

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL
ECUADOR**

FACULTAD DE MEDICINA

**“Diferencias actitudinales frente VIH – SIDA entre los estudiantes
que cursan el sexto curso del Colegio Nacional “Dr. José María
Velasco Ibarra” y los estudiantes que ingresan a primer nivel de la
Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del
Ecuador en el primer semestre 2011”**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

MOLINA VILLA DIANA JACQUELINE

Director: Dr. Nelson Cevallos

Quito 2011

INDICE.

PAGINA

LISTA DE CUADROS _____	1
LISTA DE FIGURAS _____	4
RESUMEN / ABSTRACT _____	5
CAPÍTULO PRIMERO:	
INTRODUCCIÓN _____	6
CAPÍTULO SEGUNDO:	
REVISION BIBLIOGRAFICA _____	9
CAPÍTULO TERCERO:	
METODOS _____	25
CAPÍTULO CUARTO:	
RESULTADOS _____	28
CAPITULO QUINTO:	
DISCUSIÓN _____	45
CAPUTILO SEXTO:	
CONCLUSIONES _____	52
CAPITULO SEPTIMO:	
RECOMENDACIONES _____	53
ANEXOS _____	54
BIBLIOGRAFÍA _____	72

LISTA DE CUADROS.

Cuadro 1: (pg. 28)

Distribución por género según Ambiente Educativo

Cuadro 2: (pg. 29)

Actividad sexual según Ambiente Educativo

Cuadro 3: (pg. 29)

Actividad sexual según genero

Cuadro 4: (pg. 30)

Edad de inicio de relaciones sexuales según genero

Cuadro 5: (pg. 30)

Uso de preservativo en su primera relación sexual según Ambiente Educativo

Cuadro 6: (pg. 31)

Uso de preservativo en la primera relación sexual – género femenino

Cuadro 7: (pg. 31)

Uso de preservativo en la primera relación sexual – género masculino

Cuadro 8: (pg. 32)

Sugerencia del uso de preservativo durante la relación sexual según Ambiente Educativo

Cuadro 9: (pg. 32)

Cantidad de parejas sexuales según Ambiente Educativo

Cuadro 10: (pg. 33)

Estudiantes, según Ambiente Educativo, que han tenido relaciones sexuales con una pareja estable en los últimos 12 meses

Cuadro 11: (pg. 33)

Estudiantes, según Ambiente Educativo, que han tenido relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses

Cuadro 12: (pg. 35)

Momento en el que se debe colar el preservativo durante la relación sexual según Ambiente Educativo

Cuadro 13: (pg. 36)

Razones por las que no utilizaron preservativo durante su relación sexual según Ambiente Educativo

Cuadro 14: (pg. 36)

Sensación de culpa luego de una relación sexual sin preservativo

Cuadro 15: (pg. 37)

Personas, según género, que han rechazado alguna vez una relación sexual por no disponer de preservativo

Cuadro 16: (pg. 38)

Personas que poseen información sobre las Enfermedades de Transmisión Sexual según Ambiente Educativo

Cuadro 17: (pg. 42)

Identificación de los potenciales métodos de contagio de VIH según Ambiente Educativo

Cuadro 18: (pg. 43)

Identificación de los métodos que podrían reducir el contagio de VIH

Cuadro 19: (pg. 44)

Cantidad de personas según Ambiente Educativo que conocen donde realizan la prueba de VIH

Cuadro 20: (pg. 44)

Cantidad de personas según Ambiente Educativo que solicitaron voluntariamente la prueba de VIH

LISTA DE FIGURAS.

Figura 1: (pg. 29)

Edad de inicio de relaciones sexuales según Ambiente Educativo

Figura 2: (pg. 34)

Uso de preservativo, según Ambiente Educativo, en relaciones sexuales con parejas estables

Figura 3: (pg. 34)

Uso de preservativo, según Ambiente Educativo, en relaciones sexuales con parejas ocasionales

Figura 4: (pg. 38)

Parámetros que son considerados como Comportamiento Sexual Responsable según Ambiente Educativo

Figura 5: (pg. 39)

Categorización de la gravedad del SIDA según Ambiente Educativo

Figura 6: (pg. 40)

Identificación de las Enfermedades de Transmisión Sexual según Ambiente Educativo

Figura 7: (pg. 41)

Fuentes de información sobre ETS en estudiantes de Sexto Curso

Figura 8: (pg. 41)

Fuentes de información sobre ETS en estudiantes de Primer Nivel

RESUMEN / ABSTRACT

En el siguiente estudio observacional descriptivo de corte transversal se implementó un cuestionario, especialmente confeccionado para ser resuelto por jóvenes comprendidos entre 15 y 35 años de edad, el cual tenía como objetivo diferenciar las actitudes frente al VIH – SIDA de dos grupos poblacionales sensibles, estudiantes de sexto curso del Colegio Nacional “Dr. José María Velasco Ibarra” y los estudiantes de Primer Nivel de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

En ambos grupos, sus actitudes se encuentran condicionadas por factores socio demográficos, cognitivos, grandes eventos de la vida y procesos conductuales. Dichos parámetros influyen, de manera positiva o negativa en el curso de sus decisiones frente al VIH - SIDA. Para el proceso de análisis de datos, se procederá a un análisis estadístico descriptivo, tanto para las variables cualitativas y cuantitativas. Se utilizará Epi Info para análisis de datos, el costo aproximado es de 300 dólares, la duración estimada será de 2 meses para elaboración y recolección de datos.

CAPITULO PRIMERO.

INTRODUCCION

A través de los años, el tema de los adolescentes / adultos jóvenes y las conductas de riesgo frente a la sexualidad han sido de interés para diversos profesionales de la salud, ya que se ha identificado que dichas conductas han influenciado de una u otra manera en el aumento de nuevos casos de adolescentes / adultos jóvenes diagnosticados con VIH. Por esta razón, se realizó este trabajo de investigación con el fin de identificar las actitudes que están llevando a que los jóvenes no generen comportamientos saludables frente a la posible infección por VIH.

A nivel de América Latina y del resto del mundo, existe una constante indagación acerca de las actitudes de los adolescentes frente al VIH – SIDA, ciertamente porque este es un selecto grupo que se encuentra más vulnerable al contagio y en donde es aun más importante implementar cambios para prevenirlo.

En Perú durante el 2003, se realizo un estudio en una muestra de 382 adolescentes comprendidos entre los 12 y 19 años, en donde se encontró que un 85.9% de los participantes carecían de conocimientos significativos frente al VIH y que un 60,2% tiene una actitud neutral frente al posible contagio, y que de estos tan solo un 7.3% orientan sus conductas hacia la protección y responsabilidad frente al riesgo del VIH.

(6)

En la Revista Interamericana de Psicología del 2007 (19), se encuentra un estudio realizado en estudiantes de un instituto educativo de Porto Alegre en Brasil, donde se

evalúan los predictores de las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes, entendiéndose por conducta de riesgo a la actividad sexual desprotegida. Mediante el análisis, se encontró que los individuos que tienen mayor propensión a actitudes de riesgo son los jóvenes varones que tuvieron un mayor número de parejas sexuales durante el último año.

En Paraguay, en el estudio realizado durante el 2006 mediante la aplicación de un cuestionario anónimo, se encontró que la fuente de información más citada fue la institución educativa. Los resultados mostraron que un 42% de los estudiantes han tenido por lo menos una relación sexual en su vida y de estos un 56% son varones. Además, es importante mencionar que la edad media del inicio de las relaciones en esta población adolescente es de 14 años. (6)

Por último, Colombia, durante el 2004, – quienes poseen una cultura muy similar a la del Ecuador- encontró que la mayor fuente de información acerca del VIH es obtenida de la televisión, que el nivel de conocimiento, tanto del contagio como de la gravedad de la enfermedad, es mayor en hombres que en mujeres y que las actitudes hacia la disponibilidad de preservativos en el momento de las relaciones sexuales y que el uso de preservativos con una pareja estable aumenta el riesgo de exposición al VIH (26). Posteriormente se realizó una investigación similar durante el 2005, en la que se pretendía evaluar conocimientos y actitudes acerca del VIH, donde se obtuvo una mayor puntuación acerca de conocimientos erróneos (24)

Es por esto que las actitudes regulan la conducta sexual, son una predisposición a opinar, sentir y actuar de una u otra forma frente a situaciones sexuales como: pornografía, preferencias sexuales, normas o costumbres sociales, relaciones prematrimoniales, noviazgo, matrimonio y conducta sexual. Analizar e intentar comprender la actitud de los y las adolescentes ante la sexualidad y su forma de manifestarla es el punto central de esta investigación.

Ahora, debido a la gran inestabilidad emocional a la que se encuentran sometidos los estudiantes de sexto curso y a que se encuentran inmersos en un tiempo de su vida en el cual se da un cambio repentino de un mundo dependiente a uno totalmente autónomo, es el objetivo principal de el presente estudio es demostrar si estos cambios críticos en el ciclo de vida modifican o no las actitudes de riesgo frente al posible contagio de VIH.

CAPITULO SEGUNDO.

REVISION BIBLIOGRAFICA

Uno de los mayores atractivos de las actitudes es conocer qué son, cómo se forman, cómo cambian y cómo se relacionan con el comportamiento y con la posibilidad de influencia y control de las conductas individuales y colectivas. Hoy en día, el término actitud es ampliamente utilizado y en la charla habitual se la entiende como una postura la cual expresa una reacción afectiva, positiva o negativa, hacia un objeto o situación en concreto.

Existe una amplia literatura entorno al intento de definir la actitud. Según los estudios de Allport en 1924, quien dentro del campo de la psicológica es uno de los más influyentes respecto al tema, describe las actitudes como “un estado mental y neuronal de disponibilidad que ejerce influjo directivo o dinámico sobre las respuestas del individuo a todos los objetos y situaciones con que está relacionado y que se forma a base de experiencia (26)”. En esta definición, Allport identifica claramente que los individuos poseen una predisposición innata hacia todo lo que les rodea, es decir personas, situaciones objetos, actividades, etcétera.

Posteriormente y debido a lo complejo del tema, se crearon varias y más completas definiciones acerca de las actitudes de lo que se pueden extraer cuatro ideas principales:

- Primera: la existencia de un consenso general de que una actitud es una predisposición a responder a un objeto, y no la conducta efectiva hacia él.
- Segunda: la actitud es persistente, lo que no significa que sea inmutable.

- Tercero: la actitud produce consistencia en las manifestaciones conductuales del individuo.

- Cuarto: la actitud tiene una cualidad direccional, es decir que posee una característica motivacional.

Por lo tanto, a grandes rasgos, las diferentes definiciones acerca de las actitudes pueden agruparse en definiciones de carácter social, conductual y cognitivo. Dentro del carácter social se debe tomar en cuenta que las actitudes son un reflejo individual, es decir que reflejan patrones conductuales propios de los miembros de un determinado grupo y por lo tanto limitan y regulan las interacciones entre los mismos. Para los autores conductistas, tales como Allport, una actitud es la predisposición a actuar o de responder de una forma determinada ante un estímulo u objeto actitudinal; es decir que una actitud es un estilo en particular de respuesta tanto verbal como conductual en la cual el sujeto no describe sus ideas internas, sino más bien una respuesta pública habitual. La definición de carácter cognitivo, apareció hacia la década de los 50, en donde se establece que una actitud es un conjunto de predisposiciones para una acción la cual está directamente relacionada y organizada en torno a un objeto o situación en particular.

Pese a la diversidad de definiciones, podemos establecer que las actitudes son aprendidas, que tienden a permanecer bastante estables durante el tiempo, que siempre están dirigidas hacia un objeto o idea en particular y que muy raras veces son un hecho individual. Así como también, podemos decir que las actitudes se componen de tres elementos básicos en su conformación; lo que el individuo piensa

o sabe (componente cognitivo), lo que el individuo siente (componente emocional o afectivo) y la tendencia del individuo para expresar sus pensamientos y emociones (componente conductual).

Para fines del estudio, es especialmente importante la descripción de los tres pilares básicos de la formación de una actitud:

- Componente cognitivo: está compuesto de ideas, dato, información o preceptos que se poseen acerca de una situación u objeto determinado, es decir lo que el individuo conoce concretamente acerca del “objeto actitudinal”. Un conocimiento detallado del objeto favorece la asociación al mismo. Es decir, que para que exista una actitud es necesario que también exista una representación cognoscitiva del objeto, por lo tanto los objetos no conocidos o sobre los que no se posee información, no tiene la capacidad de generar actitudes es inidentificable mediante las expresiones de las creencias (14)
- Componente conductual: básicamente está constituido por un sistema de acciones exteriormente observable. Son las intenciones, disposiciones o tendencias hacia un objeto determinado, es cuando surge una verdadera asociación entre el objeto y el sujeto. Es una tendencia a reaccionar de una determinada manera, es el componente activo de la actitud. Se lo puede conocer mediante el análisis de la conducta, actividad y expresión frente al objeto actitudinal. (14)
- Componente emocional o afectivo: se refiere a los sentimientos o emociones que el sujeto tiene acerca del objeto actitudinal. Es el componente más

característico de las actitudes y es aquí donde radica la diferencia principal con las creencias y opiniones, las cuales se caracterizan básicamente por la cantidad de conocimiento que se posee acerca del mismo. Este componente refleja apatía o antipatía, aceptación o rechazo frente al mismo. Es identificable mediante la medición de indicadores neurofisiológicos y expresiones verbales. (14)

Con este antecedente, las actitudes poseen una gran consistencia derivada de la relación de sus tres componentes estructurales, por lo tanto para poder evaluar un objeto determinado (componente emocional), se debe tener algún tipo de conocimiento acerca del mismo (componente cognitivo) con lo que llegamos a una evaluación positiva o negativa acerca del objeto lo cual determina nuestra respuesta (componente conductual) hacia el mismo.

Existen tres teorías acerca de la formación de las actitudes: la teoría del aprendizaje, la teoría de la consistencia cognitiva y la teoría de la disonancia cognitiva (27).

La teoría del aprendizaje se basa en que al aprender recibimos nuevos conceptos y conocimientos con los cuales intentamos desarrollar ideas, sentimientos y conductas asociadas. El aprendizaje puede ser reforzado o desechado dependiendo de las experiencias que se obtengan de los mismos.

La teoría de la consistencia cognitiva se basa en el aprendizaje de nuevas actitudes mediante la implementación de la nueva información con información antiguamente

conocida, para desarrollar una idea o actitud diferente a la inicial pero aun así compatibles entre sí.

Por último la teoría de la disonancia cognitiva, fue creada por Leon Festinger en 1962, la cual consiste en convencernos a nosotros mismos y a nuestro anterior conocimiento que algo no nos causa daño aun sabiendo en realidad lo que nos puede suceder si mantenemos esta nueva actitud. Dicho comportamiento provoca un conflicto, puesto que hemos tomado dos actitudes incompatibles entre sí, lo cual al final nos obligara a construir nuevas actitudes o cambiar las existentes.

Las actitudes tienen una función de conocimiento y actuar como esquema, es decir que tienen la capacidad de crear en el individuo un determinado prejuicio frente al objeto actitudinal. Pueden también tener función de adaptación, es decir que le dan la posibilidad al individuo de pertenecer e integrarse a un grupo social determinado. También existe la posibilidad de crear una determinada actitud para protegerse frente a determinados objetos amenazantes o mostrar nuestra identidad frente al grupo social.

La adolescencia es esencialmente una época de grandes cambios, pues trae consigo variaciones físicas y emocionales, los cuales logran la transformación del niño en adulto. Como todos los procesos importantes de cambio, genera perturbaciones y confusión en el sujeto. Por eso es angustiosa para el adolescente e incomprensible para los adultos, pero es esencial para el desarrollo de la vida.

Aunque casi la totalidad de los autores, independientemente de la concepción teórica, consideran que la determinación de esta etapa no responde, como criterio principal para su delimitación, a la edad cronológica, la mayoría de los especialistas, proponen determinados límites etarios.

Así, por ejemplo, “mientras para L.I. Bozhovich la adolescencia, a quien ella misma denomina como la “edad escolar media”, transcurre desde los 11 a los 14 años, y la juventud, también definida como la “edad escolar superior”, transcurre desde los 14 a los 18 años. Para I.S. Kon, la adolescencia se encuentra delimitada desde los 11 a los 15 años y la juventud desde los 16 a los 25 años. Por su parte, H. L. Bee y S. K. Mitchell establecen como límites de la adolescencia el período comprendido entre 12 y 18 años y la juventud de 18 a 22 años o más, en función del logro de la independencia y la culminación de los estudios.” (27)

En fin, la adolescencia, en líneas generales, es la etapa del desarrollo humano que inicia hacia los 10 años y termina aproximadamente hacia los 20 años de edad. Consiste de 3 etapas divididas en adolescencia temprana – 10 a 13 años-, media – de 14 a 16 años- y tardía -17 a 20 años o más-. Sin querer negar el valor de la consideración anterior, existen expertos que identifican a la adolescencia por medio de edades psicológicas más que cronológicas y aun así, para la transición desde la adolescencia hasta la adultez existe un tiempo prolongado, sea porque la adolescencia inicia cada vez más temprano o porque termina, si es que realmente termina, cada vez mas tarde.

Otro de los autores importantes que estudian la adolescencia, es Philips Rice (2000), quien define esta etapa como un periodo de maduración sexual y de crecimiento físico. Dichos cambios están estimulados y controlados por el hipotálamo y las glándulas endocrinas, las cuales secretan hormonas que a su vez estimulan y regulan el proceso de desarrollo. Analizar y comprender esta etapa de la vida es indispensable para comprender el proceso de adaptación y de transito de los individuos hacia la vida adulta. (31)

En síntesis, podemos afirmar que la adolescencia es una de las etapas de la vida que puede ser explicada por varias teorías, que cada una explica una parte del todo pero que a la final debemos tener una visión integral del tema para poder comprender su desarrollo. Debemos tener en cuenta que el ámbito social, los adolescentes tienden a escoger a sus amigos sobre sus padres, y que su grupo de compañeros aprueban o no sus conductas.

Así como también podemos concluir que la juventud es la etapa del desarrollo que le sigue a la adolescencia, y que se caracteriza principalmente porque en ella el joven diseña su proyecto de vida en cuanto a lo que hará en el futuro respecto a la pareja, la familia, la descendencia, el desarrollo profesional, el trabajo y el crecimiento personal, que inicia alrededor de los 19 y concluye a los 22 años. Es decir, que en esta etapa el adulto joven pone en práctica el proyecto de vida diseñado en la adolescencia y se plantea que comprende el período entre los 23 y 30 años.

Uno de los procesos más importantes del desarrollo humano, y en especial de la adolescencia, es la sexualidad. En esta etapa, el o la adolescente se encuentra en un enorme esfuerzo para transformar su infancia y modificar sus sensaciones y percepciones del mundo, de sí mismo y de su cuerpo. Pero, ¿qué se entiende por sexualidad? De esta manera, “la sexualidad se define como un conjunto de fenómeno emocionales y de conductas relacionadas directamente con el sexo, las cuales marcan de forma decisiva al ser humano en todas las fases de su desarrollo.” (31). Ahora bien, en la vida real del adolescente, la sexualidad va mas allá de la reproducción de la especie, es más bien una manera de expresar su libertad y su autonomía en la toma de decisiones.

Debemos también tomar en cuenta la salud sexual de nuestros adolescentes; el término salud sexual no se refiere solamente a la ausencia de alguna enfermedad o disfunción sexual. “La salud sexual se evidencia en la expresión libre y responsable de las capacidades sexuales que fomentan el bienestar personal y social y que enriquecen la vida individual y social.” (32) Es decir que la salud sexual como tal implica un sentido de control sobre el propio cuerpo, el reconocimiento de los derechos sexuales y la fuerte influencia de las características psicológicas del individuo. Por esto es que el desarrollo sexual saludable depende de la satisfacción de necesidades humanas básicas del adolescente tales como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor.

El comportamiento sexual de una persona puede estar determinado por múltiples factores, que pueden comprometer la voluntad e intencionalidad del individuo. Para

algunas personas, asumir determinados comportamientos suele ser más fácil y práctico que para otras. Es decir, este “se expresa en los planos personal, interpersonal y comunitario. Se caracteriza por autonomía, madurez, honestidad, respeto, consentimiento, protección, búsqueda de placer y bienestar.” La persona que practica un comportamiento sexual responsable no pretende causar daño y se abstiene de la explotación, acoso, manipulación y discriminación. Una comunidad fomenta los comportamientos sexuales responsables al proporcionar la información, recursos y derechos que las personas necesitan para participar en dichas prácticas.

(18)

Cada año, son miles los adolescentes que pasan del colegio a la universidad, cambiando un contexto de "control total", por otro de máxima independencia, lo cual genera un impacto que para muchos un impacto tan difícil de manejar que incluso varios de ellos llegar a la deserción. Decirle adiós al colegio y matricularse en una universidad no incluye solamente escribir dedicatorias en las camisas de los compañeros, grandes bailes de despedida y esperar a ver que se viene a su ingreso: también es el cambio de la “infancia colegial” a la “madurez universitaria”. Es abrirse en un nuevo camino, hacia el mundo y enfrentarse una vida llena de responsabilidades, de opciones y de oportunidades. Es decir, preguntarse, ¿cuándo aparece la madurez psicológica para ingresar a la universidad? ¿Cuándo se deja de ser colegial? ¿Qué hacer con una crisis vocacional? ¿Forman parte estos adolescentes de una sociedad de jóvenes inmaduros envueltos en el mundo adulto de las universidades?

Ciertamente se produce un choque al ingreso a la universidad, puesto que muchos colegios dan todo muy fácil para los adolescentes al compararlo con su nuevo entorno. En las universidades todo es distinto, desde horarios de entrada de y salida, la libertad de asistir o no clase y también la oportunidad de poder perfilarse o mirar hacia otras cosas más amplias. He ahí la importancia de que los padres, durante su vida en el colegio, trabajen respecto al tema de la autonomía, puesto que así los adolescentes van a poder responder de una mejor manera a una situación donde ellos tienen que moverse por sí mismos.

La transición como tal, es una etapa de crisis por naturaleza, puesto que el adolescente se encuentra frente a un proceso de adaptación. Al ingresar a la educación superior, el individuo debe ser más dueño de sí mismo y de sus acciones y por ende responsable. Es aquí cuando inesperadamente toma el rol de sus padres y toma conciencia de lo que realmente cuesta ganarse la vida. Ahora bien, la manera en la que el adolescente se adapte o no a este nuevo mundo, depende tanto del rol educativo de la familia así como del nivel de maduración emocional y psicológica del individuo.

Muchos de nuestros adolescentes están bien preparados a nivel intelectual para este cambio, pero emocional y socialmente todavía están muy por detrás. Existe un gran grupo de adolescentes que consideran este cambio como una cosa más que se hace en la vida y no ven este cambio como la manifestación de su vocación. Varios estudios a nivel de Latinoamérica han observado que un número elevado de alumnos, desertan en los primeros semestres de universidad seguido de fracasos tempranos, pues no

logran adecuarse a las exigencias que supone la educación superior; lo que se ha convertido en un tema de especial atención en la población educativa.

Ahora bien, hay que considerar que los adolescentes pasan de un ambiente a otro totalmente diferente, pues a diferencia de la universidad, la vida escolar está caracterizada por ser un espacio más comunitario y donde existe un trato más personalizado. Es decir, que de cierta forma el estudiante de la escuela secundaria es aun dependiente de la institución y de los profesores. (29) Es por esto, que el cambio drástico a la universidad, donde se enfrentan a un mayor grado de exigencia, individualismo y de competencia, los obliga a ser protagonistas de su propia formación, es decir a volverse autónomos.

Entonces es aquí donde aparentemente el adolescente se vuelve más peligroso, puesto que quiere tomar sus propias decisiones y cuestiona las actitudes, opiniones y valores de su generación anterior. Pero todo este nuevo comportamiento, forma parte de las crisis evolutivas. Llamamos crisis evolutivas a aquellos cambios esperables por los que todos los individuos atraviesan en un determinado momento. Dichos cambios requieren un tiempo de adaptación y forman parte del desarrollo de la vida normal. Existen también las crisis inesperadas, las cuales vienen inesperada y bruscamente y no forman parte de la línea evolutiva habitual.

Tanto las crisis evolutivas como las crisis inesperadas, pueden ser afrontadas por un individuo de diferentes maneras dependiendo de las experiencias previas. Una de las primeras crisis que enfrenta una persona es la adolescencia, la cual debido a que no solo afectan al individuo como tal sino también a sus relaciones con su familia y el

resto de la sociedad. Como se ha mencionado antes, es una etapa de grandes cambios emocionales en las que el mayor desafío es convertirse en adulto, definir la identidad sexual y conquistar su autonomía. (23)

Transcurridos 30 años desde la aparición de la epidemia del VIH, es evidente que actualmente esta no es la misma, en gravedad e intensidad, que apareció hacia 1996. Actualmente se conoce que el “número total de personas que viven con el VIH es 33,4 millones”. (33)

El término “síndrome de inmunodeficiencia adquirida” (SIDA) fue acuñado inicialmente por los epidemiólogos, preocupados por la aparición, en 1981, de un grupo de enfermedades relacionadas con la pérdida de la inmunidad celular en adultos quienes no mostraban una causa evidente para tal deficiencia inmunitaria. Más adelante se demostró que el SIDA era la fase clínica tardía de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV).

El sida se reconoció por primera vez en 1981 como una entidad clínica en sí; no obstante, visto en retrospectiva, parecen haberse presentado casos aislados durante el decenio de 1970 e incluso antes en diversas zonas del mundo (África, Europa, Estados Unidos y Haití). (33)

El agente infeccioso es el virus de la inmunodeficiencia humana o mejor conocido como VIH, el cual es un retrovirus. Actualmente se conocen dos subtipos, VIH -1 y el VIH-2. La patogenicidad del VIH-2 puede ser menor que la del VIH-1; la

enfermedad por el VIH-2 tiene una evolución más lenta, y la transmisión materno infantil es menor.

Los seres humanos son el reservorio. Sin embargo, se piensa que evolucionó recientemente a partir de virus de los chimpancés. Más de una docena de infecciones oportunistas y diversos cánceres se consideraron indicadores lo bastante específicos de la inmunodeficiencia subyacente para incorporarlos en la definición inicial de caso de sida, en 1982.

La transmisión se produce de persona a persona por contacto sexual, sin protección; por contacto de la piel excoriada o las mucosas con líquidos corporales, como sangre, líquido cefalorraquídeo o semen; por el uso de agujas y jeringas contaminadas por el virus, por transfusión de sangre infectada o sus derivados y por el trasplante de órganos y tejidos infectados por el VIH. (5)

El VIH también puede transmitirse de la madre al hijo. Entre 15% y 30% de los niños nacidos de madres positivas para el VIH se infectan por procesos placentarios durante el parto. (4) Las mujeres infectadas por el VIH pueden transmitir el virus a sus hijos con la leche materna, lo cual representa hasta la mitad de los casos de transmisión materno infantil del VIH.

Si bien ocasionalmente se ha descubierto al virus en la saliva, las lágrimas, la orina y las secreciones bronquiales, no se ha notificado que se produzca transmisión después del contacto con tales secreciones. (2) El riesgo de transmisión por prácticas de sexo

oral no se puede cuantificar con facilidad, pero se piensa que es bajo. Ningún dato de estudios de laboratorio o de tipo epidemiológico indica que la infección por el VIH se haya transmitido por picaduras de insectos. (8)

A menudo las personas infectadas con el VIH no presentan síntomas específicos, aunque algunos individuos experimentan una especie de gripe, rash o inflamación de ciertas cadenas ganglionares durante un periodo corto de tiempo luego de haberse infectado. Sin embargo, muchos de estos síntomas también se presentan en un sin número de enfermedades mucho menos grave, por lo tanto no existe una manera en concreto de saber que alguien se encuentra infectado por el virus.

Es importante recordar que una persona con VIH puede transmitir el virus de forma inmediata después de infectarse, incluso si se siente saludable. La única manera de saber con seguridad si alguien está infectado es que dicha persona se someta a una prueba de detección del VIH si cree haber estado en riesgo de contraer la enfermedad.

En el mercado, existen varios tipos de pruebas para la detección del VIH. No obstante, la prueba de anticuerpos o ELISA se utiliza con mayor frecuencia y detecta los anticuerpos del VIH en sangre. Es necesario esperar 3 meses como mínimo después de la última posible exposición antes de realizarse una prueba de VIH para garantizar la precisión de los resultados. (34 y 35)

Para su correcto tratamiento se emplean una gran diversidad de medicamentos antirretrovíricos los cuales potencialmente reducen los niveles de VIH en el cuerpo, así el sistema inmunológico pueda recuperarse y funcionar de forma eficaz. El inicio

del tratamiento - el cual en el 2009 fue accesible para 5,2 millones de personas en países de ingresos bajos y medianos en comparación a los 700000 personas en el 2004 (30) - para tratar la infección con VIH implica un compromiso; es decir, los medicamentos se deben tomar todos los días y durante el resto de la vida. Seguir el tratamiento es importante, especialmente porque el no hacerlo incrementa el riesgo de la resistencia al mismo.

Los efectos secundarios de estos medicamentos, son muchas veces los responsables del incumplimiento del mismo. Existen formas de reducir el impacto de estos efectos secundarios, pero a veces es necesario abandonar el tratamiento anterior y empezar un régimen de tratamiento alternativo. Sin embargo, es importante recalcar que por cada persona que comienza el tratamiento del VIH, se producen dos nuevas infecciones por el VIH. (33).

En el reciente aporte de la ONUSIDA, titulado “Perspectivas del sida 2010: Un nuevo enfoque sobre la epidemia y la respuesta al sida”, se detalla que en el 2009 se produjeron cerca de 2,6 millones de nuevas infecciones y que en relación con este aumento, resultaron aproximadamente 1,8 millones de defunciones relacionadas, lo cual significa una disminución en relación con las 2,1 millones de defunciones en el 2004. (33) Ciertamente se ha logrado una disminución considerable tanto de la infección como de la mortalidad de la enfermedad, sin embargo esto no es suficiente para proteger de cierta manera a las poblaciones más jóvenes al momento sexualmente activas, que puede o no poseer toda la información para poder protegerse del contagio.

ONUSIDA recalca que desde el inicio de la pandemia, más de 60 millones de personas se han infectado con el VIH y que cerca de 30 millones de personas han fallecido a causa del mismo. (33) Además, que durante todo el 2009 aproximadamente 370000 niños nacieron con VIH, lo cual aumenta increíblemente la cantidad de niños menores de 15 años que viven con la enfermedad a 2,5 millones de personas. (33)

El primer caso de infección por el virus de inmunodeficiencia humana en Ecuador fue notificado en 1984, y desde esa fecha se ha observado un aumento constante y progresivo de casos, particularmente desde el año 2000 (38). En 1994, la tasa de VIH/SIDA en hombres era mucho mayor que en mujeres, con una relación de siete hombres infectados por cada mujer, pero en el 2004 esa relación se ha reducido de dos a una (38). En el Ecuador, la epidemia del SIDA no ha adquirido todavía dimensiones alarmantes, con una incidencia estimada de 0.5% en promedio de la población (50.000 casos estimados). (34) Esto se debe a que el Ecuador carece de una verdadera política nacional concertada que colabore a la ejecución de planes y propuestas.

CAPITULO TERCERO.

METODOS

Problema de investigación:

Encontrar las diferencias actitudinales frente al VIH – SIDA entre adolescentes que cursan el sexto curso de colegio y en estudiantes que ingresan a la Facultad de Medicina de la PUCE durante el periodo 2011

Objetivos:

Objetivo general:

- Comparar cuáles son las actitudes de riesgo frente al VIH – SIDA en adolescentes de sexto curso de colegio y de los estudiantes de primer semestre de la Facultad de Medicina de la PUCE.

Objetivos Específicos:

- Definir las principales actitudes de riesgo frente al VIH – SIDA según el grupo a estudiarse.
- Demostrar que los cambios críticos en el ciclo de vida modifican las actitudes de riesgo frente al VIH - SIDA
- Determinar si el género, edad y mantener una relación estable son factores influyente en las actitudes frente al VIH – SIDA.

Metodología

Operacionalización de las variables del estudio anexo 1.

Muestra

- Tamaño total de la muestra: 200 estudiantes
 - 100 estudiantes de sexto curso del Colegio Nacional “Dr. José María Velasco Ibarra”
 - 100 para estudiantes de Primer Nivel de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador del primer semestre 2011

- Factores de Inclusión:
 - Edad comprendida entre 15 a 35 años
 - Estudiantes que se encuentren en sus universos temporales
 - Estudiantes que deseen participar voluntariamente

- Factores de Exclusión:
 - Edad inferior a los 15 años y superior a los 35 años
 - Aquellos estudiantes que no se encuentren disponibles en sus universos temporales
 - Aquellos que por desconocimiento u omisión no completen correctamente el cuestionario

Tipo de estudio

Observacional descriptivo de corte longitudinal

Métodos e instrumentos para la recolección de datos:

Se procedió a la recolección de datos mediante la implementación de un cuestionario (Anexo 3) especialmente confeccionado para ser resuelto por jóvenes comprendidos entre los 15 y 35 años quienes voluntariamente desearon participar en el estudio y se encontraron disponibles en el momento de la recolección de datos.

- *Fuente de información:* primaria

Aspectos bioéticos

- Solicitud de consentimiento al Decano de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. (Anexo 5)

- Solicitud de consentimiento al departamento de Orientación del Colegio Nacional “Dr. José María Velasco Ibarra”. (Anexo 6)

- Solicitud de consentimiento informado a los estudiantes de primer nivel de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador quienes ingresaron en primer semestre 2011. (Anexo 4)

- Solicitud de consentimiento informado a los estudiantes de sexto curso del Colegio Nacional “Dr. José María Velasco Ibarra”. (Anexo 4)

CAPITULO CUARTO.

RESULTADOS

En el presente estudio se sometió a 200 individuos a una encuesta, la cual pretendía identificar actitudes de riesgo en dos grupos poblacionales, 104 estudiantes del Colegio Nacional Dr. José Velasco Ibarra y 96 estudiantes de primer nivel de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

De la totalidad de encuestados el 62% (124 personas) corresponden al sexo femenino y el 38% (76 personas) corresponde al sexo masculino. Al desglosar los datos según el ambiente educativo, de la totalidad de estudiantes que cursan el sexto curso, 62 son mujeres (59.6%) y 42 son hombres (40.4%); y de la totalidad de estudiantes encuestados de primer nivel, 62 son mujeres (64.6%) y 34 son hombres (40.4%).

Ambiente Educativo	Genero		
	Femenino	Masculino	TOTAL
Sexto Curso	62 (59.6%)	42 (40.4%)	104
Primer Nivel de Medicina	62 (64.6%)	34 (35.4%)	96
TOTAL	124	76	200

Cuadro 1

Se observó, que de la totalidad de la población solamente el 48.4%, 95 personas, han tenido alguna vez una relación sexual en su vida (OR: 0.68 (0.39 – 1.18), p: 0.17). En cuanto a los ambientes educativos, de todos los estudiantes de sexto curso 54 personas (52.4%) han tenido alguna vez una relación sexual y que dentro de los estudiantes de primer nivel el 42.7% (41 personas) han tenido relaciones sexuales. En cuanto a la división por género, el 50.5% (48 personas) corresponden a los varones del estudio.

Ambiente Educativo	Actividad Sexual		
	SI	NO	TOTAL
Sexto Curso	54 (52.4%)	50 (47.6%)	104
Primer Nivel Medicina	41 (42.7%)	55 (57.3%)	96
TOTAL	95 (47.7%)	104 (52.3)	200

Cuadro 2

Género	Actividad Sexual		
	SI	NO	TOTAL
Femenino	47 (38.2%)	76 (61.8%)	123
Masculino	48 (63.2)	29 (36.8)	77
TOTAL	95 (47.7%)	105 (52.3%)	200

Cuadro 3

Entre los estudiantes de sexto curso, se observó que la edad de inicio de relaciones sexuales fue de 12 años en un 6.5% (3 personas), mientras que en los individuos de primer nivel fue a los 11 años con un 5.3% (2 personas) y que un 11.6% de las personas encuestadas (11 personas) no recuerdan a qué edad tuvieron su primera relación sexual. La máxima incidencia se encuentra a la edad de 16 años (32.6%) para los estudiantes de sexto curso y a los 17 años (23.7%) para los de primer nivel.

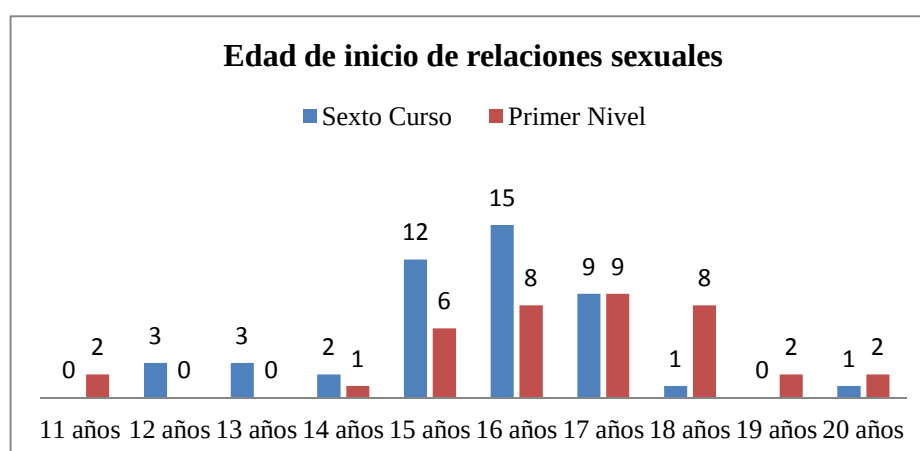


Figura 1

La edad promedio de inicio de vida sexual en las mujeres fue a los 16 años (16 personas), mientras que en los hombres fue a los 15 años (13 personas) (χ^2 : 11.29, p : 0.05).

Edad	Genero		TOTAL
	Femenino	Masculino	
11 años	0	2 (4.8%)	2
12 años	0	3 (7.1)	3
13 años	0	3 7.1%)	3
14 años	1 (2.4%)	2 (4.8%)	3
15 años	5 (11.9%)	13 (31%)	18
16 años	16 (38.1%)	7 (16.7%)	23
17 años	11 (26.2%)	7 (16.7%)	18
18 años	6 (14.3%)	3 (7.1%)	9
19 años	1 (2.4%)	1 (2.5%)	2
20 años	2 (4.8%)	1 (2.5%)	3
TOTAL	42	42	84

Cuadro 4

De los individuos que alguna vez han tenido una relación sexual, el 52.1% (49 personas) no utilizó preservativo en su primera relación sexual (OR: 1.26 [0.56 – 2.83]; p : 0.58), esto corresponde al 54.5% (30 personas) de estudiantes de sexto curso y al 48.8% de estudiantes de primer nivel (19 personas).

Ambiente Educativo	Uso de preservativo en su primera relación sexual		
	SI	NO	TOTAL
Sexto Curso	25 (45.5%)	30 (54.5%)	55
Primer Nivel de Medicina	21 (51.2%)	19 (48.8%)	40
TOTAL	46 (47.9%)	49 (52.1%)	95

Cuadro 5

Comparando el uso de preservativo en la primera relación sexual según el género, los análisis demuestran que en un 41.7% (20 personas) [OR: 0.62 (0.19 - 2.02), p : 0.22] utilizaron preservativo, de las cuales el 65% de las mujeres de sexto curso y el 35%

corresponde a estudiantes de primer nivel de medicina En relación con el uso de preservativo en la primera relación sexual en el género masculino, existe un 54.2% (26 estudiantes) [OR: 2.5 (0.76 - 8.16), p: 0.07] utilizaron preservativo, de estos el 46.2% a estudiantes de sexto curso y el 53.8% corresponde a estudiantes de primer nivel.

USO DE PRESERVATIVO PRIMERA RELACION (FEMENINO)			
AMBIENTE EDUCATIVO	SI	NO	TOTAL
Primer Nivel de Medicina	7 (35%)	13 (53%)	20
Sexto Curso	13 (46.4%)	15 (53.6%)	28
TOTAL	20	28	48

Cuadro 6

USO DE PRESERVATIVO PRIMERA RELACION (MASCULINO)			
AMBIENTE EDUCATIVO	SI	NO	TOTAL
Primer Nivel de Medicina	14 (66.7%)	7 (33.3%)	21
Sexto Curso	12 (44.4%)	15 (55.6%)	27
TOTAL	26	22	48

Cuadro 7

Al analizar la “sugerencia de uso” de preservativo en las personas que han tenido relaciones sexuales y usan preservativo, se evidencia que la decisión mutua del uso del mismo está presente en el 50% (40 individuos) de las personas estudiadas (χ^2 : 3.84), lo que corresponde a un 62.5% (25 personas) de los estudiantes de sexto curso y 37.5% (15 personas) en estudiantes de primer nivel. Entre los estudiantes de sexto curso, el 26.67% (12 personas) son ellos mismos quienes sugieren el uso de preservativo y el 42.86% (15 individuos) de los estudiantes universitarios. Además cabe recalcar que un 12.5% de los estudiantes de sexto curso y un 18.2% de los de primer nivel no utilizan preservativo en sus relaciones actuales.

Ambiente Educativo	Sugerencia del uso de preservativo				TOTAL
	Mutuo	Su pareja	Usted	No recuerda	
Sexto Curso	25 (55.55%)	5 (11.11%)	12(26.67%)	3 (6.67%)	45
Primer Nivel de Medicina	15 (42.85%)	5 (14.28%)	15 (42.86%)	0	35
TOTAL	40	10	27	3	80

Cuadro 8

Al indagar sobre la cantidad de parejas sexuales durante los últimos 12 meses, 43,9% (18 personas) de los estudiantes universitarios y 56,4% (30 personas) de los estudiantes de sexto curso han tenido una sola pareja sexual. Existe además un 4,9% de los estudiantes universitarios y un 3.6% de estudiantes de sexto curso que han tenido ocho parejas sexuales; así como 5 personas (12.2%) universitarios y 3 personas (5,5%) de sexto curso que no han tenido ninguna pareja sexual en el último año.

# de parejas sexuales	Ambiente Educativo		TOTAL
	Sexto Curso	Primer Nivel de Medicina	
0	3 (5.5%)	5 (12.2%)	8
1	31 (56.4%)	18 (43.9%)	49
2	14 (25.5%)	9 (22%)	23
3	1 (1.8%)	5 (12.2%)	6
4	2 (3.6%)	1 (2.4%)	3
5	0	1 (2.4%)	1
7	1 (1.8%)	0	1
8	2 (3.6%)	2 (4.9%)	4
TOTAL	55	40	95

Cuadro 9

Dentro de este grupo, se indagó si durante los últimos 12 meses han tenido relaciones sexuales con parejas estable y ocasionales, de donde se encontró que el 57.1% (37 personas) de sexto curso han tenido relaciones con una pareja estable mientras que el

57.1% (24 personas) de estudiantes de primer nivel han tenido al menos una pareja sexual ocasional (OR: 1.01 [0.45 – 2.28]; p: 0.00) durante el último año. En el caso de los estudiantes universitarios, se encontró que 27 personas (42.9%) han tenido relaciones con una sola pareja estable y que 18 personas (42.9%) tuvieron al menos una pareja sexual ocasional.

Ambiente Educativo	Pareja Estable		TOTAL
	SI	NO	
Sexto Curso	35 (65.5%)	19 (34.5%)	54
Primer Nivel de Medicina	27 (65.9%)	14 (34.1%)	41
TOTAL	62	33	95

(OR: 1.60; p: 0.001)

Cuadro 10

Ambiente Educativo	Pareja Ocasional		TOTAL
	SI	NO	
Sexto Curso	24 (43.6%)	30 (56.4%)	54
Primer Nivel de Medicina	18 (43.6%)	23 (56.4%)	41
TOTAL	42	53	95

(OR: 1.01; p: 0.00)

Cuadro 11

En cuanto al uso del preservativo, se observó que el 48.65%, (18 personas) de los estudiantes de sexto curso siempre utilizaron preservativo en sus relaciones sexuales estables y que 6 estudiantes (22.22%) no lo utilizaron nunca. En el grupo de los estudiantes de primer nivel el 29.63% (8 individuos) utilizaron siempre preservativo mientras que el 48.15% eventualmente utilizó preservativo con su pareja sexual estable.

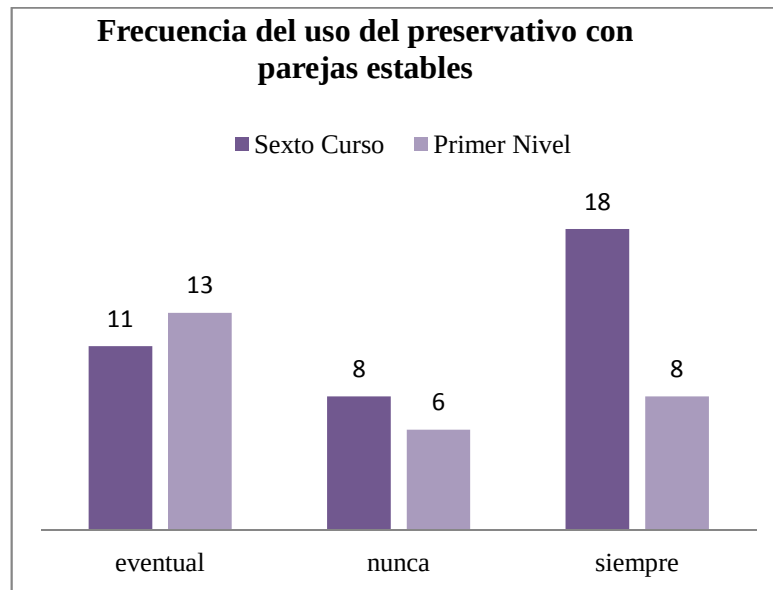


Figura 2

Con las parejas sexuales ocasionales el 40.15% de los estudiantes de sexto curso siempre utilizan preservativo mientras que en el grupo de estudiantes de primer nivel el 66.67% lo hacen. Nunca utilizan preservativo en sus relaciones sexuales ocasionales 2 estudiantes universitarios (8.33%) y de los estudiantes de sexto curso son 8 personas (20.52%) lo que no lo hacen.

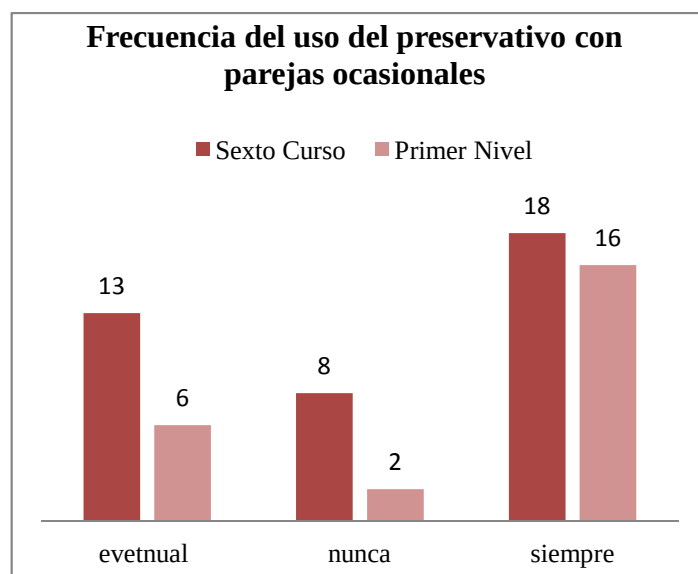


Figura 3

Además del uso o no del preservativo durante la relación sexual, es importante determinar si los encuestados conocen el momento indicado para el uso del mismo. Al preguntarles, el 19.5% de los 200 encuestados manifestaron no conocer el momento indicado para el uso del preservativo y de estos el 69.2% son estudiantes de sexto curso. Sin embargo, el 66% de todos los encuestados (132 personas) manifiestan conocer el momento indicado, es decir antes de la penetración, lo cual corresponde al 58.7% de los 104 estudiantes de sexto curso y al 74% de los 96 encuestados de primer nivel de medicina.

Ambiente Educativo	Momento en el que se debe colocar el preservativo				TOTAL
	Antes de la erección	Antes de la eyaculación	Antes de la penetración	No sabe	
Sexto Curso	5 (4.8%)	11 (10.6%)	61 (58.7%)	27 (26%)	104
Primer Nivel de Medicina	3 (3.1%)	10 (10.4%)	71 (74%)	12 (12.5%)	96
TOTAL	8	21	132	39	200

Cuadro 12

Se preguntó sobre las razones principales por las que los estudiantes no utilizan preservativo en sus relaciones sexuales, se obtuvieron los siguientes resultados: el 49.28% de la población total que alguna vez ha tenido relaciones sexuales no utiliza preservativo tanto porque no se encuentra disponible y porque no les agrada utilizarlo; de todos los estudiantes de sexto curso 14 personas (34.15%) no utilizan preservativo porque no disponen de preservativo en tanto que el 32.14% (9 estudiantes) de primer nivel no lo hacen porque no les gusta usarlo. Además se observa que 6 estudiantes de primer nivel (21.43%) y que 4 estudiantes de sexto curso (9.76%) no lo utilizan porque usan métodos hormonales; que el 17.06% (7 personas) de los estudiantes de sexto curso no creen que es necesario el uso de preservativo al igual que un 10.71% (3 personas) de estudiantes universitarios. Otra

de las principales razones por las que no se utiliza el preservativo es porque la pareja no aprueba su uso, lo cual se identifica en 6 estudiantes de primer nivel (21.43%) y en 2 estudiantes de sexto curso (4.88%). Es importante recalcar que solamente en el grupo de estudiantes de sexto curso existen 4 personas (9.76%) no utilizan preservativo por vergüenza al adquirirlo, mientras que en el grupo de estudiantes universitarios esto no sucede (0%).

RAZON	Ambiente Educativo		TOTAL
	Sexto Curso	Primer Nivel de Medicina	
Disponibilidad	14 (34.15%)	3 (10.71%)	17
No le agrada	8 (19.51%)	9 (32.14%)	17
No es necesario	7 (17.06%)	3 (10.71%)	10
Usa otro método	4(9.76%)	6 (21.43%)	10
Pareja no desea	2 (4.88%)	6 (21.43%)	8
Costo	2 (4.88%)	1 (3.58%)	3
Vergüenza en adquirirlo	4(9.76%)	0	4
TOTAL	41 (59.42%)	28 (40.58%)	69

(Chi²: 22.40; p: 0.004)

Cuadro 13

Luego de haber tenido una relación sexual sin preservativo, un 52.9% de los estudiantes de sexto curso, que corresponden a 27 personas, se sintieron culpables de no haberlo usado, al igual que un 52.6% de los estudiantes de primer nivel (20 personas) (OR: 0.99 [0.43 – 2.29]; p: 0.49).

Ambiente Educativo	Culpa luego de relación sexual sin preservativo		TOTAL
	SI	NO	
Sexto Curso	27 (52,90%)	24 (47,10%)	51
Primer Nivel de Medicina	20 (52,60%)	18 (47,40%)	38
TOTAL	47	42	89

Cuadro 14

31 Estudiantes de sexto curso, el 56.4%, han rechazado una relación sexual por no disponer de preservativo, siendo de este el grupo femenino el más representativo con un 54.2%, en tanto que 23 estudiantes de primer nivel, que corresponden al 56.1%, no ha rechazado una relación sexual por falta de preservativo, siendo de este el más representativo el de los varones con un 52.1% (OR: 1.28 [0.57 – 2.86]; p: 0.27).

RECHAZO RELACION POR NO TENER PRESERVATIVO			
GENERO	SI	NO	TOTAL
Femenino	26 (54.2%)	22 (45.8%)	48
Masculino	23 (47.9%)	25 (52.1%)	48
TOTAL	49	47	96

Cuadro 15

Para poder evaluar las actitudes de riesgo es necesario determinar qué acciones son las que las poblaciones estudiadas incluyen dentro de los términos de practicar un comportamiento sexual responsable. De las 200 personas encuestadas, el 48% (96 individuos) considera que el tener relaciones sexuales con una sola pareja estable siempre utilizando preservativo en cada relación sexual es un comportamiento sexual responsable y de este porcentaje, el 60.4% está conformado por estudiantes de primer nivel de medicina.

De entre los 104 estudiantes de sexto curso, 42 personas (40.4%) consideran que la abstinencia sexual es un comportamiento responsable mientras que solamente el 25% de la población de estudiantes universitarios coinciden con este precepto (χ^2 : 14.36; p: 0.01).

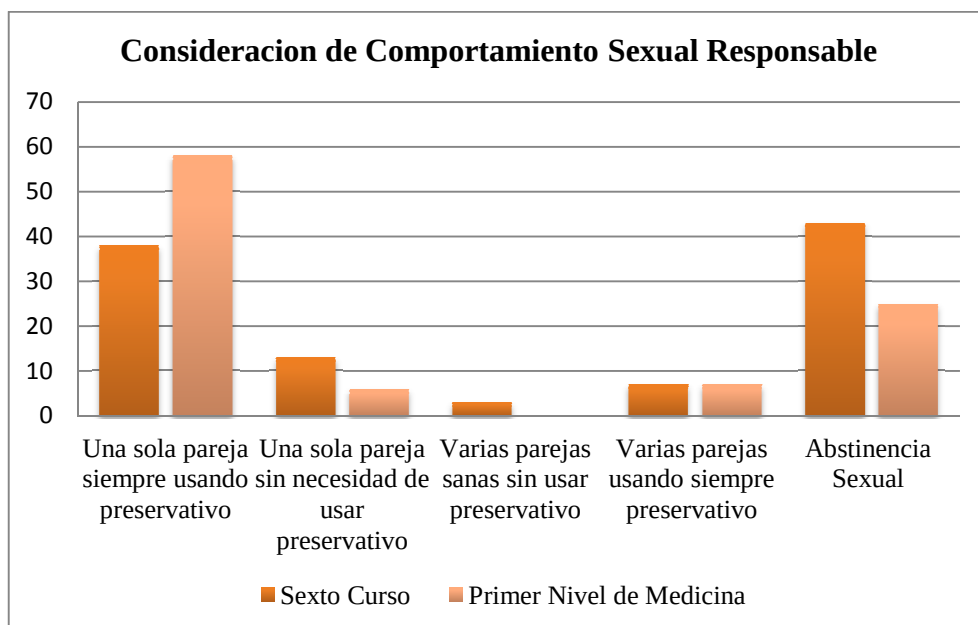


Figura 4

De los 200 encuestados, 14 estudiantes de sexto curso (13.5%) no habían oído hablar nunca sobre las enfermedades de transmisión sexual en comparación a un 2.1% de los estudiantes universitarios que tampoco habían oído hablar de este grupo de enfermedades (OR: 7.21 [1.61 – 33.08]; p: 0.001).

Ambiente Educativo	Ha escuchado sobre las Enfermedades de Transmisión Sexual		
	SI	No	TOTAL
Sexto Curso	90 (86.5%)	14 (13.5%)	104
Primer Nivel de Medicina	94 (97.9%)	2 (2.1%)	96
TOTAL	184	16	200

Cuadro 16

En cuanto a la correcta identificación de las enfermedades de transmisión sexual 194 individuos (97%) de los encuestados reconocen al VIH-SIDA como una enfermedad de transmisión sexual, es decir que el 99.04% de los estudiantes de sexto curso y el 94.80% de los estudiantes de primer nivel lo identifican correctamente (OR: 0.97 [0.09 – 3.71]; p: 0.04). Sobre la gravedad del SIDA, 95 de 104 estudiantes de sexto

curso y 77 de 96 estudiantes de primer año de universidad, la reconocen como una enfermedad muy grave; en tanto que tan solo el 3% de los 200 encuestados la consideran como cualquier otra enfermedad.

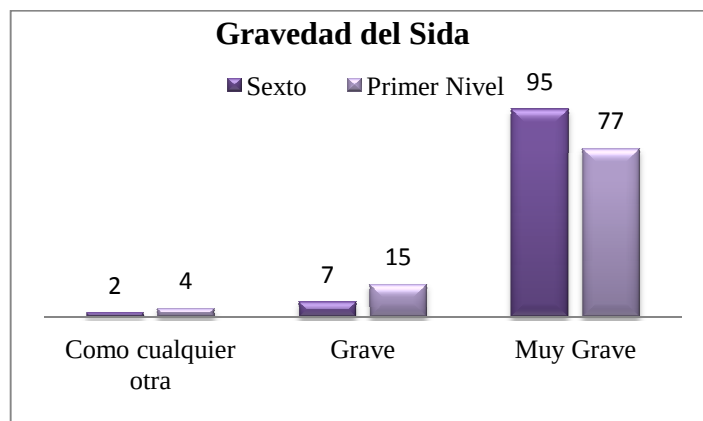


Figura 5

La segunda enfermedad con mayor prevalencia que está correctamente identificada es la gonorrea, puesto que el 87.5% de los estudiantes universitarios y el 60.85% de los estudiantes de sexto curso la reconocen (OR: 4.55 [2.21 – 9.37]; p: 0.00). De la totalidad de enfermedades de transmisión sexual listadas en el cuestionario, la menos reconocida es la tricomoniasis, pues solamente 4 de 104 estudiantes de sexto curso la reconocieron y 9 de 96 estudiantes universitarios (OR: 2.58 [0.76 – 8.69]; p: 0.06). El herpes es reconocido como enfermedad de transmisión sexual en un 73% de la población global, en tanto que la candidiasis es reconocida solamente en un 35% de la población; esto corresponde a un 30.21% de la población universitaria y 4.17% de los estudiantes de sexto curso. En el análisis de la identificación de la sífilis como enfermedad de transmisión sexual, 89 estudiantes universitarios (92.71%) y 56 estudiantes de sexto curso (53.85%) la identifican correctamente. De las enfermedades colocadas como distracción, lepra y tuberculosis, la primera fue identificada positivamente por un 8 % (OR: 0.33 [0.10 – 1.07]; p: 0.03), y la

segunda fue identificada por un 5% de la población estudiada (OR: 1.66 0.45 – 6.09]; p: 0.23).

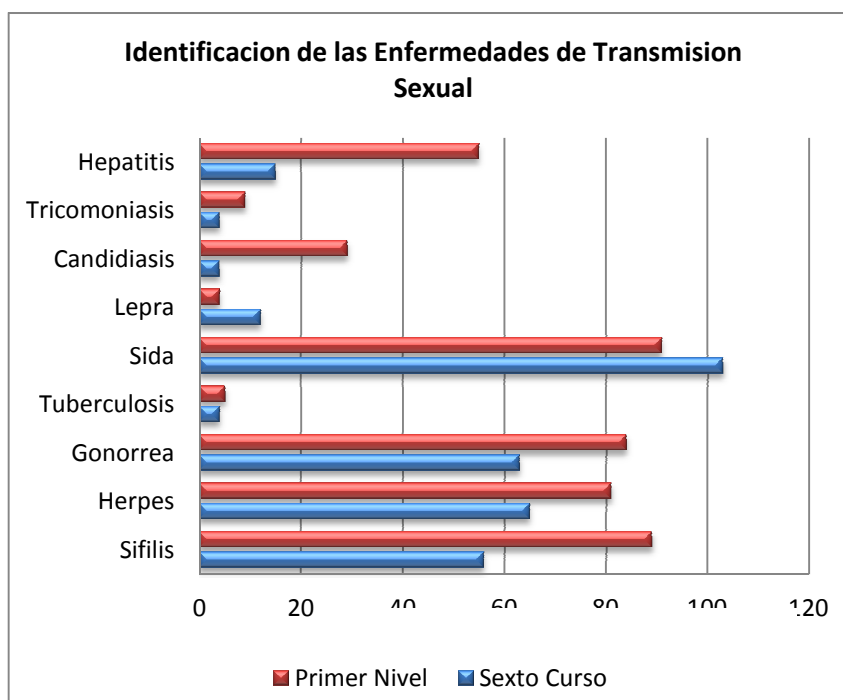


Figura 6

El 82% de los encuestados (164 personas), han recibido información acerca del VIH – SIDA en su institución educativa, lo cual en el desglose por ambiente educativo equivale a un 86.46% de los estudiantes de primer nivel y un 77.88% de los estudiantes de sexto curso. Para los estudiantes de sexto curso la segunda fuente de información más importante son sus familiares, 58 de 104 personas (55.77%), y su tercera fuente de información son las campañas organizadas por el Ministerio de Salud Pública, a este grupo corresponden 54 personas (51.92%). Entre los estudiantes universitarios la segunda fuente de información son las campañas del Ministerio de Salud Pública, 59 de 96 individuos, y su tercera fuente de información son folletos informativos, 55 personas (57.29%). El rol del personal médico como fuente de

información, se manifiesta en un 49% de todos los participantes, ocupando el cuarto lugar entre los estudiantes de primer nivel (56.25%) y el quinto lugar entre los de sexto curso (42.31%).

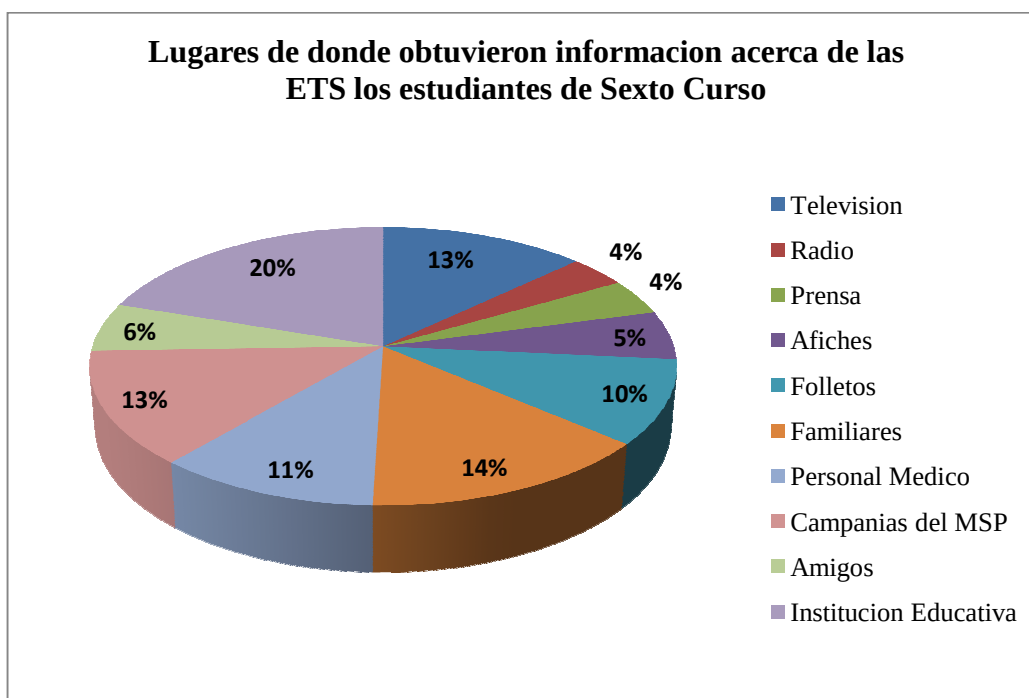


Figura 7

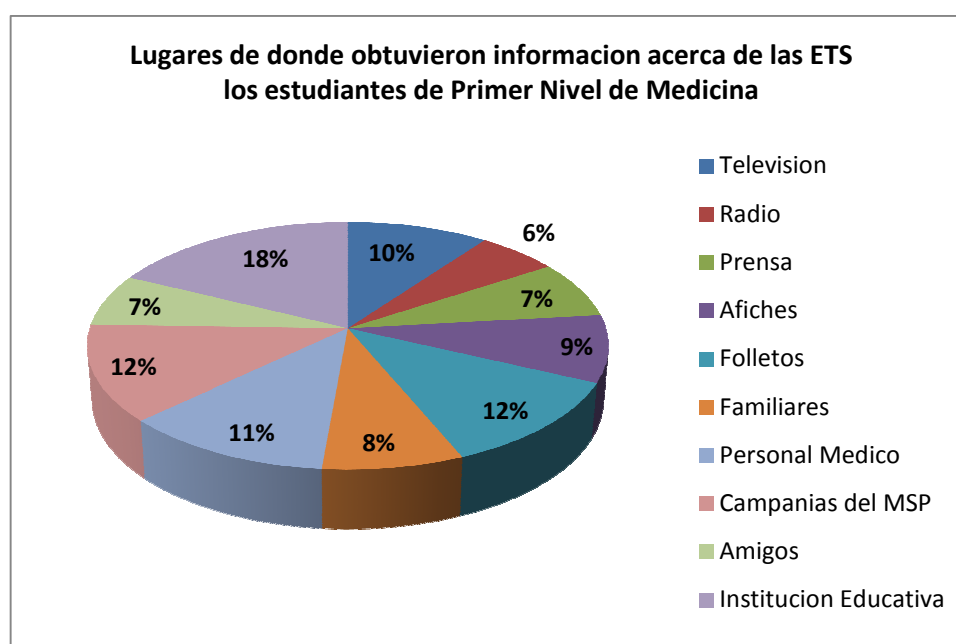


Figura 8

La vía de transmisión del VIH más prevalente, según el 95.5% del total de la población, es el mantener relaciones sexuales sin preservativo, seguida por el uso de jeringuillas no estériles (80.5%). Otra vía de transmisión importante entre los 200 encuestados es la transmisión vertical, madre a hijo, la cual se localiza como la tercera más importante a nivel global y entre los estudiantes de primer nivel (80.21%) mientras que entre los estudiantes de sexto curso ocupa el cuarto lugar con un 57.69%.

La lactancia materna, por su parte, es considerada por el 24% de la población como transmisor, 17.3% de los estudiantes de sexto curso y 31.25% de los universitarios. El hecho de tener una pareja estable, es considerado por 32 personas, 16 de sexto curso y 17 de primer nivel, como potencial transmisor de VIH. La vía de transmisión menos popular son los besos, abrazos y caricias, los cuales son considerados potencialmente peligrosos en un 2.5%, es decir 5 de 200 encuestados.

Potencial método de transmisión del VIH	Ambiente Educativo		TOTAL
	Sexto Curso	Primer Nivel de Medicina	
Relaciones sexuales sin preservativo	98 (94.23%)	93 (96.88%)	191
Jeringuillas no estériles	74 (71.15%)	87 (90.63%)	161
Madre a hijo (vertical)	60 (57.69%)	77 (80.21%)	137
Cuchillas o maquinas de afeitar	64 (61.54%)	65 (67.71%)	129
Lactancia materna	18 (71.31%)	30 (31.25%)	48
Personas aparentemente sanas	11 (10.58%)	22 (22.92%)	33
Pareja estable	15 (14.42%)	17 (17.71%)	32
Uso de SSHH	14 (13.46%)	10 (10.42%)	24
Picadura de insecto	6 (5.78%)	12 (12.5%)	18
Piscinas	4 (3.85%)	3 (3.13%)	7
Utensilios (vasos y cubiertos)	4 (3.85%)	2 (2.08%)	6
Besos, abrazos y caricias	4 (3.85%)	1 (1.04%)	5

Cuadro 17

Para reducir el riesgo de contraer VIH, el 69.23% de los estudiantes de sexto curso coinciden en que usar preservativo en todas sus relaciones sexuales independientemente de que sean estables u ocasionales disminuye el riesgo, mientras que el 70.83% de los estudiantes de primer nivel manifiestan que se puede disminuir el riesgo evitando el uso de jeringuillas no estériles.

El 52% de todos los estudiantes establecen que el hecho de mantener relaciones sexuales con una pareja estable sin necesidad de utilizar preservativo, reduce el riesgo de contagio, 21 de 96 estudiantes (21.88%) de primer nivel y 31 de 104 estudiantes (29.81%) de sexto curso (OR: 1.27 [0.59 – 2.72]; p: .26).

La abstinencia sexual, es la tercera forma más frecuente aceptada entre los encuestados para disminuir el riesgo de infección según el 41% de la población (OR: 0.82 [0.46 – 1.44]; p: 0.05).

Métodos que reducen riesgo de contagio de VIH	Ambiente Educativo		
	Sexto Curso	Primer Nivel de Medicina	TOTAL
Preservativo en cualquier relación sexual	72 (69.23%)	58 (60.42%)	130
Una sola pareja no infectada	37 (35.58%)	35 (36.46%)	73
Pareja sexual estable	31 (29.81%)	21 (21.88%)	52
Abstinencia sexual	45 (43.27%)	37 (38.54%)	82
Evitar sexo anal	17 (16.35%)	32 (33.33%)	49
Evitar jeringuillas no estériles	53 (50.96%)	68 (70.83%)	121
Todos	11 (10.58%)	19 (19.79%)	30
Ninguno	2 (1.92%)	2 (2.08%)	4

Cuadro 18

De entre los estudiantes universitarios el 57.3% (55 personas) conocen algún lugar donde realizan la prueba del VIH (OR: 1.69 [0.96 – 2.96; p: 0.03] y únicamente 17 de los 96 estudiantes de primer nivel han solicitado voluntariamente que se les realice el examen. Por el contrario el 44.2% (46 estudiantes) de sexto curso conocen donde realizarse el examen y solo 10 de los 104 encuestados se ha realizado de forma voluntaria el examen (OR: 2.02 [0.87 – 4.66; p: 0.05). Cabe recalcar que son más hombres que mujeres los que se han realizado el examen, 14.5% y 12.9% respectivamente.

Conoce donde realizan prueba de VIH			
Ambiente Educativo	SI	NO	TOTAL
Sexto Curso	46 (44.2%)	58 (55.7%)	104
Primer Nivel de Medicina	55 (57.3%)	41 (42.7%)	96
TOTAL	101	99	200

Cuadro 19

Solicitud voluntaria de prueba de VIH			
Ambiente Educativo	SI	NO	TOTAL
Sexto Curso	10 (9.6%)	94 (90.4%)	104
Primer Nivel de Medicina	17 (17.7%)	79 (82.3%)	96
TOTAL	27	173	200

Cuadro 20

CAPITULO QUINTO.

DISCUSION

En el presente estudio observacional descriptivo de corte transversal se encontró que dentro de una muestra de 200 individuos, el 48.4% de la población ha tenido alguna vez una relación sexual. En cuanto al análisis por género, son los hombres quienes representan un 50.5% de los 95 individuos que han tenido relaciones sexuales (OR: 0.36 [0.19 – 1.05]; p: 0.00). Por su parte, en el estudio de la Universidad Santa María la Antigua (7), que un total de 63% del total de la muestra ha tenido alguna vez una relación sexual y que de estas personas sexualmente activas, el 68% está conformado por mujeres. Es decir, que en entre la población panameña y el presente estudio, existe un 14.6% de la población que no presenta uno de los principales factores de riesgo para enfermedades de transmisión sexual, como lo es la actividad sexual, tal como lo menciona la OPS (5).

Ahora bien, de un grupo de 104 estudiantes que actualmente cursa el sexto curso del colegio, el 52.4% ha tenido alguna vez relaciones sexuales, mientras que de un grupo de 96 estudiantes universitarios de primer nivel de la carrera de Medicina el 42.7% respondió afirmativamente (OR: 0.67 [0.38 – 1.18]; p: 0.08). Esto significa que el cambio desde el colegio hacia el sistema educativo universitario aparentemente disminuye el porcentaje de individuos que han tenido una relación sexual, mientras que J. D'Angelo 2006 (19), encontró que un 32.7% de la población de estudiantes de colegio ha tenido una relación sexual y el porcentaje se duplicaba al cuestionar a los estudiantes universitarios, donde encontró que un 68.2% respondían afirmativamente.

La población en la que se realizó este estudio, en cuanto a los estudiantes de sexto curso, se compone por estudiantes de un colegio fiscal, en la que probablemente no todos tengan la posibilidad de acceder a educación superior, lo cual influye en la determinación de mantener o no relaciones sexuales, puesto que “quien tiene una meta fija en su vida luego del colegio, estaría aparentemente protegido” (23). Además, al no tener en su plan de vida el estudio universitario, los estudiantes del colegio estudiado, presentan como primera prioridad el tener una familia (26). Es importante tomar en cuenta que entre los estudiantes de sexto curso existe una amplia gama de edades, personas comprendidas entre los 16 a 21 años. Esta brecha de edades, hace que los individuos comprendidos entre los 16 y 19 años sean fácilmente influenciados por aquellos mayores (14), lo cual los enfrenta a la presión que ejerce el grupo es decir que son más vulnerables frente a los estudiantes mayores. Lo cual no sucede entre los estudiantes de primer nivel, puesto que todos ellos se encuentran entre los 18 a 21 años, grupo etario que mantiene una idea constante e igualitaria en relación a la actividad sexual (19).

Para poder evaluar las actitudes de riesgo es necesario determinar qué acciones son las que las poblaciones estudiadas incluyen dentro de los términos de practicar un comportamiento sexual responsable. De los 200 encuestados, 42 estudiantes de sexto curso consideran a la abstinencia como un comportamiento sexual responsable y 58 estudiantes de primer nivel manifiestan que un comportamiento sexual responsable es mantener relaciones sexuales con una sola pareja estable utilizando siempre el preservativo (χ^2 : 14.36; p : 0.01). En el estudio realizado por UNICEF en el 2007 (9), las tres principales formas de prevención más identificadas por los adolescentes

fueron, el uso de preservativo (53%), la monogamia (36.4%) y la abstinencia sexual en un (20.3%).

Entre los dos ambientes educativos, por una parte se encontró que entre los estudiantes de sexto curso del Colegio Nacional “Dr. José María Velasco Ibarra”, un 32.5% de la población empieza su vida sexual activa hacia los 16 años, sin embargo se debe tener en cuenta que existe un 6.5% de la población que inicio su vida sexual activa hacia los 12 años de edad. Por su parte, un 23.7% de los estudiantes de primer nivel de la facultad de medicina de la PUCE dio inicio a su vida sexual activa a los 17 años tomando en cuenta que un 11.6% dio inicio a los 11 años (χ^2 : 20.33; p : 0.02). De este modo, se observa que el inicio de actividad sexual se da en ambos grupos durante su estudio en el colegio, lo cual nos indica que el mayor énfasis en educación e información acerca de las enfermedades de transmisión sexual en esta etapa de la vida. Es también importante mencionar que en una población similar en Perú, edad media del inicio de las relaciones en esta población adolescente es de 14 años. (6)

Según cifras del ENDEMAIN 2004 (38), el 22% de las mujeres adolescentes (entre los 15 a 19 años) ha mantenido al menos una relación sexual, porcentaje algo similar al encontrado en el presente estudio, donde el 38.2% de mujeres respondieron afirmativamente (OR: 0.036 [0.19 – 0.65]; p : 0.00). Es preocupante que aunque han pasado 7 años, ha aumentado la incidencia de las mujeres adolescentes que tienen relaciones sexuales, lo cual podría tener relación con el nivel de calidad de la información que obtienen los adolescentes de los medios de comunicación acerca de

las relaciones sexuales, según como se señala en el artículo colombiano del 2007 (12).

En cuanto al uso de preservativo en su primera relación sexual el 50.6% del total de la muestra no lo uso, de donde el grupo mayoritario lo conforman los estudiantes de sexto curso. La razón principal por la que los estudiantes de sexto curso no lo utilizan es la falta de disponibilidad del mismo, en tanto que los estudiantes de primer nivel de medicina no lo usan debido a que no les agrada usarlo. En el estudio de Alberto Villaseñor et al (6), manifiesta que la principal razón para la adquisición y uso del preservativo es el temor que tiene el usuario de contraer VIH y otras enfermedades de transmisión, sexual y que este temor es directamente proporcional a cuanta información se posea acerca del tema. En la población de colegio y universidad de este estudio, aun cuando hay conocimiento sobre la gravedad, formas de contagio y métodos para evitarlo, los estudiantes postulan otras razones para no utilizar el preservativo.

Posterior a una relación sexual sin preservativo, existe una igual proporción de estudiantes en ambos grupos que siente culpa por no haberlo hecho, lo cual se relaciona directamente con la cantidad de estudiantes que han rechazado una relación sexual por no disponer de preservativo. Esto podría traducir que, debido a la edad y a la situación emocional por la que se encuentran atravesando los estudiantes de ambos grupos, muchos de ellos creen que no existe la posibilidad que justo ellos sean los que presenten una ETS. Se ha visto en varios estudios, tales como los realizados por Edgar Navarro en el 2004 (26) y por la Universidad de la Habana Cuba (29), donde

muchos de los adolescentes y adultos jóvenes encuestados, coinciden que la razón principal por la que no han rechazado una relación sexual sin preservativo, es porque creen que a ellos “nunca les va a pasar.”

Tanto en los estudiantes de sexto curso como entre los de primer nivel, existe una clara predisposición a tener una sola pareja sexual estable (65%), sin embargo existe también un 35% restante que ha mantenido relaciones sexuales ocasionales con más de un compañero. La monogamia, entendida como un pacto de exclusividad sexual entre dos personas, es la manera más eficaz para prevenir la transmisión de enfermedades de transmisión sexual y anteriormente se la consideraba una forma 100% efectiva. Actualmente, al existir varias otras maneras de contagio, ha perdido un poco de efectividad, sin embargo la Organización de Voluntarios de las Naciones Unidas en el Ecuador, recomiendan esta práctica sexual, como la única manera de prevención efectiva frente al contagio de VIH entre los adolescentes de colegio (36).

En el estudio realizado en Perú (6) durante el 2003, en donde se encontró que un 85.9% de los participantes carecían de conocimientos significativos frente al VIH, en nuestra población solamente un 13.5% de los estudiantes de sexto curso carecen de conocimientos. Esto se debe a que en la actualidad, dentro del pensum de las escuelas y colegios de nuestro país, se contempla a la educación sexual como uno de los temas principales a tratarse con los estudiantes, debido al alto índice de embarazos adolescentes y la incidencia de las ETS.

ENDEMAIN durante el 2004, en el estudio realizado en un grupo de mujeres entre los 15 – 24 años, determino que en general, la escuela o colegio es la principal fuente de información sobre temas relacionados con educación sexual (38). De todas maneras, se menciona además que el tema de las relaciones sexuales y las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH, ocupan en tercer y cuarto lugar (38) respectivamente en cuanto a la importancia de abordaje.

En el estudio realizado por Mercedes Moraima (16), encontró que la fuente de información más significativa es la institución educativa, lo cual también se repite en la población estudiada. Sin embargo esto se contrapone con los resultados obtenidos por Alberto Villaseñor-Sierra y colaboradores (6) en donde se encontró que la mayor cantidad de información se obtiene de la televisión, en nuestro caso está representado por un 15% del total de la población.

Entre los estudiantes de sexto curso se entiende a una conducta sexual de riesgo como el no uso de preservativo en todas las relaciones sexuales, lo cual se corrobora al analizar el estudio de Porto Alegre en Brasil donde más de un 80% de los estudiantes la consideran que la única actitud de riesgo para adquirir una ETS (19).

Reynaldo Quinteros (14), encontró que la enfermedad de transmisión sexual mayormente identificada como tal, luego del sida, es la sífilis. En tanto que en este estudio se encontró que luego del sida la mayor cantidad de estudiantes de sexto curso identifican correctamente al herpes y que los estudiantes universitarios identifican a la sífilis. En el Ecuador, según el ENDEMAIN 2004 (38), la

enfermedad de transmisión sexual más frecuentemente reconocida, aparte del VIH, es la gonorrea (73.7%), seguida por la sífilis (52.3%).

CAPITULO SEXTO.

CONCLUSIONES

- Al analizar el efecto que tiene el cambio de condición educativa sobre las actitudes frente al VIH – SIDA, la diferencia más importante es la razón principal por la que no se utiliza preservativo en las relaciones sexuales, en donde aunque el componente cognitivo es mayor en los estudiantes universitarios estos no lo utilizan en respuesta al componente emocional (no les gusta usarlo), en tanto que los estudiantes preuniversitarios no lo hacen por una cuestión conductual (no está disponible).
- Sobre el componente conductual, tanto los estudiantes de primer nivel de medicina como los estudiantes de sexto curso presentan un porcentaje similar de actitudes de riesgo en cuanto a la cantidad de parejas sexuales, uso de preservativo y cantidad de parejas ocasionales.
- Otra actitud marcada por el cambio de ambiente educativo es que los estudiantes que se encuentra iniciando su vida universitaria, presenta una mayor predisposición a someterse voluntariamente a un test rápido de VIH.

CAPITULO SEPTIMO.

RECOMENDACIONES

Después de realizar este trabajo de investigación creo conveniente sugerir que:

- Se debería facilitar la adquisición de preservativos, en los colegios y universidades, como una forma efectiva de prevenir la transmisión de ETS y evitar el posible contagio de VIH.
- Es conveniente tomar conciencia de la importancia de la educación sexual en los ambientes educativos, puesto que estos componen la fuente principal de información, pero no solamente acerca de los cambios fisiológicos de la adolescencia, sino de la importancia de la prevención de las ETS.
- Para un posterior estudio acerca del tema, sería mejor hacer el seguimiento de una misma población durante el cambio de ambiente educativo para así poder identificar puntos clave que determinan la modificación o no de sus actitudes.

ANEXOS.

ANEXO 1.**CUADRO DE VARIABLES**

VARIABLE	PARAMETROS
Socio demográfico Genero	Masculino Femenino
Socio demográfico Edad	Edad en años
Socio demográfico Estado Civil	Soltero Casado Unión Libre
Socio demográfico Año o curso	Sexto Curso Primer Nivel Medicina
A - Conductual Actividad sexual	Si No
A – Conductual Edad de inicio de actividad sexual	Años
A – Conductual Preferencia sexual conductual	Heterosexual Bisexual Homosexual
A – Conductual Uso de preservativo en primera relación sexual	Si No
A – Conductual Uso de preservativo	Si No A veces
A - Conductual Número de parejas sexuales en los últimos 12 meses	Numérico
A - Conductual Relaciones sexuales con pareja estable en los últimos 12 meses	Si No
A - Conductual	

Relaciones sexuales con parejas ocasionales en los últimos 12 meses	Si No
A - Conductual Uso de preservativo con pareja estable	Siempre Eventualmente Nunca
A - Conductual Uso de preservativo con parejas ocasionales	Siempre Eventualmente Nunca
A – Conductual Sugerencia del uso de preservativo	Usted La pareja Mutuo No utiliza
A – Conductual Razones por las cuales no usa preservativo	No disponible Precio No le gusta La pareja no le gusta No es necesario Vergüenza Otro
A – Cognitivo Via de obtención de información sobre VIH	Televisión – Radio Internet Folletos Charlas Amigos Personal médico o enfermera Escuela No ha recibido información
A – Cognitivo Ha oído hablar de las enfermedades de	Si No

transmisión sexual (ETS)	
A – Cognitivo Identificación de las enfermedades de transmisión sexual	Sífilis Gonorrea Tuberculosis Sida Hepatitis Tricomona Lepra
A - Cognitivo Identificación de las vías de transmisión	Besos Abrazos Caricias Cuchillas o máquinas de afeitar Relaciones sexuales Picadura de insecto Lactancia materna Piscinas Uso de servicio sanitario Transfusiones sanguíneas Uso de cubiertos o platos
A - Cognitivo Conocimiento del momento de ponerse preservativo	Antes de la eyaculación Antes de la penetración Antes de la erección No sabe Después de la eyaculación
A – Cognitivo Reducción del riesgo de contraer VIH	Uso de preservativo siempre Monogamia Abstinencia sexual Evitando personas infectadas Evitando relaciones homosexuales Evitando el uso de jeringuillas usadas

	Todos Ninguno No sabe
A – Cognitivo Gravedad del VIH SIDA	Como cualquier otra enfermedad Grave Muy grave Letal Curable No sabe
A – Cognitivo Comportamiento sexual responsable	Abstinencia sexual Monogamia Uso de preservativo siempre Relaciones sin preservativo solo con parejas sanas y con el resto con preservativo No sabe Todas
A – Conductual Realización de prueba de VIH voluntaria	Si No
A – Cognitivo Lugares donde realizan la prueba	Si No
A – Afectivo Sentimiento de culpa al no usar preservativo	Si No
A – Afectivo Reacción en el grupo al uso del preservativo	Bien visto Mal visto No importa
A – Afectivo	Si

Rechazo de la pareja por uso de preservativo	No A veces
A – Afectivo Miedo de tener una ETS	Si No

ANEXO 2.**TABLA DE RESULTADOS**

VARIABLES	AMBIENTE EDUCATIVO		OR (LI-LS)	CHI² (p)
	SEXTO CURSO	PRIMER NIVEL		
Conoce donde hacen test VIH? - Si - No	46 58	55 41	0,96 - 2,96	3,40 (0,06)
Qué tan grave es el SIDA? - Como cualquier otra - Grave - Muy grave	2 7 95	4 15 77		5,14 (0,07)
Cuál es el momento indicado para colocarse el preservativo? - Antes de la erección - Antes de la penetración - Antes de la eyaculación - No sabe	5 61 11 27	3 71 10 12		6,76 (0,07)
Que se entiende por un comportamiento sexual responsable? - Mantener relaciones sexuales con una sola pareja utilizando siempre preservativo - Mantener relaciones sexuales con una sola pareja sin necesidad de utilizar preservativo - Mantener relaciones sexuales con varias parejas utilizando siempre preservativo - Mantener relaciones sexuales con varias parejas sin necesidad de utilizar preservativo - Abstinencia sexual	38 13 7 3 42	58 6 7 0 24		14.36 (0.01)
- Ha oído hablar sobre las Enfermedades de Transmisión Sexual? - Si - No	90 14	94 2	1.61 – 33.08	8.78 (0.003)
Ha tenido alguna vez relaciones sexuales? - Si - No	54 50	41 55	0.39 – 1.18	1.88 (0.17)

Utilizo preservativo en su primera relación sexual? - Si - No	25 30	21 19	0.56 – 2.83	0.31 (0.58)
Cuáles son las razones por las que en ocasiones no ha utilizado preservativo? - No está disponible - Es muy costoso - La pareja no quiere - No le gusta usarlo - Usa otro método - Piensa que no es necesario - Le da vergüenza adquirirlo	14 2 2 8 4 7 4	3 1 6 9 6 3 0		22.40 (0.004)
Durante la relación sexual, quien siguiere el uso del preservativo? - Decisión mutua - Su pareja - Usted - No recuerda	25 5 12 3	15 5 15 0		5.26 (0.26)
Cuántas parejas sexuales ha tenido en los últimos 12 meses - 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 7 - 8	3 31 14 1 2 0 1 2	5 18 9 5 1 1 0 2		9.19 (0.33)
A qué edad tuvo su primera relación sexual? - 11 años - 12 años - 13 años - 14 años - 15 años - 16 años - 17 años - 18 años - 19 años - 20 años	0 3 3 2 12 15 9 2 0 0	2 0 0 1 6 8 9 8 2 2		20.33 (0.03)
Ha tenido relaciones sexuales con una pareja estable en los últimos 12				

meses? - Si - No	35 19	27 14	0.43 – 2.38	0.001 (0.49)
Utilizo preservativo con su pareja estable en los últimos 12 meses? - Siempre - Eventualmente - Nunca	18 11 8	8 13 6		6.31 (0.09)
Ha tenido relaciones con una pareja ocasional en los últimos 12 meses? - Si - No	24 30	18 23	0.45 – 2.28	0.00 (0.49)
Utilizo preservativo con su pareja ocasional en los últimos 12 meses? - Siempre - Eventualmente - Nunca	18 13 8	16 6 2		3.67 (0.30)
Ha solicitado alguna vez una prueba voluntaria de VIH? - Si - No	10 94	17 79	0.88 – 4.67	2.79 (0.05)
Después de una relación sexual sin preservativo, se ha sentido culpable de no haberlo usado? - Si - No	27 24	20 18	0.43 – 2.29	0.97 (0.49)
Ha rechazado alguna vez una relación sexual por no disponer de preservativo? - Si - No	31 24	18 23	0.27 – 1.37	1.46 (0.12)
De las siguientes enfermedades, cuales son de transmisión sexual? - Sífilis - Herpes - Gonorrea - Tuberculosis - Sida - Lepra - Candidiasis - Trichomoniasis - Hepatitis	56 65 63 4 103 12 4 4 15	89 81 84 6 91 4 29 9 55		

Cuáles son sus fuentes de información acerca del VIH – SIDA?				
- Televisión	53	47		
- Radio	15	27		
- Prensa	17	35		
- Afiches	23	41		
- Folletos	40	55		
- Familiares	58	36		
- Personal Medico	44	54		
- Campañas del MSP	54	59		
- Amigos	23	31		
- Institución Educativa	81	83		
Cuales son posibles vías de contagio del VIH				
- Besos, abrazos y caricias	4	1	0.84 – 6.48	2.76 (0.05)
- Jeringuillas no estériles	74	87		
- Utensilios de cocina	4	2		
- Cuchillas y maquinas de afeitar	64	65		
- Relaciones sexuales sin preservativo	98	93		
- Personas aparentemente sanas	11	22		
- Picadura de un insecto	6	12		
- Uso de servicios higiénicos	14	10		
- Vertical (madre – hijo)	60	77		
- Lactancia materna	18	30		
- Piscinas	4	3		
- Pareja estable	15	17		
Cuáles de las siguientes conductas disminuyen el riesgo de contraer VIH?				
- Usando siempre preservativo en cualquier relación sexual	72	58		
- Relaciones sexuales con un solo compañero no infectado	37	35		
- Relaciones sexuales con un solo compañero	31	21		
- Abstinencia sexual	45	37		
- Evitando el sexo anal	17	32		
- Evitando uso de jeringuillas no estériles	53	68		
- Todas las opciones anteriores	11	19		
- Ninguna de las anteriores	2	2		

VARIABLES	GENERO		OR (LI – LS)	CHI ² (p)
	FEMENINO	MASCULINO		
Ha tenido alguna vez relaciones sexuales? - Si - No	47 48	49 29	0.19 – 0.65	11.72 (0.00)
Utilizo preservativo en su primera relación sexual? - Si - No	20 28	25 22	0.60 – 0.27	1.50 (0.11)
A qué edad tuvo su primera relación sexual? - 11 años - 12 años - 13 años - 14 años - 15 años - 16 años - 17 años - 18 años - 19 años - 20 años	0 0 0 1 5 16 11 6 1 2	2 3 3 2 13 7 7 3 1 1		11.29 (0.05)
Ha solicitado alguna vez una prueba voluntaria de VIH? - Si - No	16 108	11 65	0.38 – 2.00	0.09 (0.37)
Después de una relación sexual sin preservativo, se ha sentido culpable de no haberlo usado? - Si - No	18 29	27 15	0.14 – 0.82	5.99 (0.00)
Ha rechazado alguna vez una relación sexual por no disponer de preservativo? - Si - No	26 23	22 25	0.58 – 2.86	0.37 (0.27)

ANEXO 3.

CUESTIONARIO

1 Género

Masculino _____

Femenino _____

2 Cuantos años tiene usted en el día de hoy. _____

3 En la actualidad, tiene

Pareja Estable _____

Parejas Esporádicas _____

No tiene pareja _____

4 Actualmente cursa

Sexto Curso _____

Primer Año de Universidad _____

5 ¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales?

Si _____

No _____

6 ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?

Edad en años _____

No recuerda _____

7 ¿Utilizó preservativo en la primera relación sexual?

Si _____

No _____

8 ¿Qué tipo de relaciones sexuales ha tenido?

Solo con hombres _____

Solo con mujeres _____

Con hombres y ocasionalmente con mujeres _____

Con mujeres y ocasionalmente con hombres _____

Ninguna _____

9 ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en los últimos 12 meses? _____

10 ¿Ha tenido relaciones sexuales con una pareja estable en los últimos 12 meses?

Si _____

No _____

11 ¿Ha usado preservativo con su pareja estable en los últimos 12 meses?

Siempre ____

Eventualmente ____

Nunca ____

12 ¿Ha tenido relaciones ocasionales con otra persona (s) diferente a su pareja sexual estable en los últimos 12 meses?

Si ____

No ____

13 ¿Ha usado preservativo en las relaciones sexuales ocasionales?

Siempre ____

Eventualmente ____

Nunca ____

14 ¿Durante la relación sexual en la que ha usado el preservativo, quien sugiere su uso?

Usted ____

Su pareja ____

Decisión mutua ____

No recuerda ____

No utiliza ____

15 ¿Cuáles son las razones por las que en ocasiones no utilizo preservativo?

No está disponible ____

Es muy caro ____

La pareja no quiere ____

No le gusta usarlo ____

Usa anticonceptivo ____

Piensa que no es necesario ____

Le da vergüenza comprarlo ____

Otra ____

16 Ha oído hablar sobre las enfermedades de transmisión sexual (ETS)?

Si ____

No ____

17 De las siguientes enfermedades señale cuáles son de transmisión sexual

Sífilis ____

Herpes ____

Gonorrea ____

Tuberculosis ____

Sida ____

Lepra ____

Candidiasis ____

Trichomoniasis ____

Hepatitis ____

18 ¿El SIDA es una enfermedad?

Como cualquier otra _____

Grave ____

Muy grave ____

No sabe ____

19 La información que usted ha recibido sobre VIH-SIDA la obtuvo de:

Televisión ____

Radio ____

Prensa ____

Afiches ____

Folletos ____

Familiares ____

Personal medico ____

Campañas de prevención del MSP ____

Amigos ____

Institución Educativa ____

No ha recibido ninguna información _____

20 Cree usted que el VIH puede transmitirse a través de:

Besos, abrazos y caricias ____

Uso de jeringuillas no estériles ____

Uso de vasos y cubiertos ____

Cuchillas y máquinas de afeitar ____

Relaciones sexuales sin preservativo ____

Una persona aparentemente sana ____

Picada de un mosquito ____

Uso de servicios sanitarios ____

Madre a hijo ____

La lactancia materna ____

Piscinas ____

Pareja estable ____

Ninguna de las anteriores ____

21 ¿Cómo cree usted que se puede reducir el riesgo de contraer el VIH?

Usando siempre preservativo en cualquier tipo de relación sexual ____

Manteniendo relaciones sexuales con un solo compañero(a) no infectado ____

Manteniendo relaciones sexuales con un solo compañero(a) ____

Abstinencia sexual ____

Evitando el sexo anal ____

Evitando el uso de jeringuillas utilizadas por otra persona ____

Todos los anteriores ____

Ninguno de los anteriores ____

22 El momento de ponerse el preservativo es:

Antes de la eyaculación ___

Antes de la penetración ___

Antes de la erección ___

Después de la eyaculación _____

No sabe ___

23 Qué considera usted un comportamiento sexual responsable:

Abstinencia sexual ___

Tener relaciones sexuales con sólo una pareja estable sin necesidad de usar preservativo ___

Tener relaciones sexuales con sólo una pareja estable además de usar preservativo ___

Tener relaciones con varias parejas pero usando siempre preservativo ___

Tener relaciones sexuales con parejas “sanas” sin usar preservativo ___

24 ¿Ha solicitado alguna vez una prueba voluntaria de VIH?

Si ___

No ___

25 Conoce usted algún lugar donde realizan la prueba de VIH?

Si ___

No _____

26 Después de una relación sexual sin preservativo, se ha sentido culpable por no haberlo usado?

Si ___

No _____

27 Esta bien visto es su grupo de amigos el uso de preservativo?

Si___

No _____

28 Ha rechazado alguna vez una relación sexual por no tener preservativo?

Si____

No____

ANEXO 4.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A quien pueda interesar:

Yo, por medio de la presente carta, después de haberseme explicado en qué consiste el estudio, doy mi consentimiento escrito para participar voluntariamente en el estudio, entendiendo la anonimidad de los datos, así mismo como que en cualquier momento del estudio me puedo retirar.

Alumno: _____

(Firma)

ANEXO 5.

CARTA DE AUTORIZACION PUCE

Quito, 22 de marzo del 2011

Señor Doctor

Edison Chávez

DECANO FACULTAD DE MEDICINA

Presente.

Yo, MOLINA VILLA DIANA JACQUELINE, con CC No. 171378618-2 solicito me otorgue una autorización para realizar el plan de disertación de tesis de grado titulado: ***DIFERENCIAS ACTITUDINALES FRENTE AL VIH – SIDA ENTRE LOS ESTUDIANTES DE SEXTO CURSO DE COLEGIO Y LOS ESTUDIANTES DE PRIMER SEMESTRE DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA PUCE DURANTE EL PERIODO 2011.***

Para realizar el siguiente estudio, se procederá a la recolección de datos mediante la implementación de un cuestionario especialmente confeccionado para ser resuelto por jóvenes comprendidos entre los 15 y 35 años, el cual previamente ha sido validado.

Por lo tanto, solicito se me otorgue el permiso correspondiente para realizar dicha encuesta a los estudiantes de primer semestre de la Facultad de Medicina de la PUCE.

ANEXO 6.

**CARTA DE AUTORIZACION COLEGIO NACIONAL
“DR. JOSE MARIA VELASCO IBARRA”.**

BIBLIOGRAFIA.

1. Dilata JJ. Enfermedades de transmisión sexual. Barcelona: Proas Editores; 1996.
2. Centro Nacional de Prevención de las ITS/VIH/SIDA. Guía para los comunicadores sociales. La Habana: MINSAP ; 2005:15
3. Tratado de Pediatría.17 Edición. Nelson.
4. Boletín del Centro de Prevención de las ITS/VIH/SIDA: Serie por la Vida 1998; 1(2).
5. Organización Panamericana de la Salud: El control de las enfermedades transmisibles, 18.a edición. Washington, DC: OPS; 2005. (Publicación Científica y Técnica No. 613) y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA: Situación de la epidemia de SIDA, 2005
6. “Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor del uso de condón en adolescentes”, Alberto Villaseñor-Sierra, Dr CM, Ramiro Caballero-Hoyos, Dr en CS, Alfredo Hidalgo-San Martín, MSP, José Ignacio Santos-Preciado, Dr CM, Salud Publica Mex 2003;45 supl 1:S73-S80
7. “Conocimientos y comportamientos sexuales en torno al VIH-SIDA en la población de estudiantes de pregrado de la Universidad Santa María la Antigua”,www.usma.ac.pa/web/DI/images/IPC%20No.%204/p.03-2%20Fajardo.pdf
8. Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC). HIV/AIDS surveillance report cases of HIV infection and AI. 2010

9. UNICEF. Los jóvenes y el VIH/SIDA: Una oportunidad en un momento crucial [Documento en línea]Julio 2002[citado 2 Jul 2007]
10. Caballero-Hoyos R, Villaseñor-Sierra A. Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes urbanos: consenso cultural de dudas e incertidumbres. *Salud Publica Mex* 2003;45 supl 1:S108-S114
11. ONUSIDA y ONUSIDA DATABASE: <http://www.unaids.org/es/default.asp>
12. Conductas Sexuales de Riesgo para la Infección por VIH/Sida en Adolescentes Colombianos, Stefano Vinaccia, Japcy Margarita Quiceno, Ana Milena Gaviria, Ana Maria Soto, María Dolores Gil Llario' Rafael Ballester Arnal, *TERAPIA PSICOLÓGICA* 2007, Vol. 25, N° 1, 39-50
13. Harrison Principios de Medicina Interna 17^a edición, Anthony S. Fauci, Eugene Braunwald, Dennis L. Kasper, Stephen L. Hauser, Dan L. Longo, J. Larry Jameson, and Joseph Loscalzo, Eds, © 2009
14. TORRES LOPEZ, Teresa Margarita; REYNALDOS QUINTEROS, Carolina; LOZANO GONZALEZ, Aldo Favio and MUNGUÍA CORTES, Jazmín Aranzazú. Concepciones culturales del VIH/Sida de adolescentes de Bolivia, Chile y México. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2010, vol.44, n.5 pp. 820-829.
15. Teenagers, HIV and AIDS: insights from youths living with the virus, Escrito por Maureen E. Lyon, Lawrence J. D'Angelo 2006.
16. CAMPOS, Mercedes Moraima. La educación corporal: un modelo de praxis pedagógica y su relación con los movimientos de renovación pedagógica. *Revista Ciencias de la Educación*. [online]. dic. 2007, vol.17, no.30 [citado 24 Noviembre 2010], p.243-260.

17. OMS. Encuestas sobre: conocimientos, actitudes, creencias y prácticas referentes al SIDA: fase 2. Cuestionario. Ginebra, 1993.
18. The Pan American Health Organization (PAHO) supports the health sector response to HIV and other sexually transmitted infections. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=31
19. Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology - 2007, Vol. 41, Num. 2 pp. 161-166. "Predictores de Conductas Sexuales de Riesgo entre Adolescentes".
20. Nivel de Conocimiento de Adolescentes sobre VIH/SIDA, María E. Dávila, Antonieta Z. Tagliaferro, Xiomara Bullones y Damelis Daza. Rev. salud pública vol.10 no.5 Bogotá Nov./Dec. 2008
21. "Diferencias en los conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales relacionados con el SIDA, entre hombres y mujeres jóvenes de Bucaramanga". Nahyr López, Ing. Sist., MBE.2, Lina María Vera, M.D.3, Luis Carlos Orozco, M.D., Mag. Epi.4 2001.
22. Uribe R., Ana Fernanda; Valderrama, Laura; Sanabria, Ana María; Orcasita, Linda; Vergara, Tatiana, "Descripción de los conocimientos, actitudes, susceptibilidad y auto eficacia frente al VIH/SIDA en un grupo de adolescentes colombianos", Pensamiento Psicológico, Vol. 5, Núm. 12, enero-junio, 2009, pp. 29-43.
23. "Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes urbanos: consenso cultural de dudas e incertidumbres", Ramiro Caballero-Hoyos, Dr en CS,(1) Alberto Villaseñor-Sierra, MD, Dr Sc.(2). Salud Publica Mex 2003;45 supl 1:S108-S114

24. “Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA en jóvenes de nivel medio de educación del área metropolitana”. Paraguay. Macchi ML 1, Benítez Leite, Corvalán, Núñez, Ortigoza D. Arch Pediatr Urug 2008; 79(3): 253-263
25. “SIDA: conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo de estudiantes preuniversitarios en la ciudad del cusco”, Contreras Zaravia, Norma Roxana, Delgado Camacho, Arturo Uldarico, Lizarbe Castro, Víctor Oswaldo, Yábar Peña, Juan Carlos. Abril - Agosto 97, año v n° 10.
26. “Conocimientos, actitudes y practicas sobre sida en adolescentes escolarizados”, Edgar Navarro L., 2004, Salud Uninorte julio-diciembre año/vol.19. Barranquilla, Colombia. Pp14-24.
27. ”Actitudes y valores: precisiones conceptuales para el trabajo didáctico,” Dr. José Manuel Bautista Vallejo, Departamento de Educación, Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad de Huelva. 2000
28. Revista EDU-FISICA Grupo de Investigación Edufisica <http://www.edufisica.com/> ISSN 2027- 453X. 2001.
29. “La adolescencia y la juventud como etapas del desarrollo de la personalidad. distintas concepciones en torno a la determinación de sus límites y regularidades.” Laura Domínguez García¹. Universidad de la Habana, Cuba. (Boletín Electrónico de Investigación de la Asociación Oaxaqueña de Psicología Vol. 4. Número 1. 2008. pág. 69-76 http://www.conductitlan.net/50_adolescencia_y_juventud.pdf)
30. “Ciclo vital – Crisis Evolutiva”. Hospital Italiano de Buenos Aires. Dra. Ximena García Baianchi. Agosto 2003.

31. Adolescencia y proyecto de vida. Julio Ayala. **PERSONA**. Revista Iberoamericana de Personalismo Comunitario. Pg.54 – 59. 2000.
32. "Vigía de los derechos de la niñez y la adolescencia mexicana", es una publicación conjunta del Consejo Consultivo de UNICEF México y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Agosto de 2006.
www.unicef.org/mexico
33. "La actitud de los adolescentes nuevoleonenses ante la sexualidad. Investigadores. María del Consuelo García Madero e Ismael Vidales Delgado. Impreso en Monterrey, N. L., México. Primera edición: junio de 2009. Colección. Investigación educativa N°. 39
34. OPS/WAS, 2000; Rosser, Mazin, Coleman, 2001. OMS, 2002
35. "Perspectivas del sida 2010: Un nuevo enfoque sobre la epidemia y la respuesta al sida", martes, 01 diciembre 2009 - Aportado por ONUSIDA
36. "Prevención del VIH/ Sida". Copyright © 2009 UNDP - VNU - Ecuador.
VOLUNTARIOS DE NACIONES UNIDAS ECUADOR
37. El control de las enfermedades transmisibles, 18.a edición, Publicación Científica y Técnica de la OPS No. 613, pp. . 596-607.
38. ENDEMAIN 2004. Varios Capítulos.