fue de $20,1 \pm 2,9$ años entre un mínimo de 18 años y un máximo de 43 años.

Las mujeres fueron el 50,7%-

Los solteros fueron el 94,7%.

El 81,3% de los entrevistados profesa la religión católica.

El 90,7% reside en la zona urbana.

Del 100% de la muestra; el 16% (12 estudiantes) tuvo alguna experiencia sexual. Considerando a los 12 estudiantes como un subgrupo, el 33,3% de ellos tuvo su primera relación entre 13 y 16 años y el 66,6% entre 17 a 20 años (gráfico 1).

El promedio de edad de inicio de vida sexual del subgrupo de la población de estudio fue de $16,1 \pm 2,4$ años

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

Tabla 1

Características demográficas de 75 estudiantes de Segundo Año de la Escuela de Derecho de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca que participaron en un estudio CAPs sobre ITS. Cuenca 2009.

Variables demográficas	N	%
Edad		
18 a 21 años	66	88,0
22 a 43 años	9	12,0
Total	75	100
Sexo		
Femenino	38	50,7
Masculino	37	49,3
Total	75	100
Estado civil		
Soltero	71	94,7
Casado	2	2,7
Divorciado	1	1,3
Unión Libre	1	1,3
Total	75	100
Religión		
Católica	61	81,3
Evangélicos	3	4,0
Otros	11	14,7
Total	75	100
Residencia		
Urbana	68	90,7
Rural	7	9,3
Total	75	100
Edad de inicio de vida sexual		
13 a 16 años	4	5,3
17 a 20 años	8	10,7
Ninguna experiencia	63	84,0
Total	75	100

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: autoras

AUTORAS:

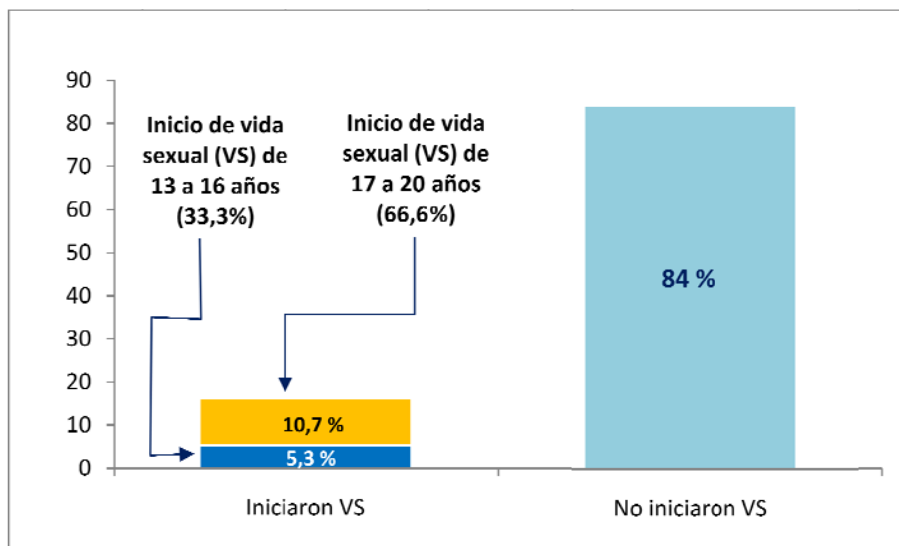
María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



Gráfico 1



Fuente: tabla 1

Elaboración: autoras

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



5.2. CONOCIMIENTOS SOBRE ITS Y VIH/SIDA

Los resultados del pos CAPs respecto al ítem de conocimientos acerca de condiloma, tricomoniasis y clamidiasis tuvieron un aumento significativo con unos valores de $p=0,003$, $p=0,0001$ y $p=0,0001$, respectivamente.

En lo que respecta a vías de transmisión de las ITS se observó una modificación significativa ($P = 0,0003$) en cuanto a la madre infectada.

En el conocimiento de los signos y síntomas de las ITS hubo un significativo aumento particularmente en lo que se refiere a secreción ($P = 0,002$), verrugas ($P = 0,002$) e inflamación ($P = 0,002$).

En el grupo de variables curación de las ITS se observó una mejoría significativa únicamente en clamidiasis ($P = 0,018$). En tricomoniasis, aunque hubo aumento éste no fue significativo. En los demás ítems se observó una disminución del número de personas que en un principio dijeron que eran curables.

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.
Mayra Beltrán P.
Cristina Fernández



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

Tabla 2

Conocimientos de 75 estudiantes de Segundo Año de la Escuela de Derecho de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca, sobre ITS/VIH-SIDA pre y postintervención educativa. Cuenca, 2009.

Variables de conocimientos	Preintervención N = 75 n (%)	Postintervención N = 75 n (%)	Valor P
Conocimiento sobre:			
Condiloma	3 (4,0)	14 (18,6)	0,003*
Herpes	63 (84,0)	64 (85,3)	1,000
Sífilis	55 (73,3)	63 (84,0)	0,734
SIDA	69 (92,0)	74 (98,6)	1,000
Gonorrea	58 (77,3)	60 (80,0)	0,681
Tricomoniasis	5 (6,6)	30 (40,0)	0,0001*
Clamidiasis	7 (9,3)	32 (42,6)	0,0001*
Conocimiento de las vías de transmisión de las ITS:			
Sin penetración	19 (25,3)	29 (38,6)	0,115
Con Penetración	66 (88,0)	70 (93,3)	0,403
Transfusión	72 (96,0)	71 (94,6)	1,000
Madre infectada	54 (72,0)	72 (96,0)	0,0003*
Beso o sudor	8 (10,6)	4 (5,3)	0,372
Conocimiento de los signos y síntomas de las ITS:			
Vientre bajo	13 (17,3)	22 (29,3)	0,122
Secreción	41 (54,6)	59 (78,6)	0,002*
Verrugas	42 (56,0)	59 (78,6)	0,002*
Manchas	41 (54,6)	47 (62,6)	0,403
Inflamación	27 (36,0)	46 (61,3)	0,002*
Conocimiento sobre tratamiento de las ITS:			
Sífilis	57 (76,0)	50 (66,6)	0,274
Condiloma	10 (13,3)	10 (13,3)	1,000
Blenorragia	43 (57,3)	37 (49,3)	0,403
Clamidiasis	21 (28,0)	36 (48,0)	0,018*
SIDA	2 (2,6)	1 (1,3)	1,000
Tricomoniasis	19 (25,3)	31 (41,3)	0,058

* Modificación estadísticamente significativa

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: autoras.

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



Tabla 3

Conocimientos de 75 estudiantes de Segundo Año de la Escuela de Derecho de la Facultad de Jurisprudencia 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 = 75 X ± DE	Valor P
1. Conocimientos sobre ITS	8,7 ± 2,5	10,2 ± 1,2	0,005*
2. Conocimientos de las vías de transmisión	8,1 ± 1,4	9,7 ± 1,2	0,005*
3. Signos y síntomas de ITS	6,1 ± 2,1	8,4 ± 1,9	0,003*
4. Conocimientos sobre curación de ITS	5,8 ± 2,1	9,3 ± 2,4	0,008*

* Modificación estadísticamente significativa

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: autoras

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 significativa.

En conocimiento sobre ITS se observa un aumento del promedio después de la intervención de $10,2 \pm 1,2$ con una puntuación buena, en comparación con $8,7 \pm 2,5$ antes de la intervención con una puntuación regular, según el instructivo de calificación, lo que indica un mayor conocimiento sobre ITS.

En conocimiento de las vías de transmisión de las ITS antes de la intervención se obtuvo una media de $8,1 \pm 1,4$ y después de la intervención la media fue de $9,7 \pm 1,2$ lo cual nos indica que antes y después de la intervención la puntuación fue buena.

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



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

En síntomas y signos de las ITS hay un aumento de la media a $8,4 \pm 1,9$ después de la intervención en comparación con el $6,1 \pm 8,4$ antes de la intervención con una puntuación regular tanto antes como después de la intervención.

En conocimientos sobre curación de ITS se observó una puntuación buena con una media de $9,3 \pm 2,4$ después de la intervención en comparación con $5,8 \pm 2,1$ antes de la intervención, con puntuación regular.

Los investigados en la post prueba obtuvieron en todos los ítems mejores resultados, lo que indicaría que la intervención educativa cumplió su objetivo.

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.
Mayra Beltrán P.
Cristina Fernández



5.3. ACTITUDES FRENTE A LAS ITS/VIH-SIDA

En las preguntas del pos CAPs, que tratan sobre *las recomendaciones que se deberían hacer a un amigo con una ITS*, los porcentajes que se elevaron fueron los correspondientes a los ítems sobre acudir al hospital, al médico o a sus padres. De estas tres la recomendación de acudir al médico fue significativamente mayor.

En la recomendación a un amigo que mantiene relaciones con desconocidos y en los ítems sobre acudir a la farmacia o a un amigo hubo una disminución no significativa aunque la esperada para la lógica del estudio. Debe interpretarse como un efecto de la intervención.

En los ítems que midieron la actitud ante un amigo con una ITS los hechos considerados beneficiosos son acudir al médico y ayudar a su curación. En ambos ítems hubo un aumento aunque no significativo. En las actitudes consideradas no beneficiosas hubo una esperada aunque no significativa disminución a excepción del ítem que considera que contraer una ITS es una manifestación de haber aprendido a hacer el amor. En éste hubo un incremento no significativo en la postintervención.

En la recomendación a un amigo(a) sobre el uso del condón para no infectarse con una ITS se consiguió una modificación aunque no significativa. En algunos de los demás ítems, hubo disminución en la vigencia de ciertas recomendaciones con respecto a la intervención. En la recomendación de no mantener relaciones se encontró un pequeño aumento.

En la recomendación a un amigo(a) que mantiene relaciones con desconocidos (as) hubo una mejoría altamente significativa en la utilización del preservativo, la acción de lavarse los genitales después de concluida la relación sexual y también en la recomendación de evitarlas ($P = 0,0001$).

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.
Mayra Beltrán P.
Cristina Fernández



Tabla 4

Actitudes de 75 estudiantes de Segundo Año de la Escuela de Derecho de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca, sobre ITS/VIH-SIDA pre y postintervención educativa. Cuenca, 2009.

Variables de Actitudes	Preintervención n = 75 n (%)	Postintervención n = 75 n (%)	Valor P
Recomendación a dónde debe acudir un amigo(a) que padece una ITS			
Hospital	59 (78,6)	71 (94,6)	0,007*
Médico	46 (61,3)	69 (92,0)	0,0001*
Padres	47 (62,6)	60 (80,0)	0,030*
Farmacia	12 (16,0)	10 (13,3)	0,575
Amigo	15 (20,0)	11 (14,6)	0,527
Actitud ante un amigo(a) con una ITS			
Acudir al Médico	70 (93,3)	72 (96,0)	0,751
Ayudaría a curarse	69 (92,0)	72 (96,0)	0,480
Aprendió a hacer el amor	6 (8,0)	8 (10,6)	0,751
Es propio de la edad	10 (13,3)	7 (9,3)	0,584
Alejarse	7 (9,3)	3 (4,0)	0,318
Recomendación a un amigo(a) para no infectarse con una ITS			
Condón	65 (90,6)	75 (100,0)	0,070
Fidelidad	66 (88,0)	67 (89,3)	1,000
Sin penetración	15 (20,0)	21 (28,0)	0,344
Escoger bien a la pareja	55 (73,3)	54 (72,0)	1,000
Conocimientos	73 (97,3)	64 (85,3)	0,019*
No relaciones	10 (13,3)	14 (18,6)	0,527
Recomendación a un amigo(a) que mantiene relaciones con desconocidos(as)***			
Condón	54 (72,0)	74 (98,6)	0,0001*
No relaciones	48 (64,0)	70 (93,3)	0,0001*
Lavarse	39 (52,0)	71 (94,6)	0,0001*
Médico	61 (81,3)	61 (81,3)	1,000

* Modificación estadísticamente significativa

***Desconocido, persona de encuentro unico.

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: autoras

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



Tabla 5

Actitudes de 75 estudiantes de Segundo Año de la Escuela de Derecho de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca, sobre ITS/VIH-SIDA pre y postintervención educativa. Cuenca, 2009.

Variables de actitudes	Preintervención n = 75 X ± DE	Postintervención n = 75 X ± DE	Valor P
1. Recomendación a donde acudir	5,7 ± 2,2	6,5 ± 2,3	0,0003*
2. Actitud ante un amigo(a) con ITS	8,3 ± 1,9	8,5 ± 1,8	0,565
3. Recomendación para no infectarse	7,5 ± 1,3	7,8 ± 1,6	0,363
4. Sobre relaciones con desconocidos	7,7 ± 2,2	8,6 ± 2,3	0,034*

* Modificación estadísticamente significativa

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: autoras

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 5,7 ± 2,2 y después de la intervención la media fue de 6,5 ± 2,3, las puntuaciones fueron buenas antes y después de la intervención.

En actitud ante un amigo(a) con una ITS antes de la intervención se obtuvo una media de 8,3 ± 1,9 y después de la intervención la media fue de 8,5 ± 1,8. La puntuación fue buena antes y después de la intervención.

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

En recomendación a un amigo(a) para no infectarse con una ITS antes de la intervención se obtuvo una media de $7,5 \pm 1,3$ y después de la intervención la media fue de $7,8 \pm 1,6$. Este incremento tiene una puntuación buena tanto antes como después de la intervención. La diferencia, sin embargo, no fue significativa ($P = 0,363$).

En recomendación a un amigo(a) que mantiene relaciones con desconocidos(as) se observa una diferencia significativa en cuanto a relaciones con desconocidos $P = 0,034$. Con una puntuación buena tanto antes como después de la intervención. El promedio antes de la intervención fue de $7,7 \pm 2,2$ y después de de $8,6 \pm 2,3$.

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.
Mayra Beltrán P.
Cristina Fernández



5.4. PRÁCTICAS SOBRE ITS/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 las variables que midieron relaciones homosexuales o heterosexuales hubo una disminución de los porcentajes aunque no significativa ($P = 0,480$).

En el grupo de variables sobre tipo de prácticas sexuales disminuyó el porcentaje de relaciones con desconocidos, aunque no significativamente ($P = 0,095$). Esta disminución debe considerarse como una reducción de las prácticas de riesgo.

Hubo aumento en la frecuencia de padecimiento de ITS del 1,3% al 2,6%.

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 2,7% pero en las relaciones fortuitas hubo un aumento del 4% 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 un aumento no significativo.

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.

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.
Mayra Beltrán P.
Cristina Fernández



Tabla 6

Prácticas de 75 estudiantes de Segundo Año de la Escuela de Derecho de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca, sobre ITS/VIH-SIDA pre y postintervención educativa. Cuenca, 2009.

Variables de Prácticas	Preintervención n = 75 n (%)	Postintervención n = 75 n (%)	Valor P
Relaciones homosexuales y heterosexuales			
Mismo sexo	2 (3,5)	0 (0,0)	0,480
Sexo contrario	35 (46,6)	37 (49,3)	0,312
Tipo de práctica sexual			
Sexo oral	16 (21,3)	22 (29,3)	0,334
Sexo anal	7 (9,3)	14 (18,6)	0,159
Coito genital	35 (46,6)	37 (49,3)	1,000
Padeció ITS	1 (1,3)	2 (2,6)	1,000
Conversa con su pareja sobre las ITS	27 (36)	26 (34,6)	1,000
Relaciones en estado embriaguez	13 (17,3)	22 (29,3)	0,122
Relaciones con desconocidos	34 (45,3)	23 (30,6)	0,095
Uso del preservativo en:			
Relaciones habituales con la pareja			
Siempre	15 (20,0)	13 (17,3)	1,000
Ocasionalmente	16 (21,3)	19 (25,3)	0,751
Nunca	3 (4,0)	4 (5,3)	1,000
Relaciones fortuitas			
Siempre	18 (24,0)	21 (28,0)	0,751
Ocasionalmente	8 (10,6)	9 (12,0)	1,000
Nunca	3 (4,0)	5 (6,6)	0,751

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: autoras

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



Tabla 7

Prácticas de 75 estudiantes de Segundo Año de la Escuela de Derecho de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca, sobre ITS/VIH-SIDA pre y postintervención educativa. Cuenca, 2009.

Evaluación de la prácticas	Preintervención <i>n</i> <i>N = 75</i> <i>X ± DE</i>	Postintervención <i>n</i> <i>N = 75</i> <i>X ± DE</i>	Valor P
1. Relaciones sexuales en los últimos tres meses: numero de parejas.	1,6 ± 1,1	1,1 ± 0,3	0,167
2. Relaciones heterosexuales, bisexuales u homosexuales.	3,9 ± 0,8	3,5 ± 0,3	0,130
3. Tipo de práctica sexual (riesgo)	5,1 ± 2,1	4,9 ± 1,8	0,448
4. Padecimiento de ITS.	0,7 ± 2,1	0,3 ± 1,6	0,130
5. Conversar con la pareja sobre ITS	3,5 ± 1,9	2,1 ± 1,3	0,0001*
6. Relaciones en estado de embriaguez o bajo afrodisíacos.	4,1 ± 1,2	2,9 ± 1,1	0,001*
7. Uso del preservativo en relaciones habituales con la pareja.	4,2 ± 1,2	3,6 ± 1,1	0,024*
8. Relaciones sexuales con desconocidos.	3,2 ± 2,6	2,5 ± 1,1	0,008*
9. Uso del preservativo en relaciones sexuales con desconocidos.	5,1 ± 0,8	4,3 ± 1,1	0,002*

* Modificación estadísticamente significativa

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: autoras

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

La modificación más significativa fue la de conversar con la pareja sobre ITS.

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



El número de parejas sexuales en los últimos 3 meses antes de la intervención varió entre 1 y 5 parejas con un promedio de $1,6 \pm 1,1$. Después de la intervención el número de parejas varió entre 1 y 2 con un promedio de $1,1 \pm 0,3$. La disminución no fue significativa ($P = 0,167$) (gráfico 2).

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

En relaciones heterosexuales, bisexuales u homosexuales antes de la intervención el promedio fue de $3,9 \pm 0,8$, luego de la intervención disminuyó a $3,5 \pm 0,3$. La disminución no fue significativa ($P = 0,130$).

La práctica sexual de riesgo antes de la intervención tuvo un promedio de $5,1 \pm 2,1$ y después de la intervención $4,9 \pm 1,8$. Se mantuvo con una puntuación de regular pero la diferencia no fue significativa ($P = 0,448$).

En padecimiento de ITS, el promedio de $0,7 \pm 0,1$ antes de la intervención disminuyó a $0,3 \pm 0,6$ después de la intervención ($P = 0,130$).

Conversar con la pareja sobre ITS, el promedio de $3,5 \pm 1,9$ antes de la intervención disminuyó a $2,1 \pm 1,3$ después de la intervención, con una diferencia significativa ($P = 0,0001$).

Las relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol u otras sustancias: antes de la intervención tuvo un promedio de $4,1 \pm 1,2$ y después de la intervención de $2,9 \pm 1,1$. La disminución fue significativa ($P = 0,001$).

El uso del preservativo en relaciones habituales con la pareja disminuyó de $4,2 \pm 1,2$ antes de la intervención a $3,6 \pm 1,1$ después de ella. La disminución fue significativa ($P = 0,024$).

El promedio de relaciones sexuales con desconocidos de $3,2 \pm 2,6$ antes de la intervención disminuyó a $2,5 \pm 1,1$ después ($P = 0,008$).

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.
Mayra Beltrán P.
Cristina Fernández

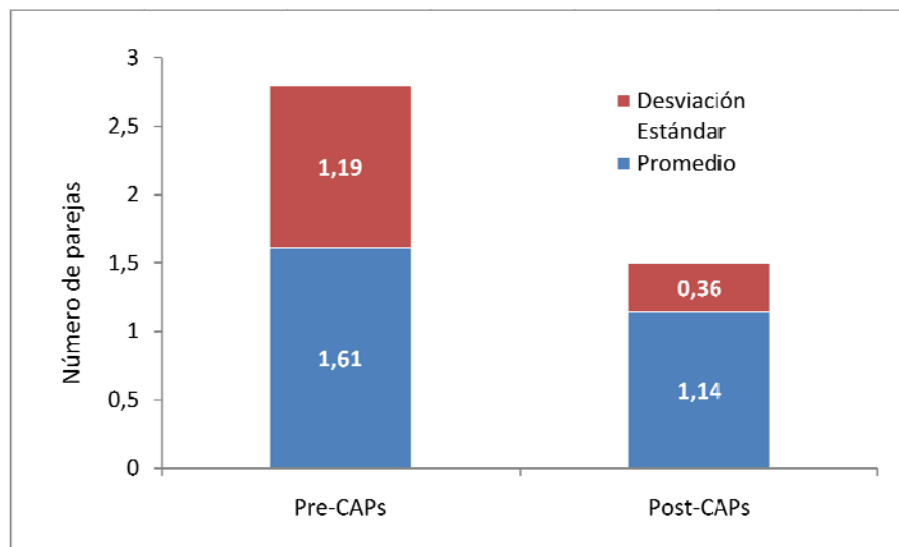


UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

El uso de preservativo en relaciones sexuales con desconocidos antes de la intervención disminuyó de $5,1 \pm 0,8$ a $4,3 \pm 1,1$ después de la intervención. El puntaje fue regular antes y después, y la disminución fue altamente significativa (0,002).

Estas diferencias significativas reafirman el beneficio de la intervención en la disminución de las prácticas sexuales de riesgo hacia prácticas sexuales seguras.

Gráfico 2



Fuente: tabla 7

Elaboración: autoras

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



5.5. AUTOEFICACIA PARA PREVENIR EL SIDA

Tabla 8

Autoeficacia de 75 estudiantes de Segundo Año de la Escuela de Derecho de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca, Subescala A antes y después de la intervención. Cuenca 2009.

A. ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de decir no, cuando te proponen tener relaciones sexuales?	Preintervención n = 75 n (%)	Postintervención n = 75 n (%)	Valor P
1. Alguien conocido hace 30 días o menos	48 (64,0)	44 (58,6)	0.439
2. Alguien cuya historia sexual es desconocida para ti	52 (69,3)	54 (72,0)	0.751
3. Alguien cuya historia de drogas es desconocida para ti	51 (68,0)	55 (73,3)	0.372
4. Alguien a quien has tratado con anterioridad?	53 (70,6)	50 (66,6)	0.751
5. Alguien a quien deseas tratar de nuevo	48 (64,0)	51 (68,0)	0.751
6. Alguien con quien ya has tenido relaciones sexuales	46 (61,3)	47 (62,6)	1.000
7. Alguien a quien necesitas que se enamore de ti	49 (65,3)	46 (61,3)	0.751
8. Alguien que te presiona a tener relaciones sexuales	47 (62,6)	48 (64,0)	1.000
9. Alguien con quien has estado bebiendo alcohol	52 (69,3)	52 (69,3)	1.000
10. Alguien con quien has estado utilizando drogas	50 (66,6)	52 (69,3)	1.000
11. Alguien y tu nivel de excitación sexual es muy alto	45 (60,0)	44 (58,6)	1.000

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: autoras

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



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

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

Hubo incremento en la seguridad de decir no: a alguien cuya historia sexual es desconocida (2,7%), a alguien cuya historia de drogas es desconocida (5,3%), a alguien a quien deseas tratar de nuevo (4,0%) y a alguien que te presiona a tener relaciones (1,4%).

El beneficio de la intervención osciló entre 1,4% y 4,0%.

Hubo disminución en la seguridad de decir no a alguien conocido hace 30 días o menos (5,4%), a alguien a quien has tratado con anterioridad (4,0%) y a alguien cuando tu nivel de excitación es muy alto (1,4%).

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.
Mayra Beltrán P.
Cristina Fernández



Tabla 9

Autoeficacia de 75 estudiantes de Segundo Año de la Escuela de Derecho de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca, Subescala B antes y después de la intervención. Cuenca 2009.

B. ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de...:	Preintervención n n = 75 n (%)	Postintervención n = 75 n (%)	Valor P
1. Preguntar a tu novio/a si se ha inyectado alguna droga?	56 (74,6)	61 (81,3)	0.439
2. Discutir sobre la prevención del SIDA con tu novio/a	57 (76,0)	61 (81,3)	0.527
3. Preguntar a tu novio/a sobre sus relaciones sexuales tenidas en el pasado?	53 (70,6)	57 (76,0)	0.584
4. Preguntar a tu novio/a si ha tenido alguna experiencia homosexual?	54 (72,0)	48 (64,0)	0.372

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: autoras

Hubo aumento en la seguridad para preguntar a la pareja si se ha inyectado alguna droga (6,7%), para discutir sobre la prevención del SIDA (5,3%) y para preguntar sobre las relaciones tenidas en el pasado (5,4%).

El beneficio de la intervención osciló entre 5,3% y 6,7%.

Hubo disminución (4,0%) en la seguridad para preguntar si ha tenido alguna experiencia homosexual.

Ninguno de los incrementos y disminuciones fue significativo.

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



Tabla 10

Autoeficacia de 75 estudiantes de Segundo Año de la Escuela de Derecho de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca, Subescala C antes y después de la intervención. Cuenca 2009.

C. ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de....	Preintervención n = 75 n (%)	Postintervención n = 75 n (%)	Valor P
1. Usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales?	61 (81,3)	64 (85,3)	0.654
2. Usar correctamente el condón	56 (74,6)	67 (89,3)	0.034*
3. Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado bebiendo alcohol?	44 (58,6)	49 (65,3)	0.480
4. Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado consumiendo o utilizado alguna droga?	44 (58,6)	54 (72,0)	0.122
5. Insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu novio/a prefiere no usarlo?	50 (66,6)	61 (81,3)	0.062
6. Negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón?	45 (60,0)	60 (80,0)	0.012*
7. Contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones?	47 (62,6)	61 (81,3)	0.017*
8. Acudir a la tienda a comprar condones?	48 (64,0)	66 (88,0)	0.0006*
9. Mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida?	36 (48,0)	47 (62,6)	0.101
10. Platicar con tu papá sobre temas sexuales	43 (57,3)	46 (61,3)	0.751
11. Platicar con tu mamá sobre temas sexuales	51 (68,0)	49 (65,3)	0.067

* Modificación estadísticamente significativa

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: autoras

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



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

Después de la intervención hubo incremento de los resultados, 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 ($P = 0,012$); 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 la seguridad de platicar con la madre sobre temas sexuales hubo un 2,7% de disminución.

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



Tabla 11

ANOVA de los niveles de Autoeficacia de 75 estudiantes de Segundo Año de la Escuela de Derecho de la Universidad de Cuenca, Subescalas A, B y C antes y después de la intervención. Cuenca 2009.

	Preintervención n = 75 X ± DE	Postintervención n = 75 X ± DE	IC para la media al 95%	Valor P
A. Seguridad para decir NO cuando te proponen relaciones sexuales en diversas circunstancias.	14,65 ± 3,70	14,76 ± 4,40	(14,04 – 15,36)	0,879
B. Seguridad de preguntar a la pareja sobre relaciones sexuales previas, uso de drogas, experiencia homosexual, discutir sobre SIDA.	4,97 ± 1,13	4,98 ± 1,33	(4,77 – 5,18)	0,949
C. Seguridad para utilizar el condón, mantener fidelidad y conversar con los padres sobre sexualidad.	13,51 ± 2,69	14,61 ± 3,41	(12,88 – 15,41)	0,031 *

* Modificación estadísticamente significativa

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: autoras

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 indebidamente, relaciones sexuales utilizando drogas y uso del preservativo.

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



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

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 ($P = 0,031$). En la seguridad de evitar relaciones sexuales en relación con el uso de drogas el incremento no fue significativo.

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.
Mayra Beltrán P.
Cristina Fernández



CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

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

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

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

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

La edad promedio de los estudiantes de la Escuela de Derecho fue de $20,1 \pm 2,9$ años entre un mínimo de 18 años y un máximo de 21 años. En un estudio realizado por Vera de Bucaramanga (Colombia) en 458 jóvenes la edad

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



promedio fue de 18.2 ± 2.2 años e incluyó estudiantes de colegio y universidades (20).

De los estudiantes que integraron nuestro estudio el 50,7% fueron mujeres. Predominó el estado civil soltero con el 94,7%, los casados fueron el 2,7% y en unión libre y divorciados estuvieron el 1%.

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 (21).

En nuestra población de estudio la edad de inicio de relaciones sexuales del 16% de los entrevistados fue entre los 13 a los 20 años con un promedio de $16,1 \pm 2,4$ años. Las mujeres estuvieron en un mínimo de 13 años y un máximo de 20 con un promedio de $16,5 \pm 2,2$ años y los varones entre un mínimo de 17 y un máximo de 18 años con un promedio de $17,3 \pm 0,5$ años.

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

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



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 M. y de Chile según Maddaleno M. (78% en hombres y 41% de las mujeres) (25).

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 5 parejas con un promedio de $1,6 \pm 1,1$. Después de la intervención el número de parejas varió entre 1 y 2 con un promedio de $1,1 \pm 0,3$. 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 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 (24).

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

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



identificación de preferencias bisexuales que en estudios como los realizados en Colombia por Ruiz M. se halló hasta en el 5% (23).

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).

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% (20).

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 ($P = 0,0001$).

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.
Mayra Beltrán P.
Cristina Fernández



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 Camaguey 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 (20).

El 96% de los estudiantes reconocieron las transfusiones sanguíneas como medio de transmisión de las ITS y VIH/SIDA, valores que disminuyó 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 (25).

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

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



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. (25).

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 24% al 28%. 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

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



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 chi 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.

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.
Mayra Beltrán P.
Cristina Fernández



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 (23).

En una intervención educativa sobre sexualidad y enfermedades de transmisión sexual que se realizó en un grupo de estudiantes del instituto preuniversitario "raúl cepero bonilla", y a un grupo de trabajadores de la dulcería "la gran vía", del municipio "10 de octubre" de ciudad de la habana, cuba, en el período comprendido entre octubre de 1997 y octubre de 1998 con el objetivo de modificar el nivel de conocimientos y comportamiento sexual de la muestra en estudio. para ello se desarrolló una intervención educativa sobre sexualidad y enfermedad de transmisión sexual encaminada a resolver las principales deficiencias encontradas, después del análisis de una primera encuesta aplicada posteriormente se aplicó una segunda encuesta midiendo las mismas variables con mayor grado de profundidad, obteniéndose mejoría del nivel de conocimientos sobre sexualidad y enfermedad de transmisión sexual.

Fueron encuestados 146 estudiantes, con un predominio del sexo femenino representado por un 73,3 %. El 69 % de los trabajadores contó con edades entre 25 y 45 años, de ellos el 59 % del sexo femenino.

Encontramos que el 91,5 % de los estudiantes tuvo la primera relación sexual con 15 años o menos, mientras que sólo el 8 % de los trabajadores llegó a tener relaciones sexuales antes de dicha edad.

Los 18 y los 19 años fueron las edades en que se produjo para el 69 % de los trabajadores, la primera relación sexual. El 10,8 % de los estudiantes cita a la escuela como la fuente fundamental de información sexual, siendo citado el médico en 76,3 % de los casos, y menos aún la familia (23,8 %) y los medios

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



de difusión masiva (8,5 %). 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. De los estudiantes el 96,6 % declaró no haber contraído ETS, el 87,3 % se consideró sin riesgo de contagiarse con ETS, aunque a la mayor parte les preocupa esa posibilidad (85,6 %). La preocupación por el contagio se encuentra en el 88 % de los trabajadores, de los que sólo el 35 % se considera sin riesgo. En la segunda encuesta el 72,3 % de los estudiantes se considera con riesgo, y al 96 % les preocupa la posibilidad del contagio.

Según los grupos de estudiantes las respuestas regulares y malas disminuyeron del 50 al 48,5 %, y del 12 al 3 % respectivamente de la primera a la segunda encuesta, en el 10mo grado; mientras que en el 11no grado, las respuestas regulares y malas disminuyeron del 66,7 % al 51,3 %, y del 10,3 % al 0 %, aumentando las buenas del 2,3 al 48,7 %.

En el grupo de 12mo grado las respuestas regulares y malas disminuyeron del 62,1 al 42 %, y del 27,3 % al 0 %, respectivamente de la primera a la segunda encuesta, de la misma forma que las buenas aumentaron del 8,1 al 58 %. (24)

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.

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



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 mujeres 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

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.
Mayra Beltrán P.
Cristina Fernández



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.

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.
Mayra Beltrán P.
Cristina Fernández



7.2. RECOMENDACIONES

- Integrar al currículo universitario la educación sexual y reproductiva para fomentar la información requerida a los jóvenes, para concienciarlos y lograr una sexualidad responsable.
- La modificación del comportamiento sexual es uno de los aspectos más significativos que se deben lograr en la prevención de las infecciones de transmisión sexual, y a nuestro juicio esto sólo puede lograrse con los programas de información, asesoramiento y comunicación bien diseñados dirigidos a los jóvenes, por lo que se recomienda a las autoridades de las facultades implementar un Departamento de Orientación y Bienestar Estudiantil, de tal manera que los estudiantes puedan acudir a recibir el apoyo que necesitan para prevenir estas infecciones.
- Realizar estudios similares, utilizando las encuestas CAPs, y extrapolar a otros temas de importancia para los jóvenes como el consumo de drogas.
- Desarrollar herramientas educativas de prevención de las ITS y de la infección por VIH, con un lenguaje entendible en nuestro medio y que permita al joven identificarse en su entorno y formular el cambio.

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.
Mayra Beltrán P.
Cristina Fernández



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vasallo, C. II Taller Nacional de Educación en Bioética Simposio: Extensión Universitaria con temas de Ética y Bioética: Conferencia: Sexualidad. Salud Sexual. Prevención del VIH–SIDA. Facultad de Ciencias Médicas General Calixto García Iñiguez. La Habana. 2006. Disponible en:
http://www.ucmh.sld.cu/rhab/rhcm_vol_6num_5/rhcm14507.htm
2. Arango, M. La prostitución universitaria “las prepago”. Universidad Pontificia Bolivariana. Escuela de ciencias sociales. Facultad de psicología, Medellín, Colombia, 2006. Disponible:
<http://eav.upb.edu.co/banco/files/TesisLasPrepagos.pdf>
3. Raza, M. Curioso, W. et. Al. Enfermedades de Transmisión Sexual. Epidemiología. Portal de Salud Global. Perú. Disponible en:
http://portal.saludglobalperu.org/index.php?option=com_content&task=view&id=92&Itemid=81&lang=es
4. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Informe sobre la epidemia mundial del SIDA. Disponible en:
http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/Global_report.asp
5. Gómez, W. Damaso, B. et. Al. Comportamientos sociales y sexuales asociados a las infecciones de transmisión sexual en jóvenes del Alto Huallaga, Perú. An Fac med. 2008; 69(1):17-21. Disponible en:
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/379/37911588004.pdf>
6. Escobar, E. Infecciones de Transmisión Sexual en la adolescencia. Disponible en:
[http://www.gineadol.com.ar/Documentos/ITS%20en%20la%20Adolescencia%20Dra%20%20Escobar%20\(2\).pps](http://www.gineadol.com.ar/Documentos/ITS%20en%20la%20Adolescencia%20Dra%20%20Escobar%20(2).pps).
7. World Health Organization (WHO). Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual 2001. Disponible en:
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/es/mngt_stis/guidelines_es.pdf
8. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Un Enfoque Cultural de la Prevención y la Atención

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.
Mayra Beltrán P.
Cristina Fernández



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

del VIH /SIDA Proyecto de Investigación UNESCO/ONUSIDA Colección Especial de Manuales Metodológicos, N° 1. División de Políticas Culturales y Diálogo Intercultural UNESCO, 2003. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001255/125589s.pdf>

9. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Junta Ejecutiva del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y del Fondo de Población de las Naciones Unidas Segundo período ordinario de sesiones de 2001 Nueva York, 10 a 14 de septiembre de 2001 Tema 7 del programa provisional FNUAP. Disponible en: www.unfpa.org/exbrd/2001/secondsession/dpfpamng3_spa.Doc
10. ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA: Resumen de orientación. Edición especial con motivo del décimo aniversario del ONUSIDA. Disponible en: http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2006/2006_GR-xecutiveSummary_es.p
11. WHO. Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections overview and estimates. Disponible en: http://www.who.int/hiv/pub/sti/who_hiv_aids_2001.02.pdf
12. Schaalma, P. Gerjo, K. et Al. Educación sobre el VIH para los jóvenes. Perspectivas, 32(2): 1-28. 2002. Disponible en: <http://www.ibe.unesco.org/publications/Prospects/ProspectsPdf/122s/122ssch.pdf>
13. Vera LM, López N, et. Al. Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infección por VIH en jóvenes. Ac. Med Colomb; 26(1):16-23. 2001. Disponible en: <http://ceupromed.ucol.mx/morfo/articulos/articulos/a60740165AD5.pdf>
14. Gonzales, F. Universidad Católica de Colombia. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en jóvenes entre 14 y 25 años de edad de estratos 1 y 2 del SISBEN de un municipio del departamento de Cundinamarca. Una aproximación al paradigma dominante. Acta Colombiana de Psicología 12(1): 59-68. 2004. Disponible en: http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/acta/pdfs/n12/art_5_acta_12.pdf
15. García, T. Rodríguez, R. et. Al. Efectividad de las técnicas participativas en los conocimientos sobre el SIDA en. *Rev. Cubana Med. Gen Integr.*

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.
Mayra Beltrán P.
Cristina Fernández



2000;16(5):474-479.. Disponible en:

www.inlatina.org/bv/archivos/autores-g/g%20-%20001%20-%201.pdf

16. Vera L, Lopéz N. Diferencias en los conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales relacionados con el SIDA, entre hombres y mujeres jóvenes de Bucaramanga. Rev. Médica Colombiana. 32(1): 32-40. 2001. Disponible en: <http://www.bioline.org.br/request?rc01007>
17. Rivas, E. y cols. Conocimientos y actitudes sobre VIH/SIDA de estudiantes de Enfermería de las universidades de la frontera y austral de Chile. Temuco - Valdivia. Chile. Rev. Ciencia y enfermería 15(1): 109-119. 2004. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n1/art12.pdf>
18. Velásquez, A. Efecto de un CD Multimedia (Planeta Riesgo Xero) en los Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH/SIDA de adolescentes de Colegios de Lima Metropolitana. Ana. de la Fac. de Med. 66(3): 232-240. 2005. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/379/37966307.pdf>
19. Melendez, A. Boletines Epidemiológicos. Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) sobre Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)/SIDA en mujeres en edad fértil (MEF) del área rural del municipio de León, Nicaragua. 2005. Ministerio de Salud de Nicaragua. Disponible en: <http://www.minsa.gob.ni/vigepi/html/boletin/2005/semana33/editorial33.pdf>
20. Vera, LM. López, N. et. Al. Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infección por VIH en jóvenes. Acta Med Colomb.; 26:16-23. 2001. Disponible en: <http://ceupromed.ucol.mx/morfo/articulos/articulos/a60740165AD5.pdf>
21. Gayet, C. Juárez, F. et. Al. Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual. Salud pública Méx. 45(5): 632-640. 2003. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/106/10609908.pdf>.
22. Barros, T. Barreto, D. et al. Un modelo de prevención primaria de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/sida en adolescentes. Rev Panam Salud Pública [serial on the Internet]. 2001 Aug [cited 2010 Jan 09]; 10(2): 86-94. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



49892001000800003&lng=en. doi: 10.1590/S1020-
49892001000800003

23. Ruiz, AM. y cols. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en una población universitaria. Rev. Sogia; 12(3):86-93. 2005. Disponible en:
<http://www.cemera.cl/sogia/pdf/2005/XII3conocimientos.pdf>
24. Eisenberg, M. Differences in sexual risk behavior between college students with same-sex and opposite sex experience: results from a national survey. Archives of Sexual Behavior. 30(6): 575-90.
25. Hernández JM, Toll JC, Díaz G, Castro J. Intervención Educativa sobre sexualidad y Enfermedades de Transmisión Sexual. Rev. Cubana Med. Gen. Integr.; 16(1):39-44. 2000. Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_1_00/mgi07100.pdf

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.
Mayra Beltrán P.
Cristina Fernández



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 DE SEGUNDO AÑO
DE LA ESCUELA DE DERECHO, ACERCA DE LAS INFECCIONES DE
TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH/SIDA”. CUENCA, 2008-2009.**

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

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

SECCIÓN I

01 NUMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CUESTIONARIO

Fuente: ----- Fecha día mes año

		Preintervención ☐	Pos intervención ☐
RESULTADO			
Número	Preguntas	Categorías de codificación	
SECCIÓN II			
P01	¿En que día, mes y en que año nació?	Día Mes Año	
P02	¿Cuántos años tiene?		
P03	Genero	Masculino ☐ Femenino ☐	
P04	Estado Civil	Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐	

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

		Unión Libre ☐
P05	Religión	Católica ☐ Evangélica ☐ T. de Jehova ☐ Otro ☐
P06	Residencia	Urbano ☐ Rural ☐
SECCIÓN III		
P07	¿Qué infecciones de transmisión sexual conoce?	Condiloma 1 Si ☐ 2 No ☐ Herpes 1 Si ☐ 2 No ☐ Sífilis 1 Si ☐ 2 No ☐ SIDA 1 Si ☐ 2 No ☐ Gonorrea 1 Si ☐ 2 No ☐ Tricomoniasis 1 Si ☐ 2 No ☐ Clamidiasis 1 Si ☐ 2 No ☐ Otras 1 Si ☐ 2 No ☐ Señale cuales----- ----- --
P08	¿Usted sabe como se transmiten estas infecciones?	Contacto sexual sin penetración 1 Si ☐ 2 No ☐ Contacto sexual con penetración 1 Si ☐ 2 No ☐ Por una transfusión de sangre 1 Si ☐ 2 No ☐ De una madre infectada a su hijo por el embarazo, parto o lactancia 1 Si ☐ 2 No ☐ A través del beso o el sudor 1 Si ☐ 2 No ☐ Otras 1 Si ☐ 2 No ☐
P09	¿Usted sabe como se manifiestan las infecciones de transmisión sexual?	Dolor el vientre bajo 1 Si ☐ 2 No ☐ Secreción por los genitales externos 1 Si ☐ 2 No ☐ Verrugas en genitales externos 1 Si ☐ 2 No ☐ Manchas en la piel 1 Si ☐ 2 No ☐ Inflamación de Los ganglios 1 Si ☐ 2 No ☐ Otras 1. Si ☐ 2 No ☐
P10	¿Son curables estas infecciones?	Sífilis 1 Si ☐ 2 No ☐ Condiloma 1 Si ☐ 2 No ☐ Blenorragia o Gonorrea 1 Si ☐ 2 No ☐ Clamidiasis 1 Si ☐ 2 No ☐ SIDA 1 Si ☐ 2 No ☐ Tricomoniasis 1 Si ☐ 2 No ☐
SECCION IV		

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

P11	Si conociera a un amigo o (a) con una ITS. ¿A donde le recomendaría acudir para recibir atención?	A un hospital cercano 1 Si ☐ 2 No ☐ A su médico de familia 1 Si ☐ 2 No ☐ A una farmacia 1 Si ☐ 2 No ☐ A otro amigo/(a) para que le sugiera tratamiento 1 Si ☐ 2 No ☐ Conversar con sus padres 1 Si ☐ 2 No ☐ Otras 1 Si ☐ 2 No ☐ Cuales _____ _____
P12	Si un amigo o (a) tuviera una ITS; ¿Cuál sería su actitud?	Me alejaría de el o ella 1 Si ☐ 2 No ☐ Le ayudaría a curarse 1 Si ☐ 2 No ☐ Le diría que aprendió a hacer el amor 1 Si ☐ 2 No ☐ Que es propio de la edad 1 Si ☐ 2 No ☐ Le sugeriría visitar a su médico de familia 1 Si ☐ 2 No ☐
P13	¿Qué le aconsejaría a sus amigo para no infectarse con una ITS?	Tener conocimientos sobre las infecciones 1 Si ☐ 2 No ☐ No tener relaciones sexuales 1 Si ☐ 2 No ☐ Fidelidad a su pareja 1 Si ☐ 2 No ☐ Escoger bien la pareja 1 Si ☐ 2 No ☐ Usar condón en todas las relaciones sexuales 1 Si ☐ 2 No ☐ Tener relaciones sin penetración 1 Si ☐ 2 No ☐
P14	¿Qué sugerencia le daría a un amigo o (a) que le comunica tiene relaciones sexuales con desconocidos o poco conocidos?	Protegerse con el uso del condón 1 Si ☐ 2 No ☐ Lavarse los genitales después de concluida la relación sexual 1 Si ☐ 2 No ☐ Visitar al médico buscando orientación 1 Si ☐ 2 No ☐ No tener relaciones sexuales con desconocidos 1 Si ☐ 2 No ☐
SECCION V		
P15	¿Ha tenido relaciones sexuales?	1 Si ☐ 2 No ☐
P16	¿A que edad inició su vida sexual?	Años
P17	¿Con cuántas personas ha	Personas

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

	tenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses?	
P18	Ha tenido durante su vida relaciones sexuales con :	Personas del mismo sexo 1 Si ☐ 2 No ☐ Personas del sexo contrario 1 Si ☐ 2 No ☐ Personas de ambos sexos 1 Si ☐ 2 No ☐
P19	¿Qué tipo de hábito sexual utiliza durante sus relaciones sexuales?	Sexo oral 1 Si ☐ 2 No ☐ Sexo anal 1 Si ☐ 2 No ☐ Coito genital 1 Si ☐ 2 No ☐
P20	¿Ha padecido de alguna ITS?	1 Si ☐ 2 No ☐ Mencione cual o cuales
P21	¿Conversa con su pareja sobre estas infecciones?	1 Si ☐ 2 No ☐
P22	¿Ha tenido relaciones sexuales en estado de embriaguez o bajo los efectos de sustancias afrodisíacas?	1 Si ☐ 2 No ☐
P23	¿Utiliza condón en tus relaciones habituales con tu pareja?	1. Siempre ☐ 2. Ocasionalmente ☐ 3. Nunca ☐
P24	Si no lo ha utilizado. ¿Por qué?	Disminuye la sensibilidad 1 Si ☐ 2 No ☐ No se utilizarlo 1 Si ☐ 2 No ☐ Me da pena negociarlo con mi pareja 1 Si ☐ 2 No ☐ Siento vergüenza al adquirirlo en la farmacia 1 Si ☐ 2 No ☐ Considero que mi pareja es estable 1 Si ☐ 2 No ☐
P25	¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales con personas	1 Si ☐ 2 No ☐

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

	desconocidas o poco conocidas?	
P26	¿Ha utilizado el condón en relaciones fortuitas?	1. Siempre ☐ 2. Ocasionalmente ☐ 3. Nunca ☐

AUTORAS:

María Belén Cabrera A.
Mayra Beltrán P.
Cristina Fernández



**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 creas tener

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

AUTORES:

María Belén Cabrera A.
Mayra Beltrán P.
Cristina Fernández



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

	Nad a segu ro	Algo segu ro	Medi o segu ro	Muy segu ro	Totalme nte seguro
B) Qué tan seguro estás de ser capaz de:					
1. Preguntar a tu novio/a si se ha inyectado alguna droga?	1	1	1	1	1
2. Discutir sobre la prevención del SIDA con tu novio/a	2	2	2	2	2
3. Preguntar a tu novio/a sobre sus relaciones sexuales tenidas en el pasado?	3	3	3	3	3
4. Preguntar a tu novio/a si ha tenido alguna experiencia homosexual?	4	4	4	4	4

AUTORES:

María Belén Cabrera A.
Mayra Beltrán P.
Cristina Fernández



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

	Nada segu ro	Algo segu ro	Medi o segu ro	Muy segu ro	Totalme nte segu ro
C) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de....					
1. Usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales?	1	1	1	1	1
2. Usar correctamente el condón	2	2	2	2	2
3. Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado bebiendo alcohol?	3	3	3	3	3
4. Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado consumiendo o utilizado alguna droga?	4	4	4	4	4
5. Insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu novio/a prefiere no usarlo?	5	5	5	5	5
6. Negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón?	6	6	6	6	6
7. Contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones?	7	7	7	7	7
8. Acudir a la tienda a comprar condones?	8	8	8	8	8
9. 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

AUTORES:

María Belén Cabrera A.
Mayra Beltrán P.
Cristina Fernández



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

Gonorrea:	2 puntos
SIDA:	2 puntos
Condiloma:	1 punto
Trichomona:	1 punto
Clamidia:	1 punto
Herpes:	1 punto
Otras relacionadas:	1 punto

Pregunta 08. Puntuación final 12 y -2

Conocimiento de las vías de transmisión de las ITSs

Si reconoce:

Contacto con penetración:	3 puntos
Materna:	3 puntos
Transfusión:	3 puntos
Otra con relación:	1 punto

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

AUTORES:

María Belén Cabrera A.
Mayra Beltrán P.
Cristina Fernández



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

Si reconoce:

Sífilis:	3 puntos
Tricomona:	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

AUTORES:

María Belén Cabrera A.
Mayra Beltrán P.
Cristina Fernández



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

Si reconoce:

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

Pregunta 14. Puntuación final entre 10 y cero

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

Si reconoce:

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

PRÁCTICAS

Pregunta 15

No se evalúa.

Pregunta 16

No se evalúa

Pregunta 17. Puntuación final entre 10 y 4

Relaciones sexuales en los últimos 12 meses: número de parejas

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

Pregunta 18. Puntuación final entre 10 puntos y 4

Relaciones heterosexuales, bisexuales, homosexuales

Personas del sexo contrario:	4 puntos
------------------------------	----------

AUTORES:

María Belén Cabrera A.
Mayra Beltrán P.
Cristina Fernández



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

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

AUTORES:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

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

AUTORES:

María Belén Cabrera A.

Mayra Beltrán P.

Cristina Fernández



**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN
EN “EVALUACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS
ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS ESTUDIANTES DE SEGUNDO AÑO DE
LA ESCUELA DE DERECHO, DE LA UNIVERDIDAD DE CUENCA, ACERCA
DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH/SIDA”, CUENCA
2008-2009.** Cuenca, a _____, de _____, del 2008.

Sr.

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 de los investigadores

AUTORES:

María Belén Cabrera A.
Mayra Beltrán P.
Cristina Fernández