



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

**EVALUACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LOS  
CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN LOS  
ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL DE  
LA FACULTAD DE JURISPRUDENCIA DE LA UNIVERSIDAD  
DE CUENCA, FRENTE A LAS INFECCIONES DE  
TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y VIH/SIDA**

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

**Autores: Henry Beltrán Serrano  
Christian Buenaño Rodríguez  
Gabriel Cabrera Bustamante**

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

**CUENCA, ECUADOR  
2010**

### ***Dedicatoria***

***A Gerardo, mi padre, que con su sabiduría, ejemplo, constancia y dedicación me ha puesto en su mismo camino profesional dándome la oportunidad de servir a la comunidad.***

***A Carmen, mi madre, quien con su amor y grandes consejos supo guiar mi vida y a mis hermanos por su tolerancia y afecto.***

***Y a todas las personas que supieron guiarme en este noble camino de la medicina.***

***Henry***

### *Dedicatoria*

*A Eduardo, mi padre, cuyo ejemplo y abnegación me hicieron comprender el gran sentido humanista de la medicina.*

*A Eulalia, mi madre, por ser un pilar de amor sincero en mi vida; especialmente a Aracely, mi hermana, que con su estímulo y apoyo me han convertido en un profesional de la salud.*

*A Karen, que desde la distancia supo mantener mi motivación para continuar hasta el final.*

*Y a todas las personas que me permitieron llegar hasta aquí.*

*Christian*

### ***Dedicatoria***

***Los sueños, ilusiones, objetivos y metas se van cumpliendo con el paso del tiempo y esto junto a dos palabras llamadas esfuerzo y dedicación, días y noches sin descanso pero en mi mente siempre presente nunca dejarme vencer y siempre pensar en triunfar es por eso que con todo el amor y gratitud de dedico mi tesis a mi padre Germán y a mi madre Mariela quienes juntos formaron de mí una persona de bien y buenos valores y confiaron en mí permitiéndome, aunque a la distancia y sin su compañía y diarios consejos, formarme en esta profesión en la que un primer logro se ha cumplido; también agradezco a mi hermano Andrés de quien me separa un escalón en esta profesión, de quien sus sabios consejos fueron indispensables, y para una persona que siempre supo vencer y ser primero en todos sus propósitos, quien a su corta edad me hace sentir orgulloso y de quien sigo su ejemplo y le dedico el mío: mi hermano Ernesto.  
Y al Ser Supremo, el más importante, quien con motivo nos puso en el camino de esta profesión y ese motivo es ayudar.***

***Gabriel***

## **AGRADECIMIENTO**

**A la Escuela de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la  
Universidad de Cuenca.**

**A nuestros queridos profesores, guías espirituales de la formación  
profesional.**

**A la Dra. Eulalia Freire, Directora y Asesora de la presente investigación  
con quien compartimos largas jornadas de trabajo y al Dr. Iván E.  
Orellana por su apoyo incondicional.**

**Y a nuestros padres quienes nos enseñaron que ninguna meta es  
inalcanzable si se esfuerza por conseguirlo.**

*Los autores*

## **RESPONSABILIDAD**

Los conceptos emitidos en este informe son de exclusiva  
responsabilidad de sus autores.

*Henry Beltrán Serrano*  
*0301981460*

*Christian Buenaño Rodríguez*  
*0103739652*

*Gabriel Cabrera Bustamante*  
*0105154280*

# ÍNDICE

<b>Contenido</b>	<b>página</b>
<b>CAPÍTULO I</b>	
1.1. Introducción.....	1
1.2. Delimitación del Problema.....	2
1.3. Justificación.....	7
<b>CAPÍTULO II</b>	
2. Marco Teórico.....	8
2.1. Las infecciones de transmisión sexual.....	8
2.2. Las teorías del aprendizaje.....	14
2.3. ¿Las intervenciones modifican las conductas?.....	20
<b>CAPÍTULO III</b>	
3. Hipótesis y Objetivos.....	22
3.1. Hipótesis.....	22
3.2. Objetivos.....	22
<b>CAPÍTULO IV</b>	
4. Metodología.....	24
4.1. Tipo de estudio.....	24
4.2. Universo.....	24
4.3. Área de estudio.....	24
4.4. Variables.....	24
4.5. Relación de Variables.....	24
4.6. Operacionalización de las variables.....	25
4.7. Procedimientos y técnicas.....	25
4.8. Manejo Bioético.....	30
4.9. Análisis estadístico.....	30
<b>CAPÍTULO V</b>	
5. Resultados.....	32
5.1. Cumplimiento del estudio.....	32
5.2. Características basales de la muestra.....	33
5.3. Evaluación de conocimientos.....	33
5.4. Evaluación de actitudes.....	39
5.5. Valoración de las prácticas.....	43
5.6. Autoeficacia para prevenir el SIDA.....	47
<b>CAPÍTULO VI</b>	
6. Discusión.....	49
<b>CAPÍTULO VII</b>	
7. Conclusiones y Recomendaciones.....	57
7.1. Conclusiones.....	57
7.2. Recomendaciones.....	57
<b>Referencias Bibliográficas</b> .....	59
<b>Anexos</b> .....	59

## RESUMEN

**Objetivo.** Evaluar y modificar los conocimientos, actitudes y prácticas (CAPs) de los estudiantes de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Cuenca frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA.

**Materiales y Método.** Con un diseño cuasiexperimental (antes y después) se incluyeron 100 estudiantes de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Cuenca, período lectivo 2008-2009, a quienes se realizó una encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas y escala de autoeficacia, antes y después de un módulo de intervención educativa.

**Resultados.** Participaron 100 estudiantes antes y después de la intervención. La edad promedio de la muestra fue de  $21,8 \pm 4,2$  años. El 63% estuvo entre 18 y 21 años. Predominaron las mujeres con el 85% y los solteros fueron el 87%. El 91% fue católico y el 88% de la muestra residente en zona urbana.

La edad de la primera relación sexual fue de  $17,7 \pm 2,2$  en el 56% de la muestra, el 44% (mujeres 42% y varones 2%) aseguró no haber tenido relaciones sexuales.

Se obtuvo modificación de conocimientos sobre ITS, vías de transmisión, síntomas y formas de curación ( $P < 0,05$ ). Se incrementó la intención de uso del profiláctico (preservativo) ( $P < 0,05$ ). En prácticas se incrementó el uso consistente de preservativos ( $P < 0,05$ ).

La intervención elevó el nivel de autoeficacia en negarse a tener relaciones sexuales bajo el efecto de drogas; y bajo presión. Así también se elevó la autoeficacia en preguntar a la pareja sobre la experiencia sexual pasada; fidelidad y uso del preservativo.

**Conclusiones:** La intervención educativa si modificó los conocimientos, actitudes y prácticas, de los estudiantes de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Cuenca, sobre ITS y VIH/SIDA y elevó el nivel de autoeficacia frente al VIH/SIDA.

**Descriptor DeCS:** infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, conocimientos, actitudes y prácticas.



## SUMMARY

**Objective.** Evaluate and modify knowledge, attitudes and practices of students in the school of Social Work from the University of Cuenca on sexual transmitted infections (STIs) and HIV/AIDS.

**Materials and methods.** With a design cuasiexperimental (before and after) included 100 students from the school working social of the University of Cuenca, instructional period 2008-2009, who conducted a survey on knowledge, attitudes and practices and self-efficacy, scale before and after a module educational intervention.

**Results.** 100 Students participated before and after the intervention. The average age of the sample was  $21.8 \pm 4.2$  years. 63 % Was between 18 and 21 years. Prevalled 85% women and single men were 87%. 91% Was Catholic and 88% of the resident sample in urban area.

The age of first intercourse is  $17.7 \pm 2.2$  in 56% of the sample, 44% (2% men and women 42%) said not having a sexual relationship.

Modification of knowledge about ITS routes of transmission, symptoms and forms of healing ( $P < 0.05$ ) was obtained. It increased the intended use of prophylactic (condom) ( $P < 0,05$ ).

The intervention increased the level of self-efficacy in refusing to have sex under the influence of drugs, and under pressure. This also raised the self-efficacy in asking the partner about past sexual experience, fidelity and condom use.

**Conclusions:** educational if modified knowledge, attitudes and practices, the students of the school of social work of the University of Cuenca, on STIs and HIV/AIDS and raised the level of self-efficacy to HIV/AIDS intervention.

**Key words:** infections of STDs, HIV/AIDS, knowledge, attitudes and practices.

# CAPÍTULO I

## 1.1. INTRODUCCIÓN

Las Infecciones de Transmisión Sexual no son recientes, pues conllevan muchos años en los que poco a poco han ido apareciendo distintas enfermedades, y con el paso del tiempo muchos médicos y científicos han contribuido a la ciencia de la salud para encontrar su cura, en la actualidad el índice de morbimortalidad relacionado a las infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA ha aumentado considerablemente repercutiendo en todo estrato social con mayor incidencia en poblaciones subdesarrolladas y de nivel sociocultural bajo, siendo estas causa principal de los más importantes problemas de salud para los jóvenes y de forma indirecta aumentando el número de enfermedades que se creían ya controladas como la Tuberculosis, la misma que tiene estrecha relación con la infección VIH/SIDA convirtiéndose en enfermedad marcadora de esta última. Son los comportamientos humanos en plano sexual, la falta de conocimientos y por fin la estructura política y social, la pobreza en la que se desenvuelve el tercer mundo los factores que han favorecido la expansión de la epidemia de la infección VIH/SIDA. Prevenir significa lo siguiente: Conocer las distintas enfermedades, adoptar comportamientos responsables, sobre todo en el conocimiento de la pareja, con la que se tiene relaciones sexuales, acudir a la consulta médica ante la presencia de síntomas que hagan sospechar en cualquiera de estas infecciones, como úlceras o enrojecimientos en los genitales, presencia de secreciones repentinas o dolor al orinar, durante la eyaculación o en las relaciones sexuales, evitar el uso de productos higiénicos inadecuados y de ropas que impidan la perfecta higiene de los genitales, y por ultimo, evitar tener relaciones sexuales con muchas personas, de las cuales a lo mejor no se conocen sus hábitos higiénicos ni su modo de vida, por ello que se decidió realizar una investigación para evaluar los conocimientos actitudes y practicas de los estudiantes y el nivel de autoeficacia.

## 1.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

La sexualidad es inherente al ser humano, por lo tanto, integra factores psicológicos, sociales y biológicos.

La cultura definida por la UNESCO como: modos de vida, tradiciones y creencias, representaciones de la salud y la enfermedad, formas de percepción de la vida y la muerte, normas y prácticas sexuales, relaciones de poder y de género, estructuras familiares, idiomas y medios de comunicación, así como artes y creatividad; son determinantes en las actitudes y los comportamientos relacionados con la posibilidad de adquirir las infecciones de transmisión sexual y la infección VIH/SIDA. La cultura, por lo tanto influye en el hecho de correr o no el riesgo de contraer estas infecciones, en el acceso al tratamiento, a los cuidados, en el establecimiento de relaciones de género y de papeles que ponen a las mujeres y a los hombres en peligro de tales infecciones, en el apoyo o la discriminación para con los que viven con el VIH/SIDA y sus familias, etc. (1).

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

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

Las Infecciones de transmisión sexual (ITS, STI), anteriormente denominadas enfermedades de transmisión sexual (ETS, STD) son uno de los problemas más importantes para la salud de los jóvenes, desde el punto de vista social y económico, estas enfermedades siguen cobrándose un tributo significativo en los jóvenes y finalmente en la sociedad. La pobreza, el desempleo, la falta de información, la migración como consecuencia de la actitud pasiva de los gobiernos de los países pobres, unido esto a la corrupción, hacen que epidemias como el SIDA, la Tuberculosis y otras avancen sumiendo a las poblaciones del tercer mundo en la desesperanza.

El difícil acceso a la educación quebranta el porvenir de muchos jóvenes llevándolos a la prostitución para sobrevivir o forzándolos a migrar lejos de su país de origen y de sus familias o sumiéndolos en las drogas, predisponiéndoles a adquirir las infecciones de transmisión sexual.

Cada día en el mundo, casi un millón de personas contraen una infección de transmisión sexual (ITS), estas infecciones dan lugar a síntomas agudos, infecciones crónicas y graves consecuencias al cabo de cierto tiempo, como infertilidad, embarazo ectópico, cáncer cervicouterino y defunciones prematuras de lactantes y adultos. La presencia de ITS como sífilis, chancroide o infección genital por virus del herpes simple aumenta enormemente el riesgo de contraer o transmitir el VIH. Nuevas investigaciones indican que se da una interacción muy importante entre la infección muy temprana por VIH y otras ITS. Esa interacción podría explicar un 40% o más de los casos de transmisión del VIH. A pesar de la evidencia acumulada, los esfuerzos para controlar la propagación de las ITS han perdido impulso en los últimos cinco años pues los esfuerzos se han reorientado hacia las terapias contra el VIH (2).

La organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la incidencia mundial de casos nuevos de ITS en todo el mundo es más de 340 millones de casos nuevos de infecciones bacterianas y protozoarias de transmisión sexual.

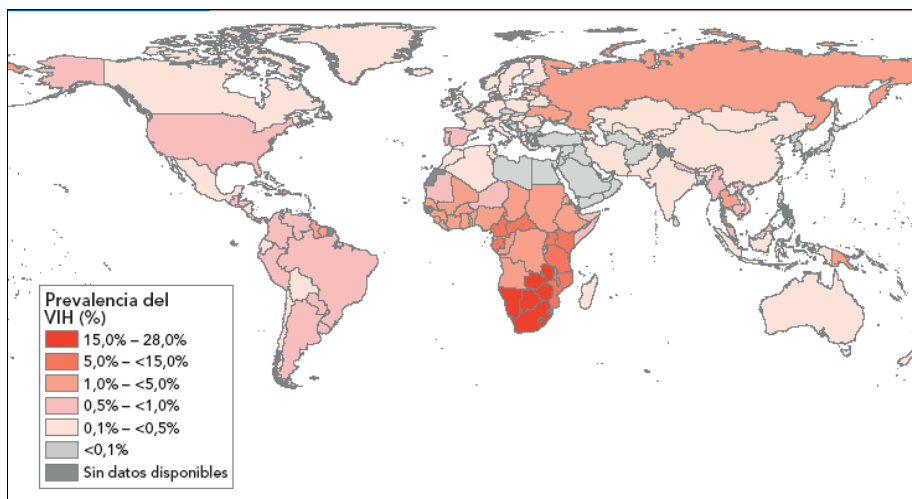
Los datos sobre la magnitud de las ITS en Latinoamérica son limitados, sin embargo entre los adolescentes mexicanos, la evidencia muestra que se trata de un importante

problema de salud pública al que no se le ha dado la importancia debida: un estudio llevado a cabo con adolescentes escolarizados de entre 11-24 años en el estado de Morelos encontró una prevalencia de herpes simple tipo 2 (VHS 2) de 5.7% en promedio, con 9.2% en el caso de las mujeres estudiantes de secundaria, en tanto que otro estudio con adolescentes de 15-21 años en localidades urbanas pequeñas encontró una prevalencia de VHS 2 de 11% entre los sexualmente activos (3). Por otra parte, se ha documentado una prevalencia de 18% del virus del papiloma humano en mujeres menores de 25 años.

El aspecto central de estas cifras, que podrían parecer no muy elevadas en comparación con otras poblaciones, es que se refieren a un grupo con una vida sexual corta. (4).

La prevalencia mundial de infecciones activas o latentes de ITS virales crónicas comunes como el herpes virus simple genital, virus de la hepatitis B y en forma ascendente el VIH, se podría estimar en billones de casos en virtud de que en varias poblaciones la mayoría de los adultos y población joven en general se infectan con uno o más de estos patógenos (4).

La epidemia mundial VIH/SIDA se está estabilizando, pero a un nivel inaceptablemente alto. Se estima que, en 2007, había en todo el mundo 33 millones [30-36 millones] de personas que vivían con el VIH. El número anual de nuevas infecciones disminuyó de 3,0 millones [2,6-3,5 millones] en 2001 a 2,7 millones [2,2- 3,2 millones] en 2007. La tasa de nuevas infecciones por el VIH ha disminuido en varios países, aunque, a nivel mundial, estas tendencias favorables quedan contrarrestadas, al menos en parte, por el incremento de las nuevas infecciones en otros países. En África subsahariana, la mayoría de las epidemias nacionales se ha estabilizado o ha empezado a declinar (Figura 4). Sin embargo, las últimas informaciones procedentes de Kenya sugieren que, en 2007, la prevalencia del VIH osciló entre el 7,1% y el 8,5%, en comparación con el 6,7% estimado en 2003. Fuera de África, las infecciones continúan al alza en diversos países.



Fuente: informe Mundial del SIDA 2008

## Prevalencia

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 que 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 del 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.

Se estima que, en 2007, 370 000 [330 000– 410 000] niños menores de 15 años se infectaron con el VIH. A nivel mundial, el número de niños menores de 15 años que viven con el VIH aumentó de 1,6 millones [1,4 millones–2,1 millones] en 2001 a 2,0 millones [1,9 millones–2,3 millones] en 2007. Casi el 90% vive en África subsahariana.

Se estima que 370 000 [330 000-410 000] niños menores de 15 años contrajeron el VIH en 2007. El número anual de nuevas infecciones por el VIH entre los niños ha disminuido desde 2002 en todo el mundo, conforme se han ido ampliando los servicios para prevenir la transmisión materno infantil del virus a nivel mundial, el número de niños menores de 15 años que viven con el VIH ha aumentado de 1,6 millones [1,4-2,1 millones] en 2001 a 2,0 millones [1,9-2,3 millones] en 2007. Casi el 90% viven en África subsahariana.

Desde 2003, la tasa anual de mortalidad por Sida entre los niños también ha empezado a disminuir, gracias a la ampliación progresiva del tratamiento y a la prevención materno infantil. En casi todas las regiones fuera de África subsahariana, el VIH afecta de forma desproporcionada a los usuarios de drogas inyectables, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y los profesionales del sexo.

Tomando en cuenta que las cifras de nuevas infecciones de transmisión sexual se incrementan cada año en el tercer mundo y que afectan cada vez con mayor fuerza a los adolescentes es urgente impulsar intervenciones educativas que sean efectivas no solo en el incremento de conocimientos sobre las mismas sino que tengan impacto en el cambio de comportamientos, a fin de que los adolescentes y los jóvenes adopten comportamientos seguros.

La infección VIH/SIDA, es vista actualmente como una amenaza para la seguridad humana y nacional como así lo ha considerado el consejo de seguridad de las Naciones Unidas (5), es así mismo urgente plantear propuestas educativas en prevención a las

poblaciones militares debido a su vulnerabilidad frente al VIH/SIDA en razón de algunas de sus características socioculturales y por ser poblaciones móviles son susceptibles a adoptar conductas de riesgo en el plano sexual (6,7,8,9).

*¿Por qué deben hacerse programas de prevención de las ITS y VIH/SIDA?* En diversos países, las tendencias favorables en la incidencia de la infección VIH se relacionan con programas de prevención y cambios de comportamiento (10).

Con respecto al Ecuador no existen datos sobre indicadores de conocimientos en la población sobre prevención de las ITS y VIH/SIDA, lo que refleja que en nuestro país no se han realizado esfuerzos en prevención bajo una línea programada como una política de Estado.

### **1.3. JUSTIFICACIÓN**

Es importante la facilitación de conocimientos, actitudes y prácticas adecuadas para prevenir las ITS y VIH/SIDA a los estudiantes por:

- Ser un grupo vulnerable a las ITS y VIH/SIDA.
- No existen en nuestro medio, estudios de investigación en prevención de las ITS y el VIH/SIDA a los estudiantes universitarios.
- El VIH es una amenaza no solamente para la comunidad universitaria sino también para su familia y la sociedad.
- Porque es importante intervenir en es este grupo de riesgo como contribución a los planes de control y prevención de las ITS y VIH/SIDA.



## **CAPÍTULO II**

### **2. MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)**

Son aquellas infecciones que se transmiten principalmente mediante relaciones sexuales (vaginales, anales y orales) desprotegidas (sin condón) con una persona infectada. Las ITS son una de las causas principales de enfermedad aguda, infertilidad y discapacidad a largo plazo en el mundo y puede causar la muerte. Tienen consecuencias médicas y psicológicas graves para millones de hombres, mujeres y niños en el mundo. Existen más de 20 tipos de microorganismos que pueden transmitirse por la vía sexual. Muchas de estas infecciones de distinto origen etiológico tienen síntomas y signos parecidos, por ejemplo el flujo vaginal en la mujer o el flujo uretral en el hombre; la úlcera genital en ambos sexos y el dolor abdominal bajo en las mujeres, entre los más comunes. Algunas ITS más conocidas son la gonorrea, sífilis y el chancro blando. Se estima que al nivel mundial 340 millones de caso nuevos de infecciones de transmisión sexual ocurren cada año.

La transmisión de las ITS es mayormente por vía sexual (tener relaciones sexuales con una persona infectada sin usar condón), aunque algunas ITS como la hepatitis B y la sífilis (muy escaso) se puede transmitir también por transfusiones de sangre y por vía vertical (de madre a hijo antes o durante el parto) como el sífilis por ejemplo. La forma de evitar la transmisión de una ITS es no tener relaciones sexuales con una persona infectada: sin embargo, muchas personas pueden estar infectadas y no tener síntomas, entonces no saben que están infectadas y pueden transmitir la infección sin saberlo. Por eso, el método más seguro para evitar una ITS es usar siempre un condón en cada relación sexual casual o con pareja inestable. Otros métodos de evitar la transmisión de una ITS es tener una sola pareja que no tenga una ITS y ser mutuamente fieles o practicar la abstinencia sexual.

La Gonorrea es una enfermedad infecciosa transmitida por contacto sexual que afecta sobre todo a las membranas mucosas del tracto urogenital. Se caracteriza por un exudado purulento y está originada por una bacteria, el gonococo (*Neisseria gonorrhoeae*), cuyo periodo de incubación es de dos a siete días (10).

La sífilis es una enfermedad infecciosa de transmisión sexual que está causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*. La madre gestante puede transmitir la enfermedad al feto, originándose la llamada sífilis congénita, diferente, desde el punto de vista clínico, de la afección por transmisión sexual (11).

La Tricomoniasis es una infección del aparato urogenital del hombre por protozoos del género *Trichomonas*. En los seres humanos, el *Trichomonas vaginalis* se suele transmitir a través de las relaciones sexuales. En las mujeres es habitual encontrarlo en la vagina, donde con frecuencia origina sensación de quemazón, prurito y exudado irritativo; en los hombres puede afectar a la próstata; y en ambos sexos irritar la uretra y la vejiga. La administración oral de metronidazol erradica la infección; es necesario el tratamiento de los dos componentes de la pareja sexual (12).

### **2.1.1. La incidencia de las siguientes ITS fue la siguiente:**

Sífilis 12 millones a nivel mundial y 3 millones en América Latina y el Caribe.

La incidencia global de tricomoniasis fue de 174 millones y 18,5 en América Latina y el Caribe.

La incidencia global de clamidia de 92 millones y 9.5 millones en América Latina y el Caribe; de blenorragia 62 millones a nivel global y 7.5 millones en América Latina (12-13).

Los jóvenes son destinatarios importantes de la educación preventiva sobre las infecciones de transmisión sexual que incluye al VIH/SIDA. En todo el mundo, alrededor de la mitad de los adolescentes de 16 años son sexualmente activos y el ritmo de rotación de pareja alcanza su máxima intensidad entre los adolescentes y los jóvenes de poco más de 20 años.

La utilización sistemática y apropiada del preservativo es limitada entre los jóvenes, lo que les predispone a contraer infecciones de transmisión sexual. Los jóvenes entre 15 y 24 años representan el 45% estimado de las nuevas infecciones por el VIH en todo el mundo.

Se estima que, en 2007, 370 000 [330 000– 410 000] niños menores de 15 años se infectaron con el VIH. A nivel mundial, el número de niños menores de 15 años que viven con el VIH aumentó de 1,6 millones [1,4 millones–2,1 millones] en 2001 a 2,0 millones [1,9 millones–2,3 millones] en 2007. Casi el 90% vive en África subsahariana.

La declaración de compromiso estableció como meta para 2005 haber reducido en un 25% la prevalencia del VIH entre los jóvenes (15- 24 años) de los países más afectados. A fin de evaluar el progreso hacia el logro de este objetivo, se pidió a 35 países con alta prevalencia (una prevalencia nacional que superara el 3%) y a otros 4 países de África con niveles de prevalencia importantes que recopilaran datos sobre las tendencias recientes del VIH y del comportamiento sexual entre los jóvenes.

Una cantidad de países también hicieron un seguimiento del comportamiento sexual de los jóvenes. De los 35 países con prevalencia elevada, 19 llevaron a cabo, entre 1990 y 2007. El porcentaje de mujeres y varones jóvenes (15- 19 años) que se iniciaron en las relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años de edad disminuyó en siete países pero aumentó en Haití y Rwanda. La proporción de mujeres y varones jóvenes (15-24 años) que habían tenido más de una pareja en los 12 meses anteriores disminuyó en 10 países y permaneció constante en dos, pero aumentó entre las mujeres jóvenes en dos países y entre los varones jóvenes en uno.

El uso de preservativos aumentó entre los jóvenes. Entre los varones jóvenes (15-24 años) que habían tenido más de una pareja en los 12 meses anteriores, las tasas de uso de preservativos se elevaron en 12 países. Entre sus homólogas femeninas, las tasas de uso de preservativos se elevaron en ocho países. Si bien los cambios observados en el comportamiento no son estadísticamente significativos en cada instancia, las tendencias

generales muestran que el comportamiento de riesgo ha ido disminuyendo en varios países.

El uso del preservativo en la primera relación sexual es mayor en el varón que en las mujeres, los varones de las áreas rurales tienden usar menos el condón.

Desde las primeras estimaciones del uso del condón por los jóvenes solteros realizadas a mediados de la década de 1980, la curva del uso del condón se ha incrementado, pasando del 7% en 1985 a 51% en el año 2000 entre los hombres y de 5% a 23% entre las mujeres; el preservativo es utilizado mayoritariamente como método anticonceptivo por los adolescentes (14,15). 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.

La generación de jóvenes actual es la mayor de la historia, casi la mitad de la población mundial tiene menos de 25 años (más de 3.000 millones de personas) el 85% de los jóvenes están viviendo en los países en desarrollo y 238 millones de jóvenes sobreviven con menos de un dólar diario; 88 millones de jóvenes se encuentran desempleados. Los jóvenes de 15 a 24 años son los más amenazados, el futuro de la epidemia tomará forma a partir de los actos de esos jóvenes, los pocos países que han logrado disminuir la prevalencia nacional del VIH lo han hecho sobre todo inculcando comportamientos más seguros entre los jóvenes (16,17,18,19).

En educación y promoción de la salud, los avances en la investigación que le da soporte a las intervenciones programáticas han ocurrido directa e indirectamente por la aplicación en la práctica de teorías y modelos desarrollados en las más diversas áreas

del conocimiento, principalmente en las ciencias comportamentales y sociales, una de las teorías que han respaldado algunas intervenciones es la Teoría cognoscitivo-social de Albert Bandura.

## **2.2. LAS TEORÍAS DEL APRENDIZAJE**

Existen dos grandes paradigmas en la sicología del aprendizaje:

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

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

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

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

Tolman: acuñó el término de variables internas, el nexo entre estímulo respuesta quedaba interrumpido por planos cognoscitivos no observables en la conducta del individuo, introdujo el término de aprendizaje latente que se reflejaba en la acción.

Pavlov: formula el reflejo condicionado

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

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


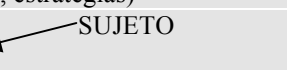
Ausubel: De acuerdo al aprendizaje significativo, los nuevos conocimientos se incorporan en forma sustantiva en la estructura cognitiva del alumno. Esto se logra cuando el estudiante relaciona los nuevos conocimientos con los anteriormente adquiridos; pero también es necesario que el alumno se interese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

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

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

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

## Teorías del aprendizaje

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

Fuente: Freire, E. 2002

**Teoría cognoscitivo-social de Albert Bandura**  
 Componentes en prevención  
**(1) cognitivo**  
**(2) conductual**  
**(3) fortalecimiento de la autoeficacia, y (4) el apoyo social.**

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

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

Los procesos cognitivos se ponen en funcionamiento a medida que las personas observan los modelos aprenden "segmentos" de comportamientos y luego los ponen

juntos en nuevos y complejos patrones. Los factores cognitivos, afectan la manera como una persona incorpora las conductas observadas.

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 (20,21,22,23).

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

### **2.2.3.1. El Constructo de la Autoeficacia**

La autoeficacia se define como *“los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento”* (Bandura, 1986). Estas creencias de eficacia ocupan un rol mediacional en el funcionamiento humano actuando a modo de filtro entre las habilidades y logros anteriores del ser humano y su conducta subsiguiente. Para Bandura 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. 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” (24), las creencias de autoeficacia afectan el comportamiento humano de cuatro formas:

- Primero, la autoeficacia influye en la elección de actividades y conductas. Las personas tienden a elegir y comprometerse en actividades en las cuales se consideran altamente eficaces y tienden a evitar aquellas en las cuales se consideran ineficaces.
- Segundo, la autoeficacia determina cuanto esfuerzo invierten las personas en una actividad, como así también cuán perseverantes serán estas frente a los obstáculos que puedan presentársele.
- La tercera forma mediante la cual la autoeficacia afecta al comportamiento humano es influyendo sobre los patrones de pensamiento y las reacciones emocionales. Las personas de baja autoeficacia, por ejemplo, pueden considerar a las actividades que deben realizar mucho más difíciles de lo que realmente son, lo cual les ocasionara un alto grado de estrés y ansiedad así como pensamientos negativos acerca de su posible desempeño. Un alto nivel de autoeficacia, por otra parte, brinda una mayor confianza y serenidad en el afrontamiento de tareas difíciles. La autoeficacia influye a su vez en las atribuciones causales que el individuo realiza frente al éxito o al fracaso en las actividades.
- La cuarta forma en la cual la autoeficacia afecta el comportamiento es permitiendo al sujeto ser un productor de su propio futuro y no un simple predictor. Aquellos sujetos que se perciben a sí mismos eficaces se imponen retos, intensifican sus esfuerzos cuando el

rendimiento no es suficiente de acuerdo a las metas que se habían propuesto, experimentan bajos grados de estrés ante tareas difíciles y presentan una gran cantidad de intereses por actividades nuevas. La teoría de Alberto Bandura se puede poner en práctica a través del sociodrama, radionovelas, historias narradas. Las personas aprenden de las consecuencias positivas o negativas de las acciones de los modelos de comportamientos; la autoeficacia es entonces un pensamiento 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 (25,26).

### **2.3. ¿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 (26).

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 (26,27).

La intención de conducta y la autoeficacia se revelan buenas herramientas para la evaluación de resultados. Un tamaño muestral superior a 500 individuos, la disponibilidad de datos pre y post intervención, la 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 (27,28).

#### **2.3.1. Calidad de la intervención para prevención del VIH/SIDA**

Los estudios de calidad alta son aquellos que en la intervención cuentan con el respaldo de una teoría de cambio conductual y un mínimo de cuatro sesiones, si cumplen un criterio se asegura una mejor calidad y si no cumple ninguno, será de baja calidad. Las

intervenciones deben dar mensajes claros y constantes de cambios de conducta y debe medirse las intenciones de conducta; lo que se facilita a través de la escala de autoeficacia.

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

Un estudio realizado en Brasil detectó y analizó los obstáculos y dificultades para llevar a cabo consistentemente prácticas de sexo seguro entre jóvenes, como parte de la evaluación de un taller sobre sexualidad y SIDA en una escuela nocturna de Sao Paulo. A través de la construcción y actuación colectiva de “escenas sexuales”, que eran historias reales sobre relaciones sexuales aportadas por los participantes, se hizo evidente que la desigualdad de género es un elemento clave en la imposibilidad de negociar prácticas de sexo seguro. Asimismo, en las condiciones materiales que estructuran las oportunidades de tener relaciones sexuales, como son los encuentros apresurados y clandestinos en lugares públicos y el costo de cada condón (aproximadamente un dólar), el SIDA fue mencionado como uno más de los riesgos que los jóvenes corren cotidianamente. Por otro lado, la descripción que los jóvenes hicieron de los servicios de salud fue sumamente negativa, de modo que no acudían a ellos por temor al estigma, el maltrato y la burla. La evaluación de la “escena sexual” arroja datos positivos como un método que fomenta la conciencia entre algunos grupos sociales, y como medio para que enfrenten y cuestionen las barreras personales y estructurales con las que chocan cuando deciden tener prácticas de sexo seguro (28).

La importancia de otros costos sociales por encima del temor a la infección por VIH fue documentada también por un estudio cualitativo realizado con jóvenes de Sri Lanka, quienes mostraron mayor preocupación por la pérdida de la virginidad, de posibilidades de matrimonio, por el embarazo y la pérdida de la reputación frente a la familia, que frente al riesgo de infección por VIH, a pesar de tener suficientes conocimientos al respecto. Estas normas culturales parecen haber protegido relativamente a los jóvenes de Sri Lanka pues parecen favorecer actividades no penetrativas vaginales, pero hay evidencias de comportamientos de riesgo que no desafían estos cánones morales como

el sexo anal, la utilización de sexo comercial, sexo entre hombres y penetración parcial del pene en la vagina. En todo caso, los tres estudios insisten en la necesidad de que las intervenciones preventivas sean más abarcativas que el solo trabajo sobre VIH/SIDA, pues las conductas de riesgo de las poblaciones vulnerables se inscriben en contextos más amplios que las determinan.

Los modelos de información, educación y comunicación difunden y hacen del conocimiento de la población la existencia y los mecanismos de transmisión del VIH, pero en general no han resultado en un cambio de comportamientos de riesgo, pues no existe una relación unilateral entre conocimiento, creencias y conductas. En una revisión de las estrategias de prevención y control del SIDA en México, Sepúlveda et al afirman que “las campañas masivas no cambian de manera importante los comportamientos, pero son útiles para mantener un estado de alerta y para crear el clima que haga aceptable otro tipo de intervenciones más puntuales y específicas”. Asimismo, los autores aseguran que “es indispensable desarrollar intervenciones que toquen aspectos más profundos de los individuos a los que se quiere llegar”. Estos aspectos profundos implican la comprensión de los contextos de la sexualidad, a nivel emocional, social, cultural y económico (28).

### ***2.3.2. Las encuestas CAPs (Conocimientos, Actitudes y Prácticas) por sí solas permiten:***

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

## **CAPÍTULO III**

### **3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS**

#### **3.1. HIPÓTESIS**

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

#### **3.2.OBJETIVOS**

##### **3.2.1. Objetivo General**

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

##### **3.2.2. Objetivos específicos**

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

## CAPÍTULO IV

### 4. METODOLOGÍA

#### 4.1 Tipo de estudio

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

#### 4.2 Universo

Estuvo conformado por los estudiantes de Escuela de Trabajo Social de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca que cursan el año lectivo 2008-2009. La muestra fue constituida por todos los estudiantes de la Escuela.

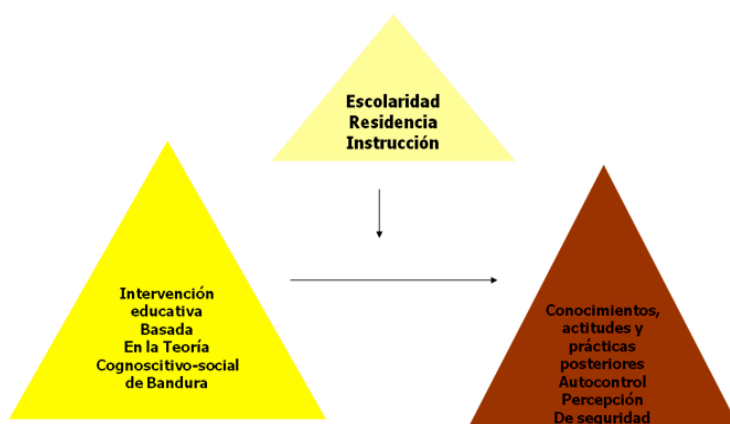
#### 4.3. Área de estudio

El estudio fue realizado en los predios universitarios correspondientes a la Facultad de Jurisprudencia, ubicado en el campus de la universidad de Cuenca, con dirección Av. 12 de Abril (Oeste), Av. Loja (Sur), Av. Solano (Norte), Av. Remigio Tamariz (Este).

#### 4.4. Variables

Las variables que intervinieron en el estudio constan en el Anexo 1.

#### 4.5. Relación de variables



#### 4.6. Operacionalización de las Variables

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha	Tiempo	Años	Valor absoluto
Residencia	Domicilio habitual del entrevistado	Geográfica	Registro	Catagórica
Sexo	Condición de género que diferencia a los varones de las mujeres	Biológica	Fenotipo	Masculino Femenino
Conocimientos sobre las ITS	Conjunto de información adquirida en relación a ITS	Conjunto de información adquirida	Encuesta CAP	Si No
Actitud sobre ITS	Intenciones frente a una situación probable	Intenciones	Actitudes correctas frente a ITS Escala de Autoeficacia A, B, C.	Numérica
Prácticas sobre ITS	Comportamiento tomado frente a una situación específica	Comportamientos	Escala de autoeficacia A, B, C	Si NO

#### 4.7. Procedimientos y Técnicas

##### 4.7.1. Grupo a intervenir

El grupo que recibió la intervención educativa estuvo conformado por todos los estudiantes de la escuela de Trabajo Social de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca cursando el año lectivo 2008-2009.

##### 4.7.2. Descripción de los Instrumentos de medición

Se utilizaron dos instrumentos de medición:

**4.7.2.1. El primer instrumento:** fue una encuesta de valoración de CAPs que mide Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre las infecciones de transmisión sexual, es un instrumento validado y aplicado en un estudio realizado en la ciudad de la Habana, Cuba, por Fatjo Aymee, del Instituto de Medicina Tropical Pedro Kouri.

**4.7.2.2. Validación del primer instrumento:** El primer instrumento fue validado por Aymee Fatjo; por medio de consenso de expertos y para cumplimentar su validez, se

sometió a la técnica de repetición del test utilizando como medida el coeficiente de correlación lineal entre las dos aplicaciones del test, considerándose bueno porque se obtuvo un resultado de 0.94.

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

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

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

**4.7.2.4. Validación del segundo instrumento.** La escala de autoeficacia esta conformada por varias subescalas reconociéndose tres subescalas: A, B y C.

Los autores mexicanos validaron la confiabilidad por el coeficiente alfa de Cronbach, donde se obtuvo un valor de 0.89 muy próximo a un 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.

### **4.7.3. Descripción del Cuestionario (Anexo I)**

Ambos instrumentos de medición – CAPs y Escala de Autoeficacia – se integraron en un solo cuestionario que fue aplicado siguiendo la técnica de encuesta autoadministrada.

**4.7.3.1. Secciones del cuestionario.** Las secciones del cuestionario aplicado a los estudiantes de la escuela de Trabajo Social de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca que cursan el año lectivo 2008-2009 fueron los siguientes:



## **Sección I**

Identificación del cuestionario

## **Sección II**

Variables sociodemográficas del encuestado

## **Sección III**

Preguntas de conocimientos sobre ITS

## **Sección IV**

Preguntas de actitudes

## **Sección V**

### **Preguntas de prácticas**

De la sección III hasta la sección V 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 de cada pregunta el encuestado contestó sí o no; de esta forma ninguna pregunta quedó sin ser contestada. Cada posibilidad de respuesta fue previamente codificada para facilitar la tabulación de los datos.

## **Sección VI**

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

### **4.7.3.2. Descripción de las secciones III-IV-V del cuestionario:**

#### Variables de conocimientos:

Infecciones de transmisión sexual que conoce

Transmisión de estas infecciones

Manifestaciones clínicas de las ITS

Curación de las ITS/VIH/SIDA

#### Variables de actitudes

Actitud ante el nivel de atención médica de estas infecciones

Actitud ante una ITS

Prevención de las ITS

Actitud ante relaciones sexuales con desconocidos o pocos conocidos

### Variables de prácticas

Parejas en los 12 últimos meses: cuantas

Práctica sexual: Homosexual, heterosexual, bisexual

Hábito sexual: Anal, oral, genital

Portador de una ITS en alguna ocasión: Mencionarla.

Conversar con su pareja sobre el tema.

Relaciones sexuales embriagado o bajo los efectos de drogas.

Uso del condón:

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

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

Nunca: Cuando no forma parte de sus prácticas sexuales.

Razones por lo que no lo usa:

Disminuye la sensibilidad:

No sabe utilizarlo.

Pena negociarlo con la pareja:

Vergüenza adquirirlo en la farmacia.

Pareja estable.

Relaciones sexuales con desconocidos.

Uso del condón en estas relaciones

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

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

Nunca: Cuando no forma parte de sus prácticas sexuales.

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

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

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

#### **4.7.3.3. Puntuación final de las variables del primer instrumento**

##### Variables de conocimiento

Buena cuando los puntos alcanzados entre 8 y 11 puntos

Regular entre 7.8 y 5 puntos

Mala por debajo de 5 puntos.

##### Variables de actitudes

Buena: entre 6 y 10 puntos

Regular entre 5.9 y 3 puntos

Mala por debajo de 3 puntos.

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

##### Variables de prácticas

Buena de 0 a 4 puntos

Regular de 5 a 6.9 puntos

Mala de 7 a 10 puntos.

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

#### **4.7.3.4. La sección VI del formulario:**

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

La 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 tomó en cuenta el nivel de mayor seguridad de la escala.

#### **4.7.4. Como se procedió a recolectar los datos:**

El cuestionario fue llenado por los estudiantes antes de la intervención educativa y tres 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 utilizado en responder fue de aproximadamente 60 minutos.

#### **4.7.5. De la intervención educativa**

La intervención educativa se realizó en las aulas de la Facultad de Jurisprudencia, en el mes de Enero a razón de 1 hora por día por 6 días.

### **4.8. MANEJO BIOÉTICO**

Se guardó cuidado en el procedimiento ético solicitando a los estudiantes que llenaren el documento de consentimiento informado. Todos los datos que se entregaron fueron obtenidos con total veracidad y podrían ser verificados por la Facultad de Ciencias Médicas, a través de la Comisión de Bioética y la institución auspiciadora. Los resultados finales habrán de ser socializados para beneficio de la colectividad universitaria.

### **4.9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Una vez recopilada la información fue ingresada en una matriz de datos de un programa de computadora, el SPSS versión 15.0 en español para Windows.

Para el análisis estadístico se consideró el contraste de hipótesis comparando las modificaciones de Conocimientos, Actitudes y Prácticas de la Posintervención con respecto de la Preintervención por medio de dos pruebas: el test de chi cuadrado cuando se comparó los porcentajes obtenidos en la valoración pre y post intervención y se operacionalizó la variable como dicotómica (respuestas Sí y NO), y la prueba t de Student para muestras relacionadas cuando se comparó los promedios obtenidos en las dos encuestas.

La Escala de Autoeficacia fue analizada tomando en cuenta el nivel de seguridad para lo cual los valores de: nada seguro, algo seguro y medio seguro, fueron considerados como

inseguridad y los valores de muy seguro y totalmente seguro, fueron considerados como seguridad. Se calcularon los promedios correspondientes y se realizó una prueba de la t de Student para muestras relacionadas.

Para todos los casos se consideraron significativas las diferencias con un valor de  $P < 0.05$ .

Los resultados se presentan en número de casos (n), porcentajes (%), promedio y desviación estándar ( $X \pm SD$ ). De acuerdo a la relevancia del datos utilizamos tablas recomendadas por la metodología.

## **CAPÍTULO V**

### **5. RESULTADOS**

#### **5.1. CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO**

De acuerdo a la propuesta metodológica el estudio cumplió el tamaño de la muestra determinado en cien estudiantes que fueron entrevistados en la fase preintervención y participaron en la recepción del módulo educativo. Después de la intervención fue posible conseguir las respuestas de todos ellos.

Los análisis de los resultados se realizan sobre este número de participantes.

## 5.2. CARACTERÍSTICAS BASALES DE LA MUESTRA

**Tabla 1**

Características demográficas de 100 estudiantes de la Escuela de Trabajo Social de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca, a quienes se realizó una evaluación sobre conocimientos, actitudes y prácticas frente a las ITS/VIH-SIDA previa a una intervención educativa. Cuenca, 2009.

Características demográficas	N	%
<b>Edad</b>		
18 a 21 años	63	63,0
22 a 25 años	23	23,0
> de 25 años	14	14,0
<i>Total</i>	100	100
<b>Sexo</b>		
Femenino	85	85,0
Masculino	15	15,0
<i>Total</i>	100	100
<b>Estado civil</b>		
Soltero	87	87,0
Casado	12	12,0
Unión Libre	1	1,0
<i>Total</i>	100	100
<b>Religión</b>		
Católica	91	91,0
Evangélicos	7	7,0
Otras	2	2,0
<i>Total</i>	100	100
<b>Residencia</b>		
Urbana	88	88,0
Rural	12	12,0
<i>Total</i>	100	100
<b>Edad de primera relación sexual</b>		
No ha tenido aún	44	44,0
14 a 17 años	27	27,0
18 a 21 años	26	26,0
> de 21 años	3	3,0
<i>Total</i>	100	100

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: autores

La edad promedio de la muestra fue de  $21,8 \pm 4,2$  años entre un mínimo de 18 años y un máximo de 47 años.

Por subgrupos, la edad predominante de los estudiantes de la Escuela de Trabajo Social estuvo entre los 18 y 21 años constituyendo el 63%. Por condición de género predominaron las mujeres con el 85% y el 87% de toda la población fueron solteros.

Todos los entrevistados contestaron profesar alguna religión, el 91% la católica, el 7% la evangélica y un 2% tuvo otras religiones.

El 88% de los entrevistados fueron residentes en la zona urbana.

La edad promedio de la primera relación sexual fue de  $17,7 \pm 2,2$  años entre un mínimo de 14 y un máximo de 23 años. El 27% de la muestra respondió que su primera experiencia se dio entre los 14 y 17 años de edad y el 26% entre los 18 a 21 años. Un 3% señaló que fue después de los 21 años y cerca de la mitad de la muestra, es decir el 44%, aseguró no tener la experiencia aún. De éstos el 42% fueron mujeres y el 2% varones.



### 5.3. EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS

*Tabla 2*

Conocimientos de 100 estudiantes de la Escuela de Trabajo Social de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca, a quienes se realizó una evaluación sobre conocimientos, actitudes y prácticas frente a las ITS/VIH-SIDA previa y posterior a una intervención educativa. Cuenca, 2009.

VARIABLES DE CONOCIMIENTOS	Preintervención n= 100 n (%)	Postintervención n = 100 n (%)	Valor P
<b>Conocimiento sobre:</b>			
Condiloma	13 (13,0)	65 (65,0)	0,0001
Herpes	82 (82,0)	93 (93,0)	0,010
Sífilis	72 (72,0)	85 (85,0)	0,025
SIDA	99 (99,0)	100 (100,0)	0,129
Gonorrea	81 (81)	92 (92,0)	0,022
Tricomoniasis	18 (18,0)	63 (63,0)	0,0001
Clamidiasis	11 (11,0)	38 (38,0)	0,0001
<b>Conocimiento de las vías de transmisión de las ITS:</b>			
Sin penetración	65 (65,0)	82 (82,0)	0,006
Con Penetración	82 (82,0)	99 (99,0)	0,001
Transfusión	88 (88,8)	92 (92,0)	0,345
Madre infectada	94 (94,0)	99 (99,0)	0,123
Beso o sudor	19 (19,0)	5 (5,0)	0,002
<b>Conocimiento de los signos y síntomas de las ITS:</b>			
Dolor en vientre bajo	23 (27,0)	76 (76,0)	0,0001
Secreción	74 (74,0)	93 (93,0)	0,0006
Verrugas	61 (61,0)	91 (91,0)	0,0001
Manchas	52 (52,0)	77 (77,0)	0,0003
Inflamación	42 (42,0)	66 (66,0)	0,0001
<b>Conocimiento sobre curación de las ITS:</b>			
Sífilis	62 (62,0)	86 (86,0)	0,0001
Condiloma	35 (35,0)	23 (23,0)	0,062
Blenorragia	63 (63,0)	86 (86,0)	0,0003
Clamidiasis	38 (38,0)	78 (70,0)	0,0001
SIDA	1 (1,0)	10 (10,0)	0,013
Tricomoniasis	39 (39,0)	78 (78,0)	0,0001

Fuente: formulario de investigación  
Elaboración: autores

Se encontró un significativo aumento de los conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual (ITS) en:

- Condiloma del 13% al 65% (P 0,0001)
- Herpes del 82% al 93% (P 0,010)
- Sífilis del 72% al 85% (P 0,025)

- SIDA del 99% al 100% (P 0,129)
- Gonorrea del 81% al 92% (P 0,022)
- Tricomoniasis del 18% al 63% (P 0,0001)
- Clamidiasis del 11% al 38% (P 0,0001)

En el conocimiento de las vías de transmisión de las ITS hubo aumento en los ítems: sin penetración, con penetración y una disminución significativa en el ítem que señala al beso o al sudor como causa de contagio.

En el conocimiento de los signos y síntomas de las ITS hubo un significativo incremento en todos los ítems.

Sobre el tratamiento de las ITS, el incremento de conocimientos no fue significativo para el condiloma. En los demás ítems el aumento fue altamente significativo.

**Tabla 3**

**Conocimientos de 100 estudiantes de la Escuela de Trabajo Social de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca, a quienes se realizó una evaluación sobre conocimientos, actitudes y prácticas frente a las ITS/VIH-SIDA previa y posterior a una intervención educativa. Cuenca, 2009.**

<b>Variables de conocimientos</b>	<b>Preintervención N = 100 X ± DE</b>	<b>Postintervención N = 100 X ± DE</b>	<b>Valor P</b>
1. Conocimientos sobre ITS	5,4 ± 2,5	8,1 ± 1,8	0,0001
2. Conocimientos de las vías de transmisión	8,2 ± 1,7	9,0 ± 1,9	0,001
3. Signos y síntomas de ITS	4,8 ± 1,6	6,4 ± 1,2	0,0001
4. Conocimientos sobre curación de ITS	5,4 ± 2,5	7,9 ± 2,1	0,0001

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: autores

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

En todas las dimensiones de las variables que midieron: conocimientos sobre las ITS, las vías de transmisión, los signos y síntomas y su terapéutica, hubo un incremento muy significativo del promedio postintervención con respecto del promedio preintervención.

En los cuatro grupos de ítems la diferencia fue altamente significativa.

En *conocimiento sobre ITS* el aumento del promedio después de la intervención fue del  $8,1 \pm 1,8$  con una puntuación buena, en comparación con  $5,4 \pm 2,5$  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  $8,2 \pm 1,7$  y después de la intervención la media fue de  $9,0 \pm 1,9$  lo cual nos indica que antes y después de la intervención la puntuación fue buena.

En *síntomas y signos de las ITS* hay un aumento de la media a  $6,4 \pm 1,2$  después de la intervención en comparación con el  $4,8 \pm 1,6$  antes de la intervención con una puntuación regular tanto antes como después de la intervención.

En *conocimientos sobre curación de ITS* se observó una puntuación buena con una media de  $7,9 \pm 2,1$  después de la intervención en comparación con  $5,4 \pm 2,5$  antes de la intervención, con puntuación regular. El incremento debe interpretarse como una mayor adquisición de conocimientos.

## 5.4. EVALUACIÓN DE ACTITUDES

**Tabla 4**

Actitudes de 100 estudiantes de la Escuela de Trabajo Social de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca, a quienes se realizó una evaluación de CAPs frente a las ITS/VIH-SIDA previa y posterior a una intervención educativa. Cuenca, 2009.

VARIABLES DE ACTITUDES	Preintervención N = 100 N (%)	Postintervención N = 100 N (%)	Valor P
<b>Recomendación a donde debe acudir un amigo(a) que padece una ITS</b>			
Hospital	74 (74,0)	82 (82,0)	0,173
Médico	80 (80,0)	76 (76,0)	0,495
Padres	65 (65,0)	85 (85,0)	0,001
Farmacia	20 (20,0)	11 (11,0)	0,079
Amigo	18 (18,0)	13 (13,0)	0,434
<b>Actitud ante un amigo(a) con una ITS</b>			
Acudir al Médico	89 (89,0)	97 (97,0)	0,026
Ayudaría a curarse	76 (76,8)	54 (54,0)	0,001
Aprendió a hacer el amor	14 (14,0)	11 (11,0)	0,522
Es propio de la edad	11 (11,0)	9 (9,0)	0,638
Alejarse	7 (7,0)	4 (4,0)	0,353
<b>Recomendación a un amigo(a) para no infectarse con una ITS</b>			
Condón	90 (90,0)	99 (99,0)	0,006
Fidelidad	83 (83,0)	88 (90,0)	0,536
Sin penetración	23 (23,0)	33 (33,0)	0,324
Escoger bien a la pareja	68 (68,0)	64 (64,0)	0,917
Conocimientos	92 (92,0)	86 (86,0)	0,078
No relaciones	36 (36,0)	15 (15,0)	0,497
<b>Recomendación a un amigo(a) que mantiene relaciones con desconocidos(as)</b>			
Condón	92 (92,0)	99 (99,0)	0,013
No relaciones	60 (60,0)	74 (74,0)	0,035
Lavarse	49 (49,0)	71 (71,0)	0,001
Médico	84 (84,0)	98 (98,0)	0,001

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: autores

En las recomendaciones que se deberían hacer a un amigo con una ITS, el acudir a los padres fue significativamente mayor con un 65% al 85% (P 0,001)

En las actitudes ante un amigo con una ITS hubo un significativo incremento en la recomendación de acudir al Médico del 89% al 97% (P = 0,026) y en ayudaría a curarse del 76% al 54% (P 0,001).

Sobre el mantenimiento de relaciones con desconocidos se observó una relación estadísticamente significativa en

- Uso de condón del 92% al 99% (P 0,013)
- No relaciones del 60% al 74% (P 0,035)
- Lavarse del 49% al 71% (P 0,001)
- Médico del 84% al 98% (P 0,001)

**Tabla 5**

**Actitudes de 100 estudiantes de la Escuela de Trabajo Social de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca, a quienes se realizó una evaluación sobre conocimientos, actitudes y prácticas frente a las ITS/VIH-SIDA previa y posterior a una intervención educativa. Cuenca, 2009.**

<b>VARIABLES DE ACTITUDES</b>	<b>Preintervención N = 100 X ± DE</b>	<b>Postintervención N = 100 X ± DE</b>	<b>Valor P</b>
1. Recomendación a donde acudir	6,1 ± 1,2	6,5 ± 1,3	0,024
2. Actitud ante un amigo(a) con ITS	8,1 ± 2,1	8,2 ± 1,3	0,685
3. Recomendación para no infectarse	7,2 ± 1,7	7,4 ± 1,2	0,337
4. Sobre relaciones con desconocidos	7,1 ± 1,3	7,7 ± 1,8	0,007

Fuente: formulario de investigación  
Elaboración: autores

El resumen cuantitativo de las calificaciones de los ítems que miden las actitudes desglosadas en la tabla anterior muestran que se obtuvo, por efecto de la intervención, una diferencia significativa en las variables que tratan sobre la recomendación a donde debe acudir un amigo si tuviera una ITS ( $P = 0,024$ ) y sobre las relaciones con desconocidos ( $P = 0,007$ ).

En la *recomendación a donde debe acudir un amigo(a) que padece una ITS* antes de la intervención se obtuvo una media de  $6,1 \pm 1,2$  y después de la intervención la media fue de  $6,5 \pm 1,3$  lo cual nos indica que se mantiene una puntuación buena tanto antes y después de la intervención.

En la *actitud ante un amigo(a) con una ITS* antes de la intervención se obtuvo una media de  $8,1 \pm 2,1$  y después de la intervención la media fue de  $8,2 \pm 1,3$ . Se mantuvo una puntuación buena antes y después de la intervención.

En la *recomendación a un amigo(a) para no infectarse con una ITS* la media de  $7,1 \pm 1,3$  antes de la intervención se convirtió en  $7,7 \pm 1,8$  lo que mantiene una puntuación buena antes y después de la intervención.

En la *recomendación a un amigo(a) que mantiene relaciones con desconocidos(as)* se observa un incremento muy significativo en el valor promedio de actitudes positivas ( $P = 0,004$ ). Le corresponde puntuación buena antes y después de la intervención con una media antes de  $7,1 \pm 1,3$  y de  $7,7 \pm 1,8$ , respectivamente.



## 5.5. VALORACIÓN DE LAS PRÁCTICAS

**Tabla 6**

Prácticas sexuales de 100 estudiantes de la Escuela de Trabajo Social de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca, a quienes se realizó una evaluación sobre conocimientos, actitudes y prácticas frente a las ITS/VIH-SIDA previa y posterior a una intervención educativa. Cuenca, 2009.

VARIABLES DE PRÁCTICAS	Preintervención N = 100 n (%)	Postintervención N = 100 n (%)	Valor P
<b>Relaciones homosexuales y heterosexuales</b>			
Mismo sexo	-	-	NC
Sexo contrario	56 (56,0)	56 (56,0)*	1,000
<b>Tipo de práctica sexual</b>			
Sexo oral	21 (21,0)	17 (17,0)	0,593
Sexo anal	18 (18,0)	12 (12,0)	0,235
Coito genital	50 (56,0)	50 (56,0)	1,000
Padeció ITS	4 (4,0)	4 (4,0)	1,000
Conversa con la pareja...	59 (59,0)	77 (77,0)	0,006
Relaciones en estado embriaguez ...	23 (23,0)	12 (12,0)	0,041
Relaciones con desconocidos ...	32 (32,0)	18 (18,0)	0,022
<b>Uso del preservativo en:</b>			
<b>Relaciones habituales con la pareja</b>			
Siempre	39 (39,0)	58 (58,0)	0,002
Ocasionalmente	38 (38,0)	24 (24,0)	0,032
Nunca	18 (18,0)	7 (7,0)	0,018
<b>Relaciones fortuitas</b>			
Siempre	50 (50,0)	67 (67,0)	0,014
Ocasionalmente	28 (28,0)	16 (16,0)	0,041
Nunca	11 (11,0)	2 (2,0)	0,010

\* Se refiere únicamente al 56% que tuvo experiencia sexual, el 44% no lo tuvo.

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: autores

En la valoración de prácticas el beneficio de la intervención se midió a través de la disminución de las prácticas de riesgo en la postintervención con respecto de la preintervención. Así se observó que en relación al tipo de práctica: conserva con la pareja dio resultado del 59% al 77% con un  $P=0,006$  y las relaciones con desconocidos

Con respecto a las relaciones habituales con la pareja:

- Siempre del 39% al 58% ( $P=0,002$ )

- Ocasionalmente del 38% al 24% (P= 0,032)
- Nunca del 18% al 7% (P=0,018)

Con respecto a las relaciones fortuitas:

- Siempre del 50% al 67% (P=0,014)
- Ocasionalmente del 28% al 16% (P 0,041)
- Nunca del 11% al 2% (P0,010)

No se encontraron preferencias homosexuales.

En el grupo de ítems sobre tipo de práctica sexual aumentó significativamente el hecho de conversar con la pareja sobre ITS (P = 0,006) pero disminuyó el porcentaje de relaciones en estado de embriaguez (P = 0,041) y de relaciones con desconocidos (P = 0,022). El aumento de la primera variable y la disminución de las dos siguientes se interpreta como una reducción en las prácticas de riesgo.

No hubo disminución en frecuencia de ITS en el período de intervención.

En el uso del preservativo hubo variaciones hacia el aumento y hacia la disminución. En el ítem sobre usar *siempre* el preservativo en relaciones habituales y relaciones fortuitas hubo un aumento significativo, P = 0,002 y P = 0,014, respectivamente, en tanto que en los ítems *ocasionalmente* y *nunca* hubo también una disminución significativa de los porcentajes.

**Tabla 7**

**Prácticas sexuales adecuadas de 100 estudiantes de la Escuela de Trabajo Social de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca, a quienes se realizó una evaluación sobre conocimientos, actitudes y prácticas frente a las ITS/VIH-SIDA antes y después de una intervención educativa. Cuenca, 2009.**

<b>Evaluación de las prácticas</b>	<b>Preintervención N = 100 X ± DE</b>	<b>Postintervención N = 100 X ± DE</b>	<b>Valor P</b>
1. Relaciones en 3 últimos meses ...	3,8 ± 1,2	3,4 ± 2,2	0,112
2. Relaciones homosexuales ...	-	-	NC
3. Tipo de práctica sexual ...	5,9 ± 2,6	5,4 ± 2,3	0,151
4. Padecimiento de ITS ...	0,8 ± 2,9	0,4 ± 2,2	0,273
5. Conversar con la pareja sobre...	4,4 ± 3,8	2,3 ± 3,2	0,003
6. Relaciones en estado de ...	4,4 ± 4,5	2,8 ± 4,2	0,001
7. Uso del preservativo ...	4,3 ± 1,3	5,4 ± 1,4	0,001
8. Relaciones con desconocidos ...	3,4 ± 4,3	2,1 ± 4,1	0,029
9. Uso del preservativo con desconocidos ...	5,2 ± 1,7	5,5 ± 1,4	0,200

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: autores

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

Las modificaciones más relevantes y significativas fueron: conversar con la pareja sobre ITS (P = 0,003), disminución del promedio de mantener relaciones en estado de embriaguez (P = 0,001), uso del preservativo siempre (P = 0,001) y disminución de las relaciones con desconocidos (P = 0,029).

En relaciones sexuales en los últimos 3 meses: el promedio del número de parejas antes de la intervención fue de  $3,8 \pm 1,2$  y después disminuyó a  $3,4 \pm 2,2$ . La disminución no fue significativa. La puntuación de acuerdo al instructivo de calificación se mantuvo como buena.

En tipo de práctica sexual antes de la intervención tuvo un promedio de  $5,9 \pm 2,5$  y después de la intervención  $5,4 \pm 2,3$ . La disminución no fue significativa. Se mantuvo con puntuación regular.

En los padecimientos de ITS, el  $0,8 \pm 2,9$  antes de la intervención disminuyó a  $0,4 \pm 2,2$  después de la intervención. Antes y después tuvo una puntuación buena.

El promedio de  $4,4 \pm 4,5$  de conversar con la pareja sobre ITS convertido en  $2,3 \pm 3,2$  después de la intervención indica que antes y después se mantiene una puntuación buena.

Relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol u otras sustancias: antes de la intervención  $4,4 \pm 4,5$  y después de la intervención  $2,3 \pm 3,2$  indica que antes y después se mantuvo con una puntuación buena.

El promedio de  $4,3 \pm 1,3$  sobre uso del preservativo incrementado a  $5,4 \pm 1,4$  después de la intervención indica una puntuación regular antes y una puntuación buena después.

La disminución del promedio de relaciones sexuales con desconocidos de  $3,4 \pm 4,3$  a  $2,1 \pm 4,1$  después de la intervención indica una puntuación buena tanto antes como después.

En el incremento del promedio del uso de preservativo en relaciones sexuales con desconocidos se mantuvo una puntuación regular antes y después de la intervención.

## 5.6. AUTOEFICACIA PARA PREVENIR EL SIDA

**Tabla 8**

**Autoeficacia de 100 estudiantes de la Escuela de Trabajo Social de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca medida por el nivel de mayor seguridad. Subescala A de preguntas sobre seguridad de decir no a las relaciones sexuales frente a diversas circunstancias, antes y después de la intervención. Cuenca 2009.**

<b>A. ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de decir no, cuando te proponen tener relaciones sexuales?</b>	<b>Preintervención N = 100 N (%)</b>	<b>Postintervención N = 84 N (%)</b>	<b>Valor P</b>
1. Alguien conocido hace 30 días o menos	38 (38,0)	57 (57,0)	0.003
2. Alguien cuya historia sexual es desconocida para ti	54 (54,0)	72 (72,0)	0.065
3. Alguien cuya historia de drogas es desconocida para ti	61 (61,0)	72 (72,0)	0.123
4. Alguien a quien has tratado con anterioridad?	24 (24,0)	63 (63,0)	0.0003
5. Alguien a quien deseas tratar de nuevo?	48 (48,0)	72 (72,0)	0.006
6. Alguien con quien ya has tenido relaciones sexuales	42 (42,0)	61 (61,0)	0.058
7. Alguien a quien necesitas que se enamore de ti	42 (42,0)	61 (61,7)	0.005
8. Alguien que te presiona a tener relaciones sexuales	42 (42,0)	65 (65,0)	0.009
9. Alguien con quien has estado utilizando drogas	48 (48,0)	72 (72,0)	0.0004
10. Alguien y tu nivel de excitación sexual es muy alto	39 (39,0)	68 (68,0)	0.0003

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: autores

En la seguridad para decir no a una propuesta de tener relaciones sexuales con alguien cuya historia sexual y de consumo de drogas sea desconocida y con alguien con quien hubo tenido relaciones anteriores no hubo aumento significativo.

En las demás afirmaciones todos los incrementos fueron significativos.

**Tabla 9**

**Autoeficacia de 100 estudiantes de la Escuela de Trabajo Social de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca medida por el nivel de mayor seguridad. Subescala B de preguntas sobre seguridad de preguntar a la pareja sobre relaciones sexuales previas, uso de drogas, experiencia homosexual, discutir sobre SIDA, antes y después de la intervención. Cuenca 2009.**

<b>B. ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de:</b>	<b>Preintervención N = 100 N (%)</b>	<b>Postintervención N = 100 N (%)</b>	<b>Valor P</b>
1. Preguntar a tu novio/a si se ha inyectado alguna droga?	72 (72,0)	84 (84,0)	0.133
2. Discutir sobre la prevención del SIDA con tu novio/a	76 (76,0)	94 (94,0)	0.182
3. Preguntar a tu novio/a sobre sus relaciones sexuales tenidas en el pasado?	68 (68,0)	93 (93,0)	0.008
4. Preguntar a tu novio/a si ha tenido alguna experiencia homosexual?	71 (71,0)	93 (93,0)	0.003

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: autores

El aumento no fue significativo en la seguridad para preguntar a la pareja si se ha inyectado alguna droga y para discutir sobre la prevención del SIDA.

Sí lo hubo en la seguridad para preguntar a la pareja sobre relaciones sexuales en el pasado y sobre la posibilidad de haber tenido experiencias homosexuales.

**Tabla 10**

**Autoeficacia de 100 estudiantes de la Escuela de Trabajo Social de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca medida por el nivel de mayor seguridad. Subescala C de preguntas sobre la seguridad en el uso del preservativo, abstinencia sexual, fidelidad y confianza con los padres. Cuenca 2009**

<b>C. ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de....</b>	<b>Preintervención N = 100 N (%)</b>	<b>Postintervención N = 100 N (%)</b>	<b>Valor P</b>
1. Usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales?	67 (67,0)	82 (82,0)	0.015
2. Usar correctamente el condón	72 (72,0)	87 (87)	0.008
3. Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado bebiendo alcohol?	64 (64,0)	79 (79,0)	0.044
4. Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado consumiendo o utilizado alguna droga?	60 (60,0)	70 (70,0)	0.139
5. Insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu novio/a prefiere no usarlo?	61 (61,0)	73 (73,0)	0.071
6. Negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón?	42 (42,0)	62 (62,0)	0.0001
7. Contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones?	51 (51,0)	70 (70,0)	0.006
8. Acudir a la tienda a comprar condones?	61 (61,0)	82 (82,0)	0.001
9. Mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida?	38 (38,0)	73 (73,0)	0.001
10. Platicar con tu papá sobre temas sexuales	52 (52,0)	64 (64,0)	0.086
11. Platicar con tu mamá sobre temas sexuales	57 (57,0)	70 (70,0)	0.056

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: autores

El incremento porcentual fue significativo en la seguridad de utilizar preservativo cada vez que tenga relaciones sexuales, usar correctamente el preservativo, usar el preservativo durante el acto sexual después de haber estado bebiendo, negarse a tener relaciones si la pareja no aceptase el preservativo, contar siempre con el dinero

suficiente para comprar preservativos, acudir a la tienda a comprarlos y mantener fidelidad a una sola persona toda la vida.

Los demás incrementos no fueron significativos.



## CAPÍTULO VI

### 6. DISCUSIÓN

En la última década se ha insistido sobre el papel de los estudios dirigidos a medir conocimientos, actitudes y prácticas (CAPs) sobre todo en el contexto de la salud pública. De esta manera, los CAPs se han convertido en eficaces herramientas para corregir situaciones que de otra manera necesitarían estrategias más laboriosas. Hay suficiente información publicada sobre el beneficio de las intervenciones educativas en salud y en el futuro las tendencias sobre su utilidad parecen ampliarse de manera que aplicadas a grupos poblacionales específicos se constituyen cada vez más en efectivos medios para mejorar las condiciones sanitarias. Pruebas de ello vienen siendo las líneas de investigación en las que ha participado nuestra universidad en ámbitos como la prevención de enfermedades de transmisión sexual (29), la disminución de infecciones intrahospitalarias a través de la vigencia del lavado de manos del personal sanitario (30), la modificación de la incidencia de neurocisticercosis en la comunidad rural mediante educación a largo plazo (31), el aumento de la captación de sintomáticos respiratorios en el pesquisamiento de la tuberculosis pulmonar en la comunidad (32), entre las principales. El sustento teórico de este tipo de intervenciones reconoce a Paulo Freire como artífice de la corriente de comunicación educativa en nuestro continente (33).

Los organismos de salud ante el aumento de las infecciones de transmisión de enfermedad sexual como el VIH/SIDA propician la aplicación de las intervenciones educativas y alientan la posibilidad de modificar la curva de la infección que en la mayoría de países en desarrollo como el nuestro ni siquiera dispone de una información confiable en cuanto a su prevalencia y hasta la actualidad las tasas sobre las cuales se aplican ciertas estrategias de control siguen siendo estimaciones de epidemiólogos y principalmente de infectólogos (29).

El presente trabajo se encuentra dentro de esta línea aunque su objetivo central sea más educativo que sanitario. El planteamiento de fondo es que con este diseño cumplimos dos propósitos a la vez: el diagnóstico situacional de los 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 intervenciones educativas como estrategia de salud preventiva bajo el entendimiento del concepto holístico de la salud en su dimensión sociológica, psicológica y biológica.

Los resultados de la literatura especializada y publicada al respecto son concordantes con nuestros hallazgos por lo que de hecho asumimos que el objetivo central del estudio se ve cumplido. En la realidad latinoamericana la mayor parte de estudios realizados en poblaciones estudiantiles para cubrir la temática de infecciones de transmisión sexual muestran que el joven se desenvuelve en situaciones bastante parecidas. Alguna que otra característica con la que comúnmente se diferencia a las regiones o países, a la larga parece homogenizarse bajo el concepto de la llamada globalización o mejor denominada mundialización cultural, concepto de amplia aceptación en el mundo actual.

Las condiciones demográficas de la mayor parte de los estudios son similares a las nuestras, situación que debería entenderse como una selección adecuada de la muestra en el sentido que los entrevistados se encuentran en la etapa más propicia para participar en entrevistas, colaborar en intervenciones, del tipo que fuesen, y proporcionar información con un adecuado margen de confiabilidad. Algunas de estas características, más que otras, son particularmente útiles en estudios como el nuestro; así, el hecho de aceptar una intervención educativa y participar en la devolución de esa información, acción que se cumplió eficientemente en un ambiente de colaboración mutua como el que podía esperarse de una población universitaria.

La edad promedio de los estudiantes de la Escuela de Trabajo Social fue de  $21,8 \pm 4,2$  años entre un mínimo de 18 años y un máximo de 47 años. En un estudio realizado por la Universidad de Rosario en una población universitaria en Bogotá (34) en la que participaron 1106 estudiantes de las Facultades de Medicina, Rehabilitación y Jurisprudencia la edad promedio de los participantes fue de 19,6 años entre un rango de 16 a 38 y con una moda de 18 años con una participación mayoritaria de estudiantes de

los primeros cursos. El promedio más alto de edad en nuestro grupo se explicaría por la composición estudiantil de mayor edad que caracteriza a algunas escuelas y facultades de la Universidad de Cuenca entre las que está la escuela incluida en el estudio.

En general, la edad preferida para este tipo de encuestas relacionadas con las infecciones de transmisión sexual está alrededor de los 20 años o menos. Los adolescentes y los adultos jóvenes son las poblaciones en mayor riesgo de contagio debido a por lo menos dos razones: primera, la difusión de una información que centra su atención en el sexo como actitud hedonista que se dimensiona en las acciones de la intimidad como placeres supremos y que no ha podido ser modificada todavía por una buena educación formal y, segundo, la permisividad en la conducta sexual de los jóvenes que convierten en fácilmente accesibles las fuentes de transmisión de cualquier tipo de enfermedades entre ellas las venéreas. Partiendo de esas consideraciones en Bucaramanga (Colombia) se llevó a cabo un estudio para medir CAPs en 458 jóvenes con un promedio de edad de  $18.2 \pm 2.2$  años pertenecientes el 42,6% a colegios fiscales, 21,4% a colegios privados, 18,5% a universidades privadas, 15,1% a universidades públicas y 2,4% al grupo social de la alcaldía (35).

Pero no en todos los grupos estudiantiles las condiciones han de ser similares a pesar de pertenecer a regiones similares. En La Habana, por ejemplo, en un grupo de 146 estudiantes y trabajadores a quienes se realizó una intervención educativa sobre CAPs, la edad de la mayoría del grupo estuvo entre 25 y 45 años.

De otro lado, los estilos de vida de la gente joven envuelven comportamientos más riesgosos que la población de mayor edad. La mayoría de los jóvenes alcanzan la madurez sexual mucho antes de alcanzar la madurez emocional, cognitiva o social, lo que se asocia frecuentemente con inicio temprano de relaciones sexuales, promiscuidad y no uso de anticonceptivos, lo cual incide en la alta tasa de enfermedades de transmisión sexual y de embarazos no deseados. Sin embargo, a pesar de las similitudes que existen entre los adolescentes en general, las diversas creencias culturales y sociales modulan los comportamientos sexuales (36,37,38,39).

En nuestra recopilación el 98% de los entrevistados fueron cristianos, 91% católicos y 7% evangélicos. En los estudios sobre CAPs en los que se ha incluido la variable religión se ha encontrado que la mayoría de los participantes tienen profesión de fe cristiana bajo la iglesia católica o las ramificaciones de la iglesia protestante. En América Latina particularmente la religión predominante es la católica, así lo confirman estudios similares al nuestro realizados en Nicaragua (40), Perú (41) y Colombia (34) en donde se han encontrado católicos entre el 60% y 75% de los participantes. La no profesión de fe en los estudios de los países latinoamericanos no sobrepasa el 13% a excepción de Cuba en donde no hay religión oficial del estado y por tanto no es una variable incluida en el estudio (33). En nuestra recopilación el 98% de los entrevistados fueron cristianos, 91% católicos y 7% evangélicos.

Uno de los aspectos relevantes en un estudio que pesquisa el riesgo de exposición a las ITS en general y al VIH/SIDA en particular, es el inicio de la vida sexual activa. 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 (34,35,36,37,40,41,42).

En nuestra población de estudio la edad promedio de la primera relación sexual fue de  $17,7 \pm 2,2$  años entre un mínimo de 14 y un máximo de 23 años. El 27% de la muestra respondió que su primera experiencia se dio entre los 14 y 17 años de edad y el 26% entre los 18 a 21 años. Un 3% señaló que fue después de los 21 años y cerca de la mitad de la muestra, es decir el 44%, aseguró no tener la experiencia aún. De éstos el 42% fueron mujeres y el 2% varones.

En el estudio de la Universidad del Rosario de Bogotá, 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 colleges americanos que reportan ser activos sexualmente (37) y de Chile (78% en hombres y 41% de las mujeres) (42). De otro lado, Tang en su estudio menciona que si se compara con el porcentaje de adolescentes chinos, entre los cuales el 6.1% de los hombres y el 4.3% de las mujeres han tenido relaciones sexuales

prematrimoniales, es elevada. Igualmente refiere que también es alta comparada con cifras de Nueva Zelanda (8.5%), de Sudáfrica (17%), de Australia (28%), y de Cuba (51%) (43).

En nuestro estudio el número de compañeros sexuales fue en promedio de 4 en los últimos 3 meses, entre un mínimo de una pareja en el 93% de las mujeres y un máximo de seis parejas en menos del 4% de varones. La variación del número de parejas en el período de tres meses que duró el estudio no varió significativamente.

Con la misma relevancia, es necesario analizar el número de compañeros sexuales como actitud de riesgo. 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 de la Universidad del Rosario, en Bogotá, 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, el estudio 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 (31,32). En Lima metropolitana, después de aplicar una intervención educativa, la creencia de que se es más popular según el número de parejas sexuales se disminuyó en tres veces tanto en varones como en mujeres (38). En el reporte de La Habana 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 (33). Sea como fuese, parece que el número de compañeros sexuales en nuestro subcontinente va en aumento lo que incide directamente en el incremento del riesgo de contraer ITS.

Sobre las preferencias sexuales, como factor de riesgo para VIH/SIDA, en todos los reportes latinoamericanos entre el 85 y 95% de los entrevistados refiere preferencias heterosexuales. En nuestra recopilación, no hubo preferencias por el mismo (tabla 6). No se incluyó la identificación de preferencias bisexuales que en estudios como los realizados en Colombia se halló hasta en el 5% (34).

En el análisis del objetivo principal de nuestra investigación, es decir la búsqueda de modificación de conocimientos, actitudes y prácticas sexuales adecuadas, 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 (tabla 3); en la modificación de las actitudes y las prácticas los incrementos no fueron de la misma magnitud que en el área de los conocimientos pero la mayor parte de ellos fueron significativos.

En efecto, en las actitudes donde se obtuvo un incremento significativo fue en las variables que tratan sobre la recomendación a donde debe acudir un amigo si tuviera una ITS ( $P = 0,024$ ) y recomendaciones a un amigo que mantiene relaciones con desconocidos ( $P = 0,007$ ) (tabla 5).

En el tipo de práctica sexual se encontró beneficio significativo de la intervención en tres ítems: en conversar con la pareja sobre ITS ( $P = 0,006$ ), en la disminución de relaciones en estado de embriaguez ( $P = 0,041$ ) y en la disminución de la frecuencia de relaciones con desconocidos ( $P = 0,022$ ) (tabla 6).

La utilización del preservativo tuvo un significativo aumento del 39% al 58% en las relaciones habituales con la pareja. En las relaciones fortuitas hubo un significativo incremento del uso del preservativo del 50% al 67% y así mismo una significativa reducción del uso ocasional del preservativo del 68% al 16%. La interrelación de estas variables hace que el aumento de un valor se haga a expensas de la disminución del otro (tabla 6).

Al respecto, en el estudio realizado en Bucaramanga (35) cuando se consultó sobre el uso del preservativo, el 13% de los entrevistados dijo no usarlo nunca, 44% dijo usarlo siempre en las relaciones con personas diferentes a la pareja sexual estable. Entre los que usan condón cerca del 9% nunca lo usa en toda la relación sexual, 42% algunas veces y el 49% siempre. El 24% afirmó practicar relaciones anales y de ellos 20% utiliza condón siempre durante este tipo de practica. Estos hallazgos confirman un bajo

nivel de utilización del condón tanto en las relaciones anales como vaginales y orogenitales, especialmente en la practica de relaciones sexuales con pareja estable, en las cuales la mayoría de los jóvenes considera que no es necesario su uso.

En la valoración de la autoeficacia para prevenir el SIDA los promedios que miden los criterios de prevención basadas en: 1) la seguridad para decir NO a la propuesta de realizar relaciones sexuales, 2) seguridad para averiguar antecedentes de ITS y otras experiencias sexuales, y 3) seguridad para utilizar el condón, mantener fidelidad y conversar con los padres sobre sexualidad, aumentaron significativamente en estos ítems después de la intervención (tabla 8). En los estudios realizados con las poblaciones estudiantiles de Bucaramanga y Bogotá esta última condición tiene una franca desventaja frente a nuestros resultados. En efecto, una de las conclusiones de los investigadores expresa que es desconcertante verificar que sólo el 2,26% de la población estudiantil secundaria y universitaria tiene sexo seguro, es decir que casi todos los jóvenes se han expuesto en algún momento a prácticas sexuales riesgosas (32).

Finalmente, es notoria como lo muestran la mayoría de estudios, 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 (36). 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. Coincide con lo planteado por la Sociedad Internacional de Investigación sobre ITS, que señala que en esto juega un papel importante una deficiente educación sexual.

## CAPÍTULO VII

### 7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 7.1. Conclusiones

- El estudio se cumplió de acuerdo a la propuesta metodológica con la participación del total de la muestra tanto en la preintervención como en la postintervención.
- La muestra estuvo representada por 100 estudiantes universitarios de la Escuela de Trabajo Social con una edad promedio de  $21,8 \pm 4,2$  años entre un mínimo de 18 y un máximo de 47, con un 85% de mujeres y el 87% de solteros.
- El 98% profesan una religión cristiana: 91% la católica y el 7% la evangélica. El 88% de la muestra viven en la zona urbana.
- La edad promedio de la primera experiencia sexual fue de  $17,7 \pm 2,2$  años entre un mínimo de 14 y un máximo de 23 años. El 27% tuvo su primera experiencia entre 14 y 17 años y el 26% entre 18 y 21 años. Un 44% aseguró no tener la experiencia aún.
- En la post intervención hubo un significativo aumento en los conocimientos sobre las entidades de transmisión sexual: condiloma, herpes, sífilis, SIDA, gonorrea, tricomoniasis y clamidiasis, sobre las vías de transmisión, los signos y síntomas de las ITS y su curación ( $P < 0,05$ ).
- En la valoración de las actitudes en la post intervención se encontró incremento significativo en las recomendaciones a donde acudir en caso de portar una ITS. La recomendación de acudir a los padres ( $P = 0,001$ ), de acudir al médico ( $P = 0,026$ ), la disminución del intento de ayudarlo a curarse ( $P = 0,001$ ) y las actitudes a tomar en las relaciones con desconocidos, mostraron el efecto de la intervención.



- En la valoración de los ítems sobre tipo de práctica sexual la intervención mejoró significativamente en el hecho de conversar con la pareja o, después de la intervención, hubo disminución en las preferencias homosexuales, en el sexo anal y en relaciones con desconocidos, pero la disminución no fue significativa. El aumento fue significativo en la práctica de conversar con la pareja sobre las ITS ( $P = 0,004$ ), en evitar las relaciones en estado de embriaguez ( $P = 0,014$ ) y en el uso del preservativo en las relaciones fortuitas ( $P = 0,031$ ).
- En el análisis de la autoeficacia para prevenir el SIDA los resultados postintervención mostraron un aumento significativo en la seguridad para decir NO a la propuesta de tener relaciones sexuales. Así mismo se elevó la autoeficacia en relación a averiguar a la pareja sobre otras experiencias sexuales. Finalmente la intervención educativa incremento la autoeficacia en el uso del profiláctico.
- A juzgar por los resultados globales, que demuestran un incremento significativo en todos los conocimientos, en la mayor parte de las actitudes y de las prácticas, resulta evidente el beneficio de una intervención educativa en cualquier ámbito y en cualquier tiempo.

## **7.2. Recomendaciones**

- Las intervenciones con la metodología de los estudios CAPs son una excelente alternativa para educación sanitaria cuando los objetivos son modificar los conocimientos, las actitudes y las prácticas. Una vez conseguidos estos objetivos los resultados finales se traducen en una estrategia de prevención y reducción de riesgos para el individuo y para la comunidad, de manera que debe ampliarse su utilización a todos los ámbitos donde la información necesita ser renovada periódicamente.
- Esta renovación de la información debe ser entendida como una forma de actualización para todo grupo humano en donde se lo implementa, por tanto la realización de una investigación CAPs debe ser una práctica periódica porque cumple a la vez con la finalidad de educar permanentemente a los profesionales

sanitarios y permite, por otro lado, evaluar las actitudes y las prácticas de los involucrados en los estudios. La metodología como tal debería ser incluida dentro de las líneas de investigación de nuestra Universidad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. RosasI, Serrano M. Conocimiento acerca de las Enfermedades de Transmisión Sexual entre estudiantes y trabajadores de las Universidad de las Américas Puebla, México. Disponible en: [http://www.infarmate.org/pdfs/julio\\_agosto07/ets.pdf](http://www.infarmate.org/pdfs/julio_agosto07/ets.pdf)
2. Cortes A, Sordo ME, Cumba C. Comportamiento sexual y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de secundaria básica de Ciudad de la Habana, 1995-1996. Rev Cubana Hig Epidemiol. [online]. Jan.-Apr. 2000, vol.38, no.1 [cited 27 September 2007], p.53-59. Available from World Wide Web: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S15613003200000100008&lng=en&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15613003200000100008&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 1561-3003.
3. Torres P, Walker D, Gutierrez JP et al. Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/sida entre adolescentes escolarizados mexicanos. Salud pública Méx. [online]. 2006, vol. 48, no. 4 [citado 2007-10-04], pp. 308-316. Disponible en: <[http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-](http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-)
4. OMS. Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. 2001. [http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/mngt\\_stis/guidelines\\_es.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/mngt_stis/guidelines_es.pdf)
5. OPS/OMS. Obstet. [online]. 2005, vol.43, no.3 [citado 28 Septiembre 2007], p.107-107. Disponible en la World Wide Web: <[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S079708032005000300001&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S079708032005000300001&lng=es&nrm=iso)>. ISSN
6. Guía de atención de las enfermedades de transmisión sexual.2000. Disponible en: <http://www.medicosgeneralescolombianos.com/ETS.htm>
7. Alvis N, Mattar S, García J, Conde E, Díaz A. Infecciones de Transmisión Sexual en un Grupo de Alto Riesgo de la Ciudad de Montería, Colombia. Revista de Salud Pública Volumen 9 (1), Marzo 2007. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v9n1/v9n1a10.pdf>
8. Infecciones de transmisión sexual ITS-VIH SIDA. Características generales. ITS síntomas y consecuencias. Disponible en: <http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=20040628161707>
9. Pautas para la vigilancia de las infecciones de transmisión sexual. Disponible en: <http://www.ops.org.bo-isi/12604.pdf>
10. Integración de servicios para las infecciones de transmisión sexual (ITS) en los programas de planificación familiar (PF). Disponible en: <http://www.maqweb.org/spanish/present/its.pdf>
11. Bernal B, Hernández G. CONASIDA. Las enfermedades de transmisión sexual ETS: otro reto para la prevención y control de la epidemia del VIH/SIDA. Revista SIDA-ETS. Agosto-octubre, 1997 Vol.3, No. 3 PP. 63-67. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/conasida/revista/1997>.
12. OMS/FNUAP. Las prioridades de salud sexual y reproductiva reciben un espaldarazo al más alto nivel. Comunicado de prensa .2008. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr34/es/index.html>
13. FHI. Preservación de la fertilidad. Network 2004, Volumen 23, Número 2 Disponible en: [http://www.fhi.org/sp/RH/Pubs/Network/v23\\_2/index.htm](http://www.fhi.org/sp/RH/Pubs/Network/v23_2/index.htm)

14. Berdasquera C, Lazo D, Galindo MA, Santana BM et al. Sífilis: pasado y presente. Rev Cubana Hig Epidemiol. [online]. Mayo-ago. 2004, vol.42, no.2 [citado 01 Octubre 2007], p.0-0. Disponible en la World Wide Web: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S156130032004000200008&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156130032004000200008&lng=es&nrm=iso)>.ISSN 1561-3003.
15. Berdasquera D, Farinas AT, Teresa A y Valle R. Las enfermedades de transmisión sexual en embarazadas. Rev Cubana Med Gen Integr. [online]. nov.-dic. 2001, vol.17, no.6 [citado 01 Octubre 2007], p.532-539. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086421252001000600004&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252001000600004&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0864-2125.
16. OPS/OMS. Comunicado de prensa. Los condones protegen contra el cáncer del cuello uterino. Disponible en: <http://salud.ops.org.bo/servicios/?DB=B&S11=10131&SE=SN>
17. Allen Betania, Cruz-Valdez Aurelio, Rivera-Rivera Leonor, Castro Roberto, Arana-García María Ernestina, Hernández-Avila Mauricio. Afecto, besos y condones: el ABC de las prácticas sexuales de las trabajadoras sexuales de la Ciudad de México. Salud pública Méx [periódico en la Internet]. [Citado 2007 Oct 25]. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342003001100004&lng=es&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003001100004&lng=es&nrm=iso). doi: 10.1590/S0036-36342003001100004
18. Negroni M, Vargas-Guadarrama G, Rueda-Neria CM, Bassett-Hileman S, Weir BM. Mario. Identificación de sitios de encuentro de parejas sexuales en dos ciudades de la frontera sur de México, mediante el método PLACE. Salud pública Méx [periódico en la Internet]. [Citado 2007 Oct 25]. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003636342003001100010&lng=es&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342003001100010&lng=es&nrm=iso). doi: 10.1590/S0036-36342003001100010
19. Diez Canseco F, Carrasco A, Cueto RM. Línea de base para el proyecto de salud sexual y reproductiva con adolescentes afectados por la violencia. Ayacucho, Perú Septiembre, 2000. Disponible en: <http://www.saludsinlimitesperu.org.pe/pdf/InformeLineaBaseProyectoS.pdf>
20. ONUSIDA. Punto de vista: Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2008. Disponible en: <http://www.unaids.org>.
21. Boys in the picture.2000. <http://www.promundo.org.br/BoysinthePicture.pdf>
22. ENCARTA 2008. Microsoft ® Encarta ® 2008. © 1993-2007 Microsoft Corporation.
23. Contreras NR, Delgado Camacho AU, Iizarbe VO, Vábar LC. SIDA: conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo de estudiantes preuniversitarios en la ciudad del Cusco. Abril - Agosto 97, Año V N° 10. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/situa/1997\\_n10/sida.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/situa/1997_n10/sida.htm)
24. Ralf JB & Jerusalem M. Spanish Adaptation of the General Self-Efficacy Scale Auto-Eficacia Generalizada. Disponible en: <http://userpage.fu-berlin.de/~health/spanscal.htm>. 2007
25. Noboa P, Serrano-García I. Autoeficacia en la negociación sexual: retos para la prevención de VIH/sida en mujeres puertorriqueñas. Revista Latinoamericana de Psicología 2006, volumen 38, No 1, 21-43. Disponible en: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/rlp/v38n1/v38n1a02.pdf>
26. Fernández S, Juárez O, Díez E. Prevención del SIDA en la Escuela Secundaria: recopilación y valoración de programas. Rev. Esp. Salud Pública. [Periódico en la Internet]. 1999 Nov [citado 2007

Nov 06]; 73(6): Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S113557271999000600004&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557271999000600004&lng=es&nrm=iso).

27. Rodríguez J, Begona G, Martínez C, Rubio MJ. Un software multimedia para la prevención del SIDA en adolescentes. 1999. Disponible en: <http://greav.net/portal/files/1999/SIDA.pdf>
28. Becco G. Vigotsky y las Teorías del Aprendizaje Conclusiones y Reflexión final 2000. Disponible en: [http://perso.wanadoo.es/angel.saez/pagina\\_nueva\\_165.htm](http://perso.wanadoo.es/angel.saez/pagina_nueva_165.htm).
29. Freire E. Evaluación y Modificación de los Conocimientos Actitudes y Prácticas de los Conscriptos de los Cuarteles Dávalos y Portete, frente a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH/SIDA. Tesis de Maestría. Universidad de Cuenca, 2007.
30. Campoverde I, Cárdenas J. Cumplimiento del Lavado de Manos por parte del personal del Servicio de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso 2007-2008. Tesis de Grado, Universidad de Cuenca. Cuenca, 2009.
31. Jaramillo M del C, Mantilla G, Mata L. Conocimientos, Actitudes y Prácticas acerca de la Neurocisticercosis en las parroquias rurales del cantón Cuenca. Tesis de Grado, Universidad de Cuenca. Cuenca 2009.
32. Ulloa RM. Programa de Intervención para mejorar Conocimientos y Actitudes sobre la Tuberculosis y captar sintomáticos respiratorios. Area 1 de Salud del Cañar. Tesis de Maestría, Universidad de Cuenca. Cuenca, 2008.
33. Freire P. Perfil biográfico y académico. Disponible en formato electrónico: URL disponible en: <http://www.infoamerica.org/teoria/freire1.htm>
34. Ruiz AM y cols. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en una población universitaria. Rev Sogia 2005; 12(3):86-93.
35. Vera LM, López N, Orozco LC, Caicedo P. Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infección por VIH en jóvenes. Acta Med Colomb 2001; 26:16-23.
36. Hernández JM, Toll JC, Díaz G, Castro J. Intervención Educativa sobre Sexualidad y Enfermedades de Transmisión Sexual. Rev Cubana Med Gen Integr 2000;16(1):39-44
37. Eisenberg M. Differences in sexual risk behavior between college students with samesex and opposite sex experience: results from a national survey. Archives of Sexual Behavior 2001; 30(6): 575-90.
38. Asociación Pro Bienestar de la Familia Colombiana PROFAMILIA. Salud Sexual y Reproductiva en Colombia Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogota: Printex Impresores LTDA, 2000.
39. Posada C. Realidades y Retos del Embarazo Adolescente. Medellín: CERFAMI, 2000.
40. Escobar M. Conocimientos, Actitudes y Prácticas de VIH/SIDA en personal médico, enfermería y laboratorio, Hospital Alemán Nicaragüense. Tesis para optar a título de Médico Integral. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN, Managua, 2009.
41. Velásquez A. Efecto de un CD Multimedia (Planeta Riesgo Xero) en los Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH/SIDA de adolescentes de Colegios de

Lima Metropolitana. Anales de la Facultad de Medicina. vol 66, número 003. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima, 2005: 232-240.

42. Maddaleno M. Atención de salud del adolescente: un modelo en el nivel primario de atención en un sector urbano marginal de Santiago de Chile. In: La Salud del adolescente en Chile: Corporación de promoción Universitaria; 1988.
43. Tang CS, Lai FD, Chung TKH. Assessment of sexual functioning for chinese college students. Archives of Sexual Behavior 1997; 26(1): 79-90.

## ANEXOS

### Formulario No 1

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

**“EVALUACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS,  
ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA  
DE TRABAJO SOCIAL DE LA FACULTAD DE JURISPRUDENCIA DE LA  
UNIVERSIDAD DE CUENCA, FRENTE A LAS INFECCIONES DE  
TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y VIH/SIDA”**

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

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

#### SECCIÓN I

**01 NUMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CUESTIONARIO**

Fecha día  mes  año

**FUENTE-ESCUELA:**

Ciclo Común Filosofía

Ciencias de la Educación

Lengua, literatura y Lenguajes Audio Visuales  Trabajo Social

Historia y Geografía

Lengua y Literatura Inglesa  Lic.

Ciencias Humanas Mención Gestión. Desarrollo Cultural

Lic. Educación General Básica

Trabajo Social

Psicología Educativa

Derecho

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

		Unión Libre <input type="checkbox"/>
P05	Religión	Católica <input type="checkbox"/> Evangélica <input type="checkbox"/> T. de Jehová <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
P06	Residencia	Urbano <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>
<b>SECCIÓN III</b>		
P07	¿Qué infecciones de transmisión sexual conoce?	Condiloma 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Herpes 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Sífilis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> SIDA 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Gonorrea 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Tricomoniasis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Clamidiasis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Otras 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Señale cuales----- -----
P08	¿Usted sabe como se transmiten estas infecciones?	Contacto sexual 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> sin penetración 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Contacto sexual con penetración 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Por una transfusión de sangre 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> De una madre infectada a su hijo por el embarazo, parto o lactancia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> A través del beso o el sudor 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Otras 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P09	¿Usted sabe como se manifiestan las infecciones de transmisión sexual?	Dolor el vientre bajo 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Secreción por los genitales externos 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Verrugas en genitales externos 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Manchas en la piel 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Inflamación de Los ganglios 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Otras 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P10	Son curables estas infecciones?	Sífilis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Condiloma 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Blenorragia o Gonorrea 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Clamidiasis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> SIDA 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Trichomoniasis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P11	Si conociera a un amigo o (a) con una Infección de transmisión sexual. ¿A donde le recomendaría acudir para recibir atención?	A un hospital cercano 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>  A su médico de familia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> A una farmacia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> A otro amigo o (a) para que le sugiera tratamiento 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Conversar con sus padres 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Otras 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Cuales
P12	Si un amigo o (a) tuviera una Infección de transmisión sexual; ¿Cuál sería su actitud?	Me alejaría de el o ella 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Le ayudaría a curarse 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Le diría que aprendió a hacer el amor 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Que es propio de la edad 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Le sugeriría visitar a su médico de familia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>



P13	¿Qué le aconsejaría a sus amigos para no infectarse con una Infección de transmisión sexual?	Tener conocimientos sobre las infecciones 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> No tener relaciones sexuales 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Fidelidad a su pareja 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Escoger bien la pareja 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Usar condón en todas las relaciones sexuales 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Tener relaciones sin penetración 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P14	¿Qué sugerencia le daría a un amigo o (a) que le comunica tiene relaciones sexuales con desconocidos o poco conocidos?	Protegerse con el uso del condón 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Lavarse los genitales después de concluida la relación sexual 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Visitar al médico buscando orientación 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> No tener relaciones sexuales con desconocidos 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P15	¿Ha tenido relaciones sexuales?	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P16	¿A qué edad inició su vida sexual?	<input type="text"/> <input type="text"/> Años
P17	¿Con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses?	<input type="text"/> <input type="text"/> Personas
P18	Ha tenido durante su vida relaciones sexuales con :	Personas del mismo sexo 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Personas del sexo contrario 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Personas de ambos sexos 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P19	¿Qué tipo de hábito sexual utiliza durante sus relaciones sexuales?	Sexo oral 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Sexo anal 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Coito genital 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P20	¿Ha padecido de alguna Infección de transmisión sexual?	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Mencione cual o cuales _____
P21	¿Conversa con su pareja sobre estas infecciones?	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P22	¿Ha tenido relaciones sexuales en estado de embriaguez?	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P23	¿Utiliza condón en tus relaciones habituales con tu pareja?	1. Siempre <input type="checkbox"/> 2. Ocasionalmente <input type="checkbox"/> 3. Nunca <input type="checkbox"/>

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

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

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

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

B) ¿Qué tan seguro está de ser capaz de	Nada seguro	Algo seguro	Medio seguro	Muy seguro	Totalmente seguro
---	-------------	-------------	--------------	------------	-------------------

1. Preguntar a su novio/a si se ha inyectado alguna droga?	1	1	1	1	1
2. Discutir sobre la prevención del SIDA con su novio/a	2	2	2	2	2
3. Preguntar a su novio/a sobre sus relaciones sexuales tenidas en el pasado?	3	3	3	3	3
4. Preguntar a su novio/a si ha tenido alguna experiencia homosexual?	4	4	4	4	4

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

**Clave de calificación:**

**Conocimientos**

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

Conocimiento de las ITS

Si reconoce:

Sífilis: 2 puntos

Gonorrea: 2 puntos

SIDA: 2 puntos

Condiloma: 1 punto

Trichomona: 1 punto

Clamidia: 1 punto

Herpes: 1

Otras relacionadas: 1 punto

Pregunta 08. Puntuación final 12 y -2

Conocimiento de las vías de transmisión de las ITS

Si reconoce:

Contacto con penetración: 3 puntos

Materna: 3 puntos

Transfusión: 3 puntos

Otra con relación: 1 punto

Si reconoce:

Beso, sudor: -2 puntos

Contacto sexual sin penetración: 2 puntos

Pregunta 09. Puntuación final 10 y -2

Conocimiento de los síntomas y signos de las ITS

Si reconoce:

Secreción: 2 puntos

Dolor: 2 puntos

Verrugas: 2 puntos

Inflamación: 1 punto

Manchas: 1 punto

Otras relacionadas: 2 puntos

Otras no relacionadas: -2 puntos

Pregunta 10. Puntuación final entre 10 y -3

Conocimiento sobre curación de las ITS

Si reconoce:

Sífilis: 3 puntos

Trichomona: 2 puntos

Blenorragia: 3 puntos

Clamidia: 2 puntos

SIDA: -2 puntos

Condiloma: -1 punto

### **Actitudes**

Pregunta 11. Puntuación final entre 10 y menos 3

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

Si reconoce:

Médico Familia: 3 puntos

Hospital: 3 puntos

Conversar padres: 3 puntos

Otros relacionados: 1 punto

Si reconoce:

Farmacia: -1 punto

Otro amigo: -1 punto

Otros no relacionados: -1 punto

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

Actitud ante un amigo con una ITS

Si reconoce:

Acudir a médico de familia: 6 puntos

Ayudar a curarse: 4 puntos

Aleja: -2 puntos

Aprender a hacer el amor: -2 puntos

Propio de la edad: -2 puntos

Pregunta 13. Puntuación final entre 10 y menos 1 punto

Recomendación a un amigo(a) para no infectarse con una ITS

Si reconoce:

Uso del condón: 3 puntos

Fidelidad a la pareja: 3 puntos

Contacto sin penetración: 2 puntos

Conocimiento: 1 punto

Escoger bien: 1 punto

No relación: -1 punto

Pregunta 14. Puntuación final entre 10 y cero

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

Si reconoce:

Protegerse condón: 3 puntos

No relación con desconocidos: 3 puntos

Lavarse genitales: 2 puntos

Visitar al médico: 2 puntos

### **Prácticas**

Pregunta 15

No se evalúa.

Pregunta 16

No se evalúa

Pregunta 17. Puntuación final entre 10 y 4

Relaciones sexuales en los últimos 12 meses: número de parejas

1 persona: 4 puntos

2 personas: 6 puntos

Más de 2 personas: 10 puntos

Pregunta 18. Puntuación final entre 10 puntos y 4

Relaciones heterosexuales, bisexuales, homosexuales

Personas del sexo contrario: 4 puntos

Personas de ambos sexos: 6 puntos

Personas del mismo sexo: 10 puntos

Pregunta 19. Puntuación final entre 10 y uno

Tipo de práctica sexual

Anal: 5 puntos

Genital: 4 puntos

Sexo oral: 1 puntos

Pregunta 20. Puntuación final entre 10 y cero puntos

Padecimiento de ITS

No: 0 puntos

Si: 10 puntos

Pregunta 21. Puntuación final entre 10 y cero

Conversar con la pareja sobre ITS

Si: 0 puntos

No: 10 puntos

Pregunta 22. Puntuación final entre 10 y cero

Relaciones sexuales bajo el efecto de alcohol u otras sustancias

No: 0 puntos

Si: 10 puntos

Pregunta 23: puntuación final entre 8 y 4 puntos

Uso del preservativo

Si siempre: 4 puntos

Si ocasionalmente: 6 puntos

Si nunca: 8 puntos

Pregunta 25.

Relaciones sexuales con desconocidos

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

Si: 10 puntos

Pregunta 26. Puntuación final entre 10 y 4 puntos

Uso del preservativo en relaciones sexuales con desconocidos

Siempre: 4 puntos

Ocasionalmente: 6 puntos

Nunca: 10 puntos