

Escuela Nacional de Salud Pública

Maestría en Salud Pública



Título: Actitudes ante el VIH-SIDA de los estudiantes que ingresan a la carrera de Medicina. Facultad de Ciencias Médicas. Matanzas. Curso 2006-2007

Autora: Dra. María Teresa Dihigo Faz
Especialista de primer grado en Higiene Escolar

Tutoras: Dra. C. Nereida Rojo Pérez
Dra. Ana Teresa Fariñas Reinoso.
Especialista de 2do grado en Higiene y Epidemiología,
Master en Salud Pública.

TRABAJO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE MASTER EN SALUD PÚBLICA

“Año del 50 Aniversario de la Revolución”

2008

PENSAMIENTO

“Es posible frenar la propagación del VIH/sida y es el único medio posible educando y movilizándolo a las comunidades y dotándolas de los medios de acción necesarios. Los conocimientos para la vida que posibilitan que los más jóvenes eviten las infecciones de transmisión sexual en la era del VIH/sida es cuestión de vida o muerte”

DEDICATORIA

A la memoria de mi madre

A mi esposo

A mis hijos

AGRADECIMIENTOS

Cuando se culmina una obra , siempre hay detrás de ella muchas personas que te ayudan, te alientan y te inspiran a seguir, tengo la suerte de haber tenido muchos, a los que les quiero dar mi eterno agradecimiento.

A mi tutora la Dra. C. Nereida Rojo por el apoyo, conocimientos transmitidos y estímulo constante.

A mi asesora la Dra. Ana Teresa Fariñas por su apoyo, orientación y ayuda inestimable

Al Licenciado Silvio Soler por su colaboración en el análisis estadístico.

Al Licenciado Cristóbal Mesa por su asesoría constante y valiosa colaboración

A mi esposo e hijos por el amor, cariño, apoyo incondicional y por estar a mi lado en todo momento

A mi hermana, mi padre, mi sobrino y a Yeni por su estímulo y apoyo de ahora y de siempre

A mis compañeros de Maestría, Pablito, Carmen, Yenín, Joaquín, Nancy y José Raúl por su afecto y muy en especial a Teddy por su gran apoyo y demostración de amistad.

A tres grandes amigos Esther, Morín y Maricela por su talentosa ayuda y poder contar con ellos siempre.

A grandes profesionales y magníficos amigos, el Dr. Erasmo Hernández, la Dra. Nereida Matheu y la Lic Lourdes García por la gran ayuda prestada para la culminación de esta tesis

A Elia, Ibet e Irma por su inestimable colaboración en las comunicaciones electrónicas.

A todos.

Muchas Gracias

INDICE

Introducción.....	2-16
Objetivos.....	17
Metodología.....	18-27
Análisis de los resultados.....	28-30
Discusión.....	31-36
Conclusiones.....	37
Recomendaciones.....	38
Bibliografía.....	39-42
Anexos.....	43-68

INTRODUCCIÓN

La expresión "Infecciones de Transmisión Sexual" (ITS) comprende, al menos, a 25 microorganismos y 50 síndromes, a los cuales se les reconoce el carácter de transmitirse a través de las relaciones sexuales. En los últimos años se ha ido reconociendo su amplio espectro clínico, así como sus complicaciones, no sólo para el paciente y sus parejas sexuales, sino también para su descendencia ⁽¹⁾.

El tercer milenio sorprende a la humanidad en lucha desesperada por erradicar las Infecciones de Transmisión Sexual y específicamente la pandemia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es la manifestación final y más grave de la enfermedad, causada por la infección del virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) ⁽²⁾.

La infección por el VIH por lo tanto, es una enfermedad transmisible causada por un retrovirus que afecta directa y fundamentalmente, entre otros, al sistema inmunológico y al nervioso produciendo su destrucción. Tiene un amplio espectro de manifestaciones clínicas, que van desde la infección aguda inicial, pasando por un largo período de portador asintomático de años de duración, hasta desembocar en una serie de infecciones oportunistas y (o) neoplasias que definen el estadio más avanzado y mortal de la enfermedad.

En la actualidad se conocen por lo menos dos agentes productores del SIDA: el VIH-1 y el VIH-2. El tipo 1 presenta una distribución mundial, en él se han identificado 120 cepas mutantes, es el responsable de la mayor parte de los casos conocidos y probablemente tiene una mayor virulencia. El tipo 2, con alrededor de 20 cepas mutantes, está más circunscrito a la región occidental del continente africano. Numerosos estudios epidemiológicos y biológicos apoyan el hecho de que las ITS aumentan la transmisión del VIH, pues comparten comportamientos similares ⁽³⁾.

Esta enfermedad fue detectada por primera vez en los Estados Unidos, en el año 1981. Debido a su alta transmisibilidad, se expandió rápidamente por todos los rincones del planeta y comenzó a adoptar el carácter de un grave problema de salud mundial ⁽⁴⁾.

El SIDA ha sido denominado "la peste del siglo XX"; está presente en más de 100 países de los 5 continentes y se ha convertido en un fenómeno complejo que no sólo se circunscribe a un ámbito eminentemente sanitario, sino que se transforma en un hecho explosivo que conmociona valores y actitudes que tienen que ver con la dinámica permanente de la sociedad. Ejerce impacto negativo en la esperanza de vida y en la mortalidad en adultos, así como en la economía de los países al causar pérdidas valoradas en miles de millones de dólares para los gobiernos, las empresas y las familias ^{(5), (6)}. Se calcula que el costo de la atención médica y otros cuidados para una sola persona VIH+ es de \$195,000 (en dólares estadounidenses) durante el transcurso de su vida. El costo de la epidemia del SIDA no se mide en dólares solamente, sino en sufrimiento y muerte de amigos, familiares y seres queridos. Lo que la sociedad pierde no se puede medir. Se ha perdido productividad y creatividad así como el dinero gastado en servicios médicos y sociales ⁽⁷⁾.

Este proceso patológico adquirió desde sus inicios un carácter epidémico explosivo. Se estima que mundialmente, 10,3 millones de jóvenes de 15-24 años están viviendo con el VIH/sida, lo que representa el 42 % de las personas infectadas recientemente ⁽⁸⁾. La mitad de todas las nuevas infecciones por el VIH (casi seis mil diarias), corresponden a personas jóvenes y casi una tercera parte de las personas seropositivas en todo el mundo.

En cuanto al pronóstico, es variable en cuanto a supervivencia. La edad cronológica del individuo, el mecanismo de contagio y la forma de presentación parece influir en el tiempo que queda de vida al individuo. El tratamiento con antirretrovirales ha favorecido la prolongación de la supervivencia en el tiempo: antes de ellos, la supervivencia del 30-50% de los infectados era de aproximadamente dos años y menos del 10-20% de los infectados vivía cuatro años ⁽⁹⁾.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida se ha cobrado la vida de más de 25 millones de personas desde que fue identificado por primera vez en 1981, Cada día, más de 6800 personas contraen infección por el VIH y más de 5700 fallecen a causa del sida, en la mayoría de los casos debido a un acceso inadecuado a los servicios de prevención y tratamiento del VIH. La pandemia del VIH sigue constituyendo uno de los desafíos más importantes en enfermedades infecciosas para la Salud Pública ⁽¹⁰⁾.

A pesar de las recientes mejoras en el terreno del acceso al tratamiento antirretrovírico y la atención en muchas regiones del mundo, en el 2007 la epidemia de SIDA acabó con la vida de 2,1 millones de personas de los que 330 000 eran niños ⁽¹⁰⁾.

Si bien la prevalencia porcentual se ha estabilizado, la continuidad (aunque a un menor ritmo) de las nuevas infecciones contribuye a que el número estimado de personas que viven con el VIH, 33,2 millones, sea más alto que nunca ⁽¹⁰⁾.

La prevalencia del VIH tiende a reducirse lentamente con el paso del tiempo, a medida que se reduce el número de nuevas infecciones y debido a las defunciones de las personas infectadas por el VIH; por otra parte, puede aumentar a través de la persistente incidencia del VIH y de la reducción de la mortalidad de las personas infectadas por el VIH que reciben tratamiento antirretrovírico ⁽¹⁰⁾.

Se considera que la prevalencia mundial del VIH (el porcentaje de población adulta del mundo que vive con el VIH) se ha mantenido estable desde el año 2001. Se registran tendencias descendentes en la prevalencia del VIH en varios países, donde se observan los resultados de las iniciativas de prevención dirigidas a reducir las nuevas infecciones por el virus desde el 2000 y 2001 ⁽¹⁰⁾.

La incidencia del VIH (el número de nuevas infecciones por el VIH en una población por año) es el parámetro clave que las iniciativas de prevención pretenden reducir, ya que los nuevos infectados contribuyen al número total de personas que viven con el VIH; con el tiempo, los infectados evolucionarán hacia la enfermedad y la muerte, y constituyen fuentes potenciales de transmisión. La incidencia mundial del VIH probablemente alcanzó su punto máximo en los últimos años de la década de 1990 con más de 3 millones de nuevas infecciones por año, y se estima que más de dos tercios (68%) de los 2,5 millones de nuevas infecciones registradas en 2007 se produjeron en África subsahariana ⁽¹⁰⁾.

África subsahariana continúa siendo la región más afectada por la pandemia del sida. Más de dos de cada tres (68%) adultos y aproximadamente el 90% de los niños infectados por el VIH viven en esta región y más de tres de cada cuatro (76%) defunciones por sida en el 2007 se produjeron allí; estos porcentajes reflejan la necesidad no satisfecha de tratamientos antirretrovíricos en África. Un total de 1,7 millones de personas en África subsahariana contrajeron la infección por el VIH el año pasado, Se calcula que actualmente 22,5 millones de personas viven con el VIH en la región, en comparación con 20,9 millones en el 2001 y de ellas, aproximadamente el 61% son mujeres. El sida sigue siendo la principal causa individual de mortalidad en África subsahariana (OMS, 2003); 1,6 millones del total general de 2,1 millones de fallecimientos de adultos y niños por sida en el 2007 se produjeron en esta región. Se estima que hay 11,4 millones de huérfanos a causa del sida ⁽¹⁰⁾.

En Oriente Medio y África del Norte pese a las recientes mejoras registradas en algunos países la vigilancia epidemiológica en esta región sigue siendo limitada ⁽¹¹⁾, no obstante, a partir de la

información disponible sobre el VIH, se estima que 35 000 personas contrajeron el virus en 2007, lo que eleva a 380 000 el número total de personas que viven con el VIH en la región. Se estima que unas 25 000 personas fallecieron en el 2007 a causa de enfermedades relacionadas con el sida ⁽¹⁰⁾.

En Asia, la mayor prevalencia nacional de VIH se manifiesta en Asia sudoriental, donde se observa una amplia variación en las tendencias epidémicas entre los diferentes países. Mientras que en Camboya, Myanmar y Tailandia la epidemia muestra un descenso en la prevalencia del VIH, en Indonesia (especialmente en la provincia de Papua) y en Viet Nam la prevalencia crece. Si bien la proporción de personas que viven con el VIH en India es menor que antes, la epidemia continúa afectando a gran cantidad de personas. En todo Asia se estima que en el 2007 vivían con el VIH unos 4,9 millones de personas, incluidas las 440 000 personas que se infectaron el año pasado. En 2007, aproximadamente 300 000 fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida ⁽¹⁰⁾.

Se estima que 150 000 personas se infectaron con el VIH en el 2007. De esta manera, el número de personas que viven con el VIH en Asia oriental y central asciende a 1,6 millones (en comparación con 630 000 en 2001), lo que representa un 150% de aumento en este período. Casi el 90% de los nuevos diagnósticos de VIH comunicados en esta región en 2006 provinieron de dos países: la Federación de Rusia (66%) y Ucrania (21%). En cuanto al resto, las cifras anuales de nuevos casos de diagnóstico de VIH también están aumentando en Azerbaiyán, Georgia, Kazajistán, Kirguistán, la República de Moldova, Tayikistán y Uzbekistán (que en este momento padece la mayor epidemia de Asia central). De los nuevos casos de VIH notificados en 2006 en Europa oriental y Asia central para los cuales había información sobre la vía de transmisión, casi dos tercios (62%) eran atribuibles al consumo de drogas inyectables y más de un tercio (37%), al coito heterosexual sin protección ⁽¹⁰⁾.

Según se estima, unas 14 000 personas contrajeron el VIH en Oceanía en 2007, lo que eleva a 75 000 el número de personas que viven con el virus en esta región ⁽¹⁰⁾.

La prevalencia del VIH en adultos en el Caribe se estima en un 1,0% en el 2007, siendo las más elevadas la de República Dominicana y Haití, que juntos dan cuenta de casi tres cuartos de las 230 000 personas que viven con el VIH en el Caribe, incluidas las 17 000 que se infectaron en 2007. Según las estimaciones, 11 000 personas del Caribe fallecieron a causa del sida este año, es la segunda región más afectada del mundo y esta enfermedad sigue siendo una de las causas principales de defunciones entre personas de 25 a 44 años ⁽¹⁰⁾.

La epidemia del VIH en América Latina se mantiene estable por lo general y la transmisión del VIH sigue produciéndose en poblaciones de mayor riesgo de exposición, entre ellas, profesionales del sexo y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. El número estimado de nuevas infecciones por el VIH en América Latina en el 2007 fue 100 000, lo que eleva a 1,6 millones el número total de personas que viven con el VIH en esta región. Según las estimaciones, aproximadamente 58 000 personas fallecieron a causa del sida durante el pasado año ⁽¹⁰⁾.

En América del Sur, las relaciones sexuales sin protección entre varones es un factor importante en las epidemias de Bolivia, Chile, Ecuador y Perú, así como en varios países de América Central, entre ellos, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y Panamá ⁽¹⁰⁾.

En América del Norte, Europa occidental y central el número total de personas que viven con el VIH está en aumento. Este incremento se debe principalmente a los efectos de prolongación de la vida de la terapia antirretrovírica y a un aumento en el número de nuevos diagnósticos de VIH en Europa occidental a partir del 2002, combinado con un número relativamente estable de nuevas infecciones por el VIH cada año en América del Norte. En conjunto, aproximadamente 2,1 millones de personas en América del Norte, Europa occidental y central vivían con el VIH en el 2007, incluidas las 78 000 que contrajeron el virus durante el pasado año. En un contexto de

acceso generalizado de tratamiento antirretrovírico, se han producido comparativamente pocas defunciones a causa del sida, 32 000 en 2007 ⁽¹⁰⁾.

Los Estados Unidos de América es uno de los países que registra el mayor número de infecciones por el VIH de todo el mundo. Según los datos de largo plazo de los 33 estados y cuatro territorios dependientes con notificación nominal confidencial del VIH, los varones representan la mayor parte de los diagnósticos de VIH o sida (74%) entre adultos y adolescentes del país en el 2005. Más de la mitad de todas las nuevas infecciones por el VIH diagnosticadas (53%) corresponden a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Las personas expuestas al VIH a través del coito heterosexual con una pareja no habitual representaron apenas algo menos de un tercio (32%) de los nuevos diagnósticos de infecciones por el VIH y de sida, mientras que alrededor del 18% se produjeron entre usuarios de drogas inyectables ^(10, 12).

La epidemia del VIH sigue afectando de forma desproporcionada a las minorías raciales y étnicas en los Estados Unidos de América. Si bien los afroamericanos constituyen alrededor del 13% de la población (Oficina de Censos de los EE.UU., 2006), representaron el 48% de los nuevos diagnósticos de VIH o SIDA en el 2005. En los Estados Unidos de América, el SIDA fue la cuarta causa de defunción entre afroamericanos de 25 a 44 años en el 2004 ⁽¹³⁾. Los hispanos, que conforman el 14% aproximadamente de la población, representaron el 18% de nuevos diagnósticos ^(10,14).

La proporción de mujeres afectadas por la epidemia sigue creciendo, entre 2001 y 2007, se produjeron aumentos similares en la cifra estimada total de nuevas infecciones en varones y mujeres, si bien la razón varón/mujer se mantuvo estable en todo el mundo. El número estimado de 15,4 millones de mujeres que viven con el VIH en el 2007 representa 1,6 millones más que los 13,8 millones en el 2001. En el Caribe el porcentaje es del 43% (en comparación con el 37% en el 2001) Los porcentajes de mujeres que viven con el VIH en América Latina, Asia y Europa oriental están aumentando lentamente, ya que el VIH se transmite a las parejas femeninas de varones que probablemente lo hayan contraído a través del consumo de drogas inyectables, las relaciones sexuales remuneradas o entre varones sin protección. En Europa oriental y Asia central, se estima que las mujeres representan el 26% de los adultos con el VIH en el 2007 (en comparación con el 23% en el 2001), mientras que en Asia ese porcentaje alcanzó el 29% en 2007 (en comparación con el 26% en 2001) ⁽¹⁰⁾.

En Cuba hasta el 25 de Diciembre del 2007 se han diagnosticado un total de 9 272 seropositivos al VIH, han enfermado de SIDA 3 488 y han fallecido 1 691 de ellos 1 580 a causa del SIDA y 112 por otras causas. Un total de 7581 personas viven con VIH/sida, 1 886 son enfermos y reciben tratamiento antirretroviral y 5695 se mantienen sin síntomas. Los hombres aportan el 80,6% de los casos y de ellos el 83,9% son hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), grupo que continúa siendo el más vulnerable a la infección y que aporta el mayor número de casos a la epidemia. El 19,4% es del sexo femenino siendo el índice masculino/femenino de 4:1 ^(15, 16, 17).

En el 2007 se detectaron 202 casos nuevos, el acumulado de casos de transmisión materno infantil es de 31 y de ellos 3 fueron detectados en el 2007 ⁽¹⁷⁾.

La incidencia de la infección es mayor en personas jóvenes, existiendo una tendencia al incremento en la edad de detección de los casos.

En general es una epidemia de baja transmisión, con una mayor detección en grupos nucleares, eliminándose prácticamente la transmisión vertical, al igual que a través de sangre y derivados, con un franco predominio de la transmisión sexual, e importante participación homo y bisexual.

La prevalencia estimada de VIH/sida en población de 15 a 49 años incrementa de 0,07% en el 2003 a 0,09% al cierre del 2005 y la de la población de 15 a 24 años se mantiene en 0,05%

desde el año 2003. Disminuye el número de enfermos de SIDA y la mortalidad por SIDA se mantiene estable ^(16,18).

La detección de casos de VIH/SIDA en los últimos años ha mantenido en la provincia de Matanzas una tendencia marcadamente ascendente, situación esta que se hace mucho más evidente a partir del año 1997, reportándose las mayores tasas en los años 2005 y 2006 (tasas de 5.3 y 5.6×10^5 habitantes, respectivamente), durante el año 2007 se reporta una disminución de la detección de casos, notificándose hasta ese momento 13 casos (tasa de 1.9×10^5 habitantes).

Este incremento marcado en la detección de casos durante los años 2004 al 2006 se correspondió con un aumento importante en la pesquisa serológica dirigida a los grupos de mayor riesgo ⁽¹⁶⁾.

Desde el inicio de la epidemia se han diagnosticado 275 casos de los cuales 50 han fallecido (42 de ellos a causa del sida), en este momento tenemos 65 pacientes que han desarrollado SIDA y 101 PVIH (personas con VIH) que siguen tratamiento antiretroviral.

Matanzas es la provincia del país con mayor por ciento de detección en hombres y dentro de estos en hombres que tienen sexo con otros hombres. En los últimos años se observa un incremento de la bisexualidad entre los diagnosticados situación esta que preocupa por la posibilidad de un cambio en el comportamiento de la epidemia por sexo.

La edad en el momento del diagnóstico se ha ido incrementando reportándose un número importante de casos en los mayores de 40 años en los últimos 7 años. Durante el año 2007 el mayor por ciento de los casos tenían al diagnóstico más de 30 años.

Aunque todavía se diagnostican personas desvinculadas del estudio y el trabajo, en los últimos años se incrementa el por ciento de personas vinculadas e incluso profesionales, lo que denota la importancia del trabajo intersectorial siendo los sectores más afectados el Ministerio de Salud Pública (MINSAP), Ministerio del Turismo (MINTUR) y Cultura ⁽¹⁶⁾.

Históricamente el hallazgo epidemiológico más importante acerca del SIDA es que la transmisión sexual es responsable del 75% de las infecciones por VIH en todo el mundo, aunque los contagios sanguíneos y por inyecciones juegan un papel clave en la transmisión del VIH en algunos países, no son factores importantes en la expansión de la epidemia; los programas de prevención diseñados para reducir la transmisión sexual tendrán por lo tanto un impacto mayor.

Los jóvenes empiezan tempranamente las relaciones sexuales, son sexualmente activos antes de los 15 años, tienen más de una pareja y no usan con regularidad el preservativo que asegure su protección. Es importante y estratégico poner en práctica programas de prevención mucho antes de que comiencen su actividad sexual o el consumo de drogas, ya que muchos no son conscientes del peligro de infección.

La vulnerabilidad de los jóvenes se complica por su escaso conocimiento de cómo se propaga el VIH y cómo evitar la infección, muchos son incapaces de vincular conocimientos y percepciones de riesgo con comportamientos.

Mundialmente 4 de cada 5 casos de SIDA afectan a jóvenes y adultos jóvenes con edades comprendidas entre 20 y 39 años. De acuerdo con la historia natural de la infección, muchas de estas personas debieron contraer la infección muy precozmente, algunos de ellos incluso en la adolescencia ^(19, 20).

La adolescencia es la etapa del desarrollo que sobreviene a la infancia, se caracteriza por los significativos cambios que se producen en el orden biológico, psicológico y social como consecuencia del crecimiento y desarrollo del individuo. Debido a un incremento en la

producción hormonal aparecen las características sexuales secundarias y el organismo queda preparado para la reproducción. Esto tiene implicaciones inter e intrapersonales que modifican todo el sistema de relaciones del individuo con la realidad ⁽²¹⁾. Aunque no hay criterio unánime, comienza alrededor de los 11 y termina alrededor de los 18 años.

La juventud es la etapa del desarrollo que le sigue a la adolescencia, 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, comienza a los 19 y concluye alrededor de los 22 años ⁽²¹⁾.

El adulto joven es la etapa en la que el individuo pone en práctica el proyecto de vida diseñado en la juventud y se plantea que comprende el período entre los 23 y 30 años ⁽²¹⁾.

Los atributos físicos, psicológicos y sociales de la adolescencia contribuyen a que sean particularmente vulnerables al VIH y otras ITS. Los adolescentes por lo común no pueden comprender enteramente el alcance de su exposición al riesgo. La sociedad suele llevar a que aumente el riesgo que corren los jóvenes al dificultar que estos aprendan lo relativo al VIH/sida y la salud reproductiva. Además, muchos jóvenes son socialmente inexpertos, inmaduros y dependen de otros. La presión que ejercen sus iguales influye fácilmente en ellos en modos que pueden aumentar el riesgo ⁽²²⁾, además la mayoría no conoce la magnitud de los riesgos, ni las formas de protegerse, ese fenómeno resulta tanto más alarmante por cuanto es precisamente en la adolescencia cuando la mayoría de las personas comienzan su actividad sexual, señalan los autores del informe del Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), UNICEF y la Organización Mundial de la Salud (OMS) ⁽²³⁾.

Según el sondeo desarrollado en sesenta países de distintos continentes, un 50% de las personas entre 15 y 24 años tienen ideas equivocadas sobre las vías de transmisión del virus. En algunos países donde el riesgo de contraer el virus es más elevado, la proporción de jóvenes capaces de protegerse del virus no supera el 20%, por lo que la mitad de todas las nuevas infecciones que se registran son de personas de ese grupo de edad. "Cada día, 6 000 jóvenes contraen el virus del sida y sin embargo, esas infecciones podrían evitarse. Según Piot, "la prevención es interesante desde un punto de vista económico y es posible: sólo cuestan ocho dólares proteger a un joven que no va a la escuela, y en todos los países donde se ha reducido el índice de transmisión, los resultados más espectaculares se han obtenido entre los jóvenes" ⁽²³⁾.

Investigaciones realizadas demuestran que un 33% de los países de nuestra América, con una gran diversidad sociocultural y política, no realizan divulgación del uso del preservativo ⁽¹⁹⁾.

La OMS considera a los jóvenes un grupo diana en contacto al riesgo de infección por el virus del VIH y una población prioritaria en las intervenciones preventivas a desarrollar. Las razones de esta priorización son diversas: ⁽²⁴⁾

- ✚ El largo período de incubación de la enfermedad hace que la tasa anual de incidencia de casos de sida en el intervalo de 13-19 años, tenga sólo un valor relativo como indicador de seroprevalencia y de posibles prácticas de riesgo, más significativa podría ser el hecho de que el intervalo de 20-24 años representa más del 10% de todos los casos de sida. Ello indicaría dado el período de incubación (que puede estimarse, de media, entre 8 y 10 años) que buena parte de dicha población se infectó precisamente en el intervalo de la edad anterior.
- ✚ La presencia más frecuente en la población de 13-24 años de enfermedades de transmisión sexual que facilitan la transmisión del VIH.
- ✚ La incorporación cada vez más precoz de los adolescentes a la vida sexual.

- ✚ El hecho de que en estas edades empiezan a consolidarse actitudes, creencias y hábitos que van a incidir en la adopción (o no) de prácticas más seguras durante su posterior vida sexual activa.

Mayormente los esfuerzos de comunicación para la prevención de las ITS a escala mundial se han estructurado sobre el modelo clínico de atención y de carácter masivo; por lo que los mensajes han tenido un efecto muy limitado, al no tener en cuenta las necesidades de la audiencia lo que ha traído que muchas personas infieran que el riesgo de contraer una infección esta muy alejado de su conducta sexual, creando una confianza falsa en su comportamiento, dado muchas veces porque los mensajes han estigmatizado a ciertos grupos y otras tantas porque la base de estos mensajes ha sido el temor, criterio en el que coincide la autora de esta investigación.

La información es una condición necesaria pero no suficiente para que las personas asuman comportamientos saludables; en ese sentido se deben tener en cuenta otras dimensiones que van desde lo comportamental hasta lo personalógico, por lo que también hay que centrar la atención en las motivaciones individuales y en los estilos de afrontamiento, entre otros factores, para enfocar el fenómeno desde sus múltiples causas. Individuos y grupos, legos y especializados, deben percibir que la prevención de la enfermedad es posible, que es necesario y que es una responsabilidad para consigo mismo y con la sociedad.

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. Por lo que para intentar generar resultados significativos en la prevención del VIH no sólo se debe atender al comportamiento individual sino a los factores de vulnerabilidad que pueden estar condicionando o afectando dicho comportamiento.

Investigaciones socio-psicológicas ejecutadas en Cuba indican que las necesidades de la población no están solo en el área del conocimiento sino en la esfera de las actitudes y comportamientos, dado por la escasa percepción del riesgo, inadecuada disposición a cumplir con medidas preventivas como el uso del condón, ineficacia para exigir protección y estilos de enfrentamientos evasivos, entre otros ⁽²⁵⁾.

Las actitudes no son estados temporales, sino más bien duraderos a partir del momento en que se forman; siempre implican una relación entre las personas y los objetos actitudinales; esta relación no es neutral, en tanto implica propiedades afectivas-.motivacionales. La relación persona-objeto se mueve en la escala de lo positivo y lo negativo, por ello, la relación que una persona tiene con varios objetos diferentes de su entorno no es la misma, ni la relación que varias personas diferentes tienen con el mismo objeto es igual.

F. González, concibe las actitudes como los momentos más estables de expresión de las distintas tendencias motivacionales de la personalidad. De modo que entre motivo y actitud existe una muy considerable relación. En correspondencia, la actitud es considerada como la forma organizada y estable en la cual el motivo se estructura en la manifestación concreta de la personalidad hacia los objetos, las situaciones o las personas mediante su sistema integral de expresión, que incluye tanto sus comportamientos, como su sistema de valoraciones y expresión emocional ⁽²⁵⁾.

Las actitudes se derivan del aprendizaje y de la experiencia del individuo, por lo que constituyen un resultado de su actividad. Este resultado no se logra al margen del contexto social en el que el individuo se desarrolla, ni del sistema de valores predominante en los grupos a los cuales pertenece. Por esta razón, cada sociedad estimula y desarrolla determinados tipos de actitud en correspondencia con su estructura socio-económica. Puede afirmarse, que las actitudes no sólo sirven para facilitar la organización del mundo subjetivo, sino también como prueba de pertenencia a determinado grupo.

Si bien las actitudes se desarrollan en la actividad individual, una vez que se han formado, se convierten en premisas para la realización de actividades subsiguientes: si una persona en su relación con el objeto A, desarrolla hacia dicho objeto una actitud Z, esta actitud, en lo adelante, mediatizará los contactos del sujeto con el objeto en cuestión. Precisamente por esto, las actitudes tienen la propiedad de reflejarse en el comportamiento del individuo, de orientarlo, regularlo y guiarlo en determinado sentido.

La estructura de las actitudes tiene un carácter multidimensional, en tanto está integrada por tres componentes:

Componente cognitivo. Es el componente informativo de las actitudes. Son las ideas o informaciones que se tienen acerca del objeto actitudinal, es decir, lo que se conoce de dicho objeto. Este componente se puede identificar mediante las expresiones verbales indicativas de creencias que realiza el individuo. Las creencias constituyen conocimientos fundamentados o avalados por la realidad, por tanto, su grado de certeza es considerable. A estas creencias les son inherentes un grado de diferenciación, que implica su existencia en determinado número o cantidad; un grado de integración, que hace referencia a determinada organización, en tanto se integra en una estructura jerárquica. Por último, le son inherente una determinada generalidad o especificidad, en la medida en que pueden referirse a un solo objeto actitudinal o a toda una clase de objetos actitudinales ⁽²⁵⁾.

Componente afectivo. Este componente se refiere a los sentimientos y emociones que el objeto actitudinal provoca en el sujeto, o dicho de otra manera, es lo que se siente acerca del objeto actitudinal. En este sentido, el componente afectivo expresa el sentimiento de simpatía o antipatía, de aceptación o rechazo respecto al objeto actitudinal. Este es el aspecto central de toda actitud en tanto está muy unido a la evaluación que la persona hace del objeto actitudinal. El contenido de este componente se puede conocer mediante la medición de indicadores neurofisiológicos, y mediante las expresiones verbales indicativas de afecto. En dependencia de la intensidad y del volumen de las valoraciones, el componente afectivo puede tener distintos grados. Algunos autores consideran que la intensidad se expresa en un continuo que va de lo positivo a lo negativo, e independientemente de esto, la actitud puede expresarse como mínima, media o máxima ⁽²⁵⁾.

Componente conductual. Este componente está constituido por el comportamiento del sujeto respecto al objeto actitudinal. Es el sistema de acciones exteriormente observable, mediante las cuales se expresa la actitud. La constatación de este sistema de acciones permite evaluar la existencia de la actitud. El contenido de este componente se puede conocer mediante el análisis de la conducta, la actividad y las expresiones verbales indicativas de conducta ⁽²⁵⁾.

Las actitudes poseen una gran consistencia interna que se revela a partir de la relación entre sus tres componentes estructurales: para evaluar un objeto (componente afectivo), se necesita tener algún conocimiento de él (componente cognitivo) Quiere esto decir que llegamos a una evaluación positiva o negativa mediante las opiniones y creencias respecto al objeto. Como consecuencia, el comportamiento que se manifiesta es una expresión de lo que se conoce y se siente respecto al objeto actitudinal. De manera que el conocimiento y sentimiento acerca del objeto determinan las reacciones o conductas del sujeto a favor o en contra del objeto ⁽²⁵⁾.

Como sucede con toda regla, aquí también hay una excepción: el fenómeno conocido como «la paradoja de La Piére». Según esta paradoja, las relaciones entre el componente afectivo y el conductual no siempre son lineales, es decir, no siempre las actitudes y la conducta se corresponden entre sí, aspecto que ha sido comprobado por la autora de este trabajo en estudios realizados y en su experiencia profesional.

Lograr reducciones en la transmisión del VIH/sida requiere acciones de promoción de salud dirigidas al establecimiento de hábitos y conductas sexuales seguras o de menor riesgo, cuyo

impacto es a largo plazo; así como instrumentar acciones de prevención imprescindibles de cumplir por el personal de salud, todo lo cual deberá vincularse con la indeclinable vigilancia en salud pública.

Las acciones de prevención y control del sida en Cuba se remontan a octubre de 1983, cuando entra en vigor un Sistema de vigilancia epidemiológica en las unidades hospitalarias, estableciéndose el reporte de los casos de sarcoma de Kaposi, neumonías a repetición o cualquier otro proceso que pudiera hacer pensar en SIDA. Entre las primeras medidas que se toman está la suspensión de las importaciones de hemoderivados procedentes de países que habían notificado casos. En 1985 se estableció el primer programa de control, se organizó una red de diagnóstico y se establecieron los primeros algoritmos para la confirmación de un infectado; en mayo de 1986 se comenzó el pesquisaje de toda la sangre al mismo tiempo que se definió la necesidad de tener una respuesta nacional de producción de "Kits" diagnósticos y una tecnología propia de laboratorio con el fin de lograr la detección temprana de la infección.

En la práctica actual uno de los elementos fundamentales en el control y prevención se centra en la aplicación selectiva del examen de detección del VIH en determinados grupos como las embarazadas y también en el internamiento voluntario de los pacientes.

El componente de educación establecido en el programa de control de sida tiene como objetivo el que las personas practiquen lo que se ha llamado sexo protegido y sexo seguro, utilizando todos los medios, en especial la educación directa a las personas sanas y a los pacientes, con las posibilidades que brinda el sistema de salud cubano y en especial el modelo del médico y enfermera de la familia con énfasis en los grupos más afectados por la epidemia, a través de la participación comunitaria y el trabajo intersectorial. La escuela se convierte en el escenario fundamental donde se promueven estas conductas.

La prevención sigue siendo la principal herramienta de lucha contra el sida ⁽²⁶⁾. Su objetivo principal es el cambio o la modificación de conductas de los ciudadanos y en especial de las prácticas que conllevan mayor riesgo. Este objetivo sólo puede abordarse desde la información y la educación sanitaria, favoreciendo la elección individual ante las opciones de prevención, dentro del respeto a las diferentes creencias y posturas ante la vida.

Por otra parte, muchos de los programas preventivos (programas de educación sexual y de promoción de uso del preservativo) son valorados por la población e incluso por profesionales de la salud, más desde una perspectiva moral o ideológica, que desde una perspectiva sanitaria o científica, por tanto, se hace imprescindible mantener un nivel de información y de comunicación constante con la sociedad y con los individuos para lograr una percepción de su propio riesgo y de los mensajes de prevención que permita facilitar el cambio de conductas y de actitudes en la población ⁽²³⁾.

Ya en 1996 se inició en el nivel de Secundaria Básica el Proyecto "Educación formal para una conducta sexual responsable", con el apoyo del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA). Persigue como objetivo a largo alcance la formación progresiva de una conducta sexual responsable en las y los adolescentes escolares, que promueva la disminución de la deserción escolar por matrimonio, así como la tasa de embarazos y abortos inducidos. También abordó como prioridad la prevención educativa de las ITS, entre ellas el VIH/sida ⁽²⁷⁾.

En 1997 se firma la Resolución Conjunta 1/97 por los Ministerios de Educación y el de Salud Pública que entre otros elementos, propone una estrategia de prioridades en las que las acciones para la prevención de ITS/VIH/sida adquieren una significación especial ⁽²⁷⁾.

Actualmente y desde el año 1999, el Ministerio de Educación trabaja por la concreción del Programa Director de Promoción y Educación para la Salud en el Sistema Nacional de Educación, en el cual están definidos el propósito, los objetivos, los ejes temáticos y contenidos que deben trabajarse, así como los objetivos que debe vencer cada egresado en los diferentes

niveles de enseñanza. Uno de los ejes temáticos priorizado es el referente a la educación sexual, no obstante, existen dificultades en su materialización: provocado fundamentalmente por el tratamiento de forma aislada a estos elementos y por la ausencia de un sistema de acciones integradoras que provoquen la modificación de actitudes y comportamientos en este sentido ⁽²⁸⁾.

Uno de los objetivos fundamentales de la educación sexual es propiciar el desarrollo de los conocimientos, las habilidades, los valores y las actitudes que les permitan a los y las adolescentes y jóvenes ejercer una sexualidad plena y segura, sin riesgos de contraer una enfermedad sexualmente transmisible u otros trastornos. Corresponde a la educación sexual la formación y el desarrollo de una conducta sexual responsable en adolescentes y jóvenes, lo que garantizará la prevención de ITS/VIH/sida al propiciar que disminuyan las conductas de riesgo ⁽²⁹⁾.

La respuesta en Cuba a la pandemia del sida, es multisectorial y ha estado dirigida esencialmente a divulgar, qué lo provoca, cómo se trasmite y cómo evitarlo, para lo cual los especialistas que se dedican a este tema han elaborado materiales audiovisuales y gráficos, que aunque no son suficientes, si han contribuido a la información de las poblaciones metas; la prevención de esta enfermedad debe ir más allá del uso del condón y aunque no solo se trasmite por la vía sexual, ésta es la forma de transmisión más frecuente.

Las y los adolescentes cubanos presentan conocimientos en relación con el sida, sus vías de transmisión y las medidas de prevención, que pueden considerarse positivas. Está extendida entre ellos y ellas la convicción de que la principal medida de prevención que deben adoptar es la utilización de preservativos. Sin embargo, la percepción de su propio riesgo es muy baja, reconocen que, ante una relación sexual imprevista, habitualmente, no se piensa en el riesgo de contraer una ITS o no se habla de ello con la pareja. Los esfuerzos realizados en este sentido, a partir de la implementación de diferentes programas de educación sexual y de las iniciativas emprendidas en los centros educacionales no han resuelto totalmente las dificultades existentes y aún persisten problemas en este sentido, tales como: deficiencias en la educación sexual de los y las adolescentes, bajas provocadas por embarazos en la adolescencia, una pobre cultura en la prevención de ITS/VIH/sida, baja percepción de riesgo en los y las adolescentes en relación al VIH/sida y las ITS e insuficiente preparación de los docentes ⁽³⁰⁾.

Deben aprender a protegerse y a proteger a su pareja para lo cual no es suficiente brindarle una adecuada información sobre estos contenidos, también es necesario que existan espacios educativos donde puedan plantear sus inquietudes, analizar sus errores, sus dudas, aspiraciones y sentimientos. Este aprendizaje será un elemento de referencia y análisis que le permita tomar decisiones, por eso, informar sobre sexualidad responsable no constituye un aporte educativo en sí mismo, sino que es necesario que los y las adolescentes reflexionen en grupos de la misma edad o con los mismos intereses en el tema para comprender aspectos importantes de su vida y su sexualidad, por lo que es muy necesario una correcta educación preventiva, que consiste en promover la salud y prevenir la enfermedad brindando el conocimiento, las actitudes y los medios para fomentar un comportamiento duradero que reduzca el riesgo, mejore la atención y disminuya el impacto de la enfermedad ⁽³⁰⁾.

Estas y otras dificultades se mantienen actualmente a nivel nacional. En la provincia de Matanzas también están reflejados en las actitudes y relaciones de los adolescentes y jóvenes, elementos que imponen continuar trabajando por elevar la educación en la prevención de ITS/VIH/sida para propiciar los cambios de actitudes que permitan adoptar estilos de vida cada vez más responsables en este sentido.

Variadas pueden ser las causas por lo que las personas no asumen el cambio, las prácticas sexuales riesgosas son de hecho las responsables del aumento del VIH/sida, pero a eso se le une la responsabilidad individual y el accionar de los programas educativos bien diseñados.

Los estudiantes que ingresan a la Facultad de Ciencias Médicas forman parte de ese grupo de adolescentes y jóvenes, ingresan al centro por diferentes vías, provenientes de diversos municipios, de distintos centros de enseñanzas Institutos Preuniversitarios en el Campo (IPUEC), Institutos Preuniversitario de Ciencias Exactas (IPVC), de los Cursos de Superación Integral para Jóvenes (CSIJ), por oposición en concursos, por la vía de las Fuerzas Armadas Revolucionarias (FAR), el Ministerio del Interior (MININT), de la Escuela Latinoamericana de Estudiantes (ELAM), por convenio con otros países, trabajadores y desvinculados con diferente influencias del medio producto del desarrollo socio cultural del lugar de procedencia.

Durante la carrera reciben información sobre sexualidad, las ITS y el VIH/sida en las áreas básicas en segundo año en Psicología Médica I, en las áreas clínicas en cuarto año en Ginecoobstetricia, y en quinto en Urología, Dermatología y en Salud Pública, aunque también esta indicado el tratamiento de esta temática en cada una de las asignaturas durante toda la carrera.

En la Facultad se imparten también como parte de un Proyecto de Formación de Promotores cursos electivos a partir de segundo año sobre las ITS y el VIH/sida.

Teniendo en cuenta que han comenzado a estudiar la carrera de Medicina que tiene un amplio perfil de promoción de salud y prevención de enfermedades, que desde sus prácticas docentes y una vez graduados por sus conocimientos técnicos y su actuar se convertirán en líderes comunitarios que podrán aportar las herramientas necesarias a la población para que tomen responsabilidad en su salud, que en investigaciones realizadas con jóvenes de la provincia se ha visto que hay baja percepción de riesgo, que no hay suficiente conocimiento, que es necesario hacer un diagnóstico de la situación existente en la facultad y proponer una intervención educativa para que puedan ejercer mas influencia sobre la población estudiantil y general, que los estudiantes que comienzan en el primer año, durante los primeros meses aún no han recibido la influencia teórica de las diferentes asignaturas, que en la institución existen cuatro casos diagnosticados de SIDA y que en la provincia, el sector salud le está aportando cada vez mas casos a la epidemia, es que se decide hacer este estudio que podrá dar respuesta a la siguiente interrogante.

¿Cuáles son las actitudes ante el VIH/sida de los estudiantes que ingresan en la carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Juan Guiteras Gener" de Matanzas?

OBJETIVOS

1. Caracterizar los estudiantes que ingresaron a la carrera de Medicina en la Facultad de Ciencias Médicas de Matanzas según variables sociodemográficas en el curso 2006-2007.
2. Describir el componente cognitivo de las actitudes que sobre la prevención del VIH/sida tienen los estudiantes que ingresaron a la carrera de Medicina en la Facultad de Ciencias Médicas de Matanzas en el curso 2006-2007
3. Describir el componente conductual de las actitudes en relación a la infección por el VIH/sida que tienen los estudiantes que ingresaron a la carrera de Medicina en la Facultad de Ciencias Médicas de Matanzas en el curso 2006-2007.

METODOLOGÍA

Se realizó una investigación con un diseño de estudio observacional descriptivo de corte transversal en la Facultad de Ciencias Médicas Dr. Juan Guiteras Gener de Matanzas durante el primer trimestre del curso escolar 2006-2007.

El universo estuvo integrado por la totalidad de los estudiantes del referido centro de estudios que ingresaron a la carrera de medicina en el curso escolar 2006-2007, pudiéndose encuestar por no estar presentes en el momento de aplicación del cuestionario a 298 de los 361 que constituían la matrícula inicial, lo que representa el 82,5%.

Operacionalización de variables

Para dar salida al objetivo I se consideraron las siguientes variables sociodemográficas:

Variable	Tipo	Escala	Definición Operacional
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	- Masculino - Femenino	Sexo biológico de pertenencia
Edad	Cualitativa nominal politómica	- Adolescente - Jóvenes - Adulto joven	Según años cumplidos al momento de responder el cuestionario. Se consideró adolescente a los comprendidos entre 17 y 18, jóvenes entre 19 y 22 años y adulto joven entre 23 y 30 años.
Estado Civil	Cualitativa nominal politómica	- Casado(a) - Soltero (a) -Acompañado (a)	Relación marital que tienen las personas refrendadas o no por la ley.
Vía de ingreso a la carrera de medicina	Cualitativa nominal politómica	-IPUEC -IPVC -Otros	Se consideró IPUEC, a los de los Institutos Preuniversitarios en el campo, IPVC a los de los Institutos Preuniversitarios Vocacionales de Ciencias Exactas y dentro de Otros los procedente de CSIJ, FAR, MININT, ELAM, Desvinculados, Trabajadores, Concursos, Convenio.

Color de piel	Cualitativa nominal politémica	- Blanca - Negra - Mestiza	Según la percepción del encuestado del color de la piel
---------------	-----------------------------------	----------------------------------	---

Para dar salida al objetivo II se utilizaron las siguientes variables que miden el componente cognitivo.

Variable	Tipo	Escala	Definición operacional
Identificación de infecciones de transmisión sexual.	Cualitativa nominal politémica	-Reconocidas correctamente todas las ITS* -Reconocidas correctamente alguna de las ITS -Reconocidas incorrectamente la Lepra y la Tuberculosis como ITS	Se consideró reconocidas correctamente todas las ITS cuando se identificaron la Sífilis, Gonorrea, SIDA, Moniliasis, Trichomoniasis, Condiloma y Hepatitis B. Se consideró reconocidas correctamente algunas de las ITS cuando se identificó solo algunas de ellas. Se consideró reconocidas incorrectamente la Lepra y la Tuberculosis cuando fueron identificadas como ITS.

Variable	Tipo	Escala	Definición operacional
Gravedad de la enfermedad	Cualitativa, nominal dicotómica	- Otros criterios - Muy grave*	Se refiere al conocimiento del encuestado en cuanto a la severidad de la enfermedad. Se agruparon en otros criterios las categorías de grave y como cualquier otra y muy grave cuando se identificaba esa categoría como tal.
Significado de seropositividad al VIH	Cualitativa nominal politómica	- La persona está infectada por el virus y no lo transmite. - La persona está infectada por el virus y lo transmite.* - La persona está enferma de SIDA. - No sabe	Según conocimiento del entrevistado del significado de seropositividad al VIH.
Identificación de vías de transmisión.	Cualitativa nominal politómica	-Sexual, sanguínea y de madre a hijo* -Identificaron al menos una de ellas -No identificaron ninguna correcta	Se consideró vía sexual, sanguínea y de madre a hijo cuando identificaron uso de jeringuillas no estériles, cuchillas y máquinas de afeitar, relaciones sexuales sin condón, de madre a hijo, y lactancia materna. La categoría al

			<p>menos una de ellas se tuvo en cuenta para los que identificaran correctamente alguna vía de las anteriormente descritas.</p> <p>La categoría no identificaron ninguna correcta incluyó a los que contestaron incorrectamente.</p>
Reducción del riesgo de contraer el VIH	Cualitativa nominal politómica	<ul style="list-style-type: none"> -Usando siempre el condón en cualquier tipo de relación sexual -Manteniendo relaciones sexuales con un solo compañero(a) no infectado -Manteniendo relaciones sexuales con un solo compañero(a) fiel -Abstinencia sexual -Evitando el sexo anal - Evitando el uso de jeringuillas utilizadas por otra persona -Todos las anteriores* 	<p>Según la capacidad del encuestado de identificar elementos protectores de contraer la enfermedad</p>

		- Ninguno de los anteriores	
Conocimiento del momento de ponerse el condón.	Cualitativa nominal politómica	- Antes de la eyaculación - Antes de la penetración* - Antes de la excitación - No sé	Según refiera el encuestado
Consideración de comportamiento sexual responsable	Cualitativa nominal politómica	-Abstinencia sexual* -Tener relaciones sexuales con sólo una pareja estable y fiel sin necesidad de usar el condón -Tener relaciones sexuales con sólo una pareja estable y fiel además de usar el condón* -Tener relaciones con varias parejas pero usando siempre el condón -Tener relaciones sexuales con parejas "sanas" sin usar condón	Según percepción del encuestado sobre conductas sexuales responsables
Tiempo de espera para realización de prueba de VIH	Cuantitativa discreta	- Una semana -De 2 a 4 semanas -De 5 a 8 semanas -De 9 a 12 semanas* -De 13 a 24 semanas -Más de 24 semanas	Según el conocimiento que tenga el encuestado sobre el período de seroconversión de la enfermedad

Vías de obtención de la información sobre VIH-SIDA.	Cualitativa nominal. politémica	<ul style="list-style-type: none"> - Televisión - Radio - Afiches - Folletos - Familiares - Médicos - Enfermera - Compañías de prevención -Carritos por la vida -Línea Ayuda -Amigos -Escuela -Trabajo en la comunidad 	Según el lugar donde haya obtenido la información.
---	---------------------------------	---	--

* Se consideraron las respuestas correctas de cada pregunta

Para dar salida al objetivo III se utilizaron las siguientes variables que miden el componente conductual.

Variable	Tipo	Escala	Definición operacional
Antecedente de relaciones sexuales	Cualitativa nominal dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No 	Según la historia anterior del encuestado de haber tenido relaciones sexuales al momento del estudio
Edad de comienzo de las relaciones sexuales	Cuantitativa continua	<ul style="list-style-type: none"> - De 12 a 13 - De 14 a 17 - De 18 a 20 	Según edad en años cumplidos en el momento de su primera relación sexual.
Utilización del condón en la primera relación sexual	Cualitativa nominal dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No 	Según utilización del condón en la primera vez que el encuestado tuvo

			relación sexual.
Tipo de preferencia sexual	Cualitativa nominal politémica	-Solo con hombres - Solo con mujeres - Con hombres y ocasionalmente con mujeres -Con mujeres y ocasionalmente con hombres - Ninguna	Según inclinación del encuestado a mantener relaciones sexuales con personas del mismo sexo, del sexo opuesto o de ambos sexos
Número de parejas sexuales en los últimos 12 meses	Cuantitativa discreta	Una o dos parejas Tres o más parejas	Según declaración del encuestado
Relaciones sexuales con pareja estable en los últimos 12 meses	Cualitativa dicotómico	-Uno o dos parejas -Tres o mas parejas	Según percepción en el individuo acerca de la estabilidad en el tiempo de su pareja sexual.
Uso de condón con pareja estable	Cualitativa nominal dicotómica	- Siempre - No Siempre	Según autodeclaración del encuestado considerando no siempre los que respondían eventualmente, con frecuencia o nunca y siempre los que marcaban la propia opción.
Relaciones sexuales con parejas ocasionales en los últimos 12 meses	Cualitativa nominal dicotómica	- Si - No	Según declaración del encuestado de haber tenido relaciones sexuales con otra persona diferente a su pareja sexual estable en los

			últimos 12 meses.
Uso del condón con parejas sexuales ocasionales	Cualitativa nominal politómica	- Siempre - No Siempre	Según autodeclaración del encuestado acerca del uso permanente o no del condón
Sugerencia del uso del condón	Cualitativa nominal politómica	- Usted - Su pareja - Decisión mutua - No recuerda	Según declaración del encuestado
Razones por las cuales no usa el condón	Cualitativa nominal politómica	-No está disponible - Es muy caro -La pareja no quiere -No le gusta usarlo -Usa anticonceptivo - Piensa que no es necesario -Le da pena comprarlo - No sabe	Según declaración del encuestado de las razones que influyeron en la no utilización del condón.
Solicitud de prueba voluntaria de VIH	Cualitativa nominal dicotómica	- Si - No	Según hayan solicitado la realización de la prueba del VIH/SIDA
Cambio hacia conducta sexual responsable	Cualitativa nominal dicotómica	-Si -No	Según la percepción que tengan los encuestados de haber tenido cambios en su conducta sexual.
Tipo de influencia de las diferentes actividades sobre el VIH-SIDA que se exponen en los medios	Cualitativa nominal politómica	-Lo que piense sobre su vida sexual -Su conducta sexual -Su forma de relacionarse con el otro sexo	Según percepción de los encuestados acerca de en qué influyeron las diferentes actividades que se

		-Adopción de un comportamiento sexual seguro. -Solidaridad con personas que tiene el VIH -Ninguna -No sabe	exponen en los medios de difusión.
--	--	---	------------------------------------

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Técnicas de recolección de Información.

Después de realizar una revisión bibliográfica sobre el VIH/SIDA, se recogieron los datos mediante un cuestionario confeccionado para ser aplicado a jóvenes de 15 a 35 años diseñado para la Evaluación Independiente del Proyecto de Fortalecimiento de la respuesta nacional multisectorial para la prevención y atención del VIH/sida (con la inclusión de algunos aspectos necesarios en esta investigación), el cuál fue previamente validado a través de un pilotaje en el municipio La Habana Vieja a través de una validación de contenido y con un grupo de estudiantes de la Facultad, que permitió un reajuste, tanto en contenido como en la forma más adecuada de aplicación del mismo.

El cuestionario diseñado constó de 31 preguntas divididas en tres secciones. La sección A referente a las variables sociodemográficas, la sección B que recoge información sobre las variables que miden el componente conductual y la sección C que consta de preguntas que mide cuestiones cognitivas, conductuales y afectivas. (Anexo 3)

El cuestionario se aplicó al inicio del curso escolar, durante los meses de septiembre y octubre del 2006, para ello se utilizó el horario de la mañana.

Técnicas de procesamiento

La información obtenida fue llevada a una base de datos confeccionada en Excel 2003 para Windows y procesada mediante el programa estadístico SPSS versión 13.

Técnicas de análisis

Se realizó un análisis estadístico descriptivo utilizando medidas de resumen para variables cualitativas (porcentajes, razones), así como para variables cuantitativas (promedio).

Los resultados obtenidos fueron llevados a cuadros y gráficos estadísticos.

Consideraciones éticas.

Se solicitó el consentimiento de la Dirección de la Facultad y de los estudiantes que fueron objeto de investigación. (Anexo 4 y 5)

Los cuestionarios fueron totalmente anónimos para mantener sus identidades en total protección y se crearon condiciones para su realización consistentes en que en cada uno de los grupos, en sus aulas de estudio, en presencia de un profesor que no era de su curso y de la

investigadora para garantizar el anonimato, la disciplina e individualidad de las respuestas, se les explicó a los alumnos los objetivos de la investigación y la importancia de su participación para la implementación de estrategias beneficiosas para toda la población estudiantil de la Facultad en esta problemática. Después de realizado, el cuestionario quedó bajo la custodia de la investigadora con todas las medidas de seguridad y el manejo de los datos se realizó con todo el rigor necesario.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En la Facultad de Ciencias Médicas de Matanzas durante el curso escolar 2006-2007, se encontraban matriculados en el primer año de la carrera de Medicina, un total de 361 estudiantes. La encuesta pudo ser aplicada solamente a 298 estudiantes, lo que representó el 82.5 %. Los restantes 63 (17.5 %) no se encontraban en el centro escolar en el momento de aplicación del instrumento.

CARACTERIZACIÓN DE LOS ESTUDIANTES SEGÚN VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

En los estudiantes encuestados fue más frecuente el grupo de adolescentes con 216 (72.5 %), le siguió en orden de frecuencia el grupo de joven con 73 (24.5 %) y los adultos jóvenes estuvieron representados por la frecuencia más baja 9 (3,0 %). El sexo femenino fue mayoritario, existiendo una razón de aproximadamente 3 mujeres por cada hombre (3:1). En los estudiantes del sexo masculino la distribución por grupos fue similar al general, sin embargo en el sexo femenino, la mayor frecuencia correspondió al grupo de adolescentes con 193 (87.3 %) seguido en orden de frecuencia por el grupo joven y el adulto joven. (Tabla 1)

En la tabla 2 se muestra la distribución de estudiantes según vías de ingreso a la carrera de Medicina. Los estudiantes de los Institutos Preuniversitarios en el Campo (IPUEC) fueron los que en mayor cuantía ingresaron a la carrera (175 estudiantes, 58.7 %). La categoría de otros estuvo representada por 76 estudiantes (25.5 %) y los del Instituto Preuniversitario Vocacional de Ciencias Exactas (IPVC) fueron los menos frecuentes (47 estudiantes, 15.8 %).

Con relación al estado conyugal el más frecuente fue soltero (222 estudiantes, 74.6 %) y las categorías casado y acompañado, tuvieron una representación menor dentro de los encuestados. (Tabla 3).

El color de piel blanca fue el de mayor frecuencia (190 estudiantes, 63.8 %), la mestiza y negra estuvieron representados por el 25.1 % y 11.1 % respectivamente. (Tabla 4)

COMPONENTE COGNITIVO DE LAS ACTITUDES SOBRE LA PREVENCIÓN DEL VIH/sida.

La mayoría de los estudiantes encuestados identificaron correctamente algunas Infecciones de Transmisión Sexual, (221 estudiantes, 74.2 %). Solamente el 13.4 % identificó la totalidad de las ITS de forma adecuada y el 12.4 % de los estudiantes reconoció incorrectamente como ITS a la tuberculosis y la lepra. Lo anteriormente descrito denota que existe desconocimiento por parte de los estudiantes sobre las diferentes ITS (Tabla5), (Gráfico 1).

Relacionado con la gravedad del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) 219 estudiantes señalaron que es muy grave lo que representó el 73.5 %. (Tabla 6).

La distribución de estudiantes según criterio de significado de persona seropositiva se muestra en la tabla 7. No se obtuvo respuesta de 7 estudiantes (2.3 %), el 49.1% (143 estudiantes) consideró que la persona está infectada por el virus y lo transmite, 74 (25.5%) que la persona está enferma de SIDA, el 21.6 % refirió que la persona está infectada por el virus y no lo transmite y el 3.8 % no sabe.

Con respecto a la identificación de las vías de transmisión la mayoría de los estudiantes identificaron al menos una de ellas (198 estudiantes, 66,4 %). Solamente el 10,4 % identificó correctamente a la sexual, sanguínea y de madre a hijo y el 0,7% no identificó ninguna correcta (Tabla 8) (Gráfico 2).

La respuesta del criterio de reducción del riesgo de contraer SIDA más frecuente fue usando siempre el condón en cualquier tipo de relación (281 estudiantes, 94.2 %). Le siguieron en orden

de frecuencia, manteniendo relaciones sexuales con un solo compañero (a) fiel, y manteniendo relaciones sexuales con un solo compañero (a) no infectado y evitando el uso de jeringuillas utilizadas por otra persona representados por el 73.1 %, 67,7 % y 48,9 % respectivamente. En menor frecuencia fueron identificadas la abstinencia sexual y evitando el coito anal, llamó la atención que solamente 40 encuestados (13.4%) fueron capaces de identificar correctamente todos los posibles criterios de reducción del riesgo de contraer SIDA y un 4,3 % respondió de forma completamente errónea (Tabla 9) (Gráfico 3).

Con respecto al conocimiento del momento de ponerse el condón, 250 estudiantes (84.5 %), consideraron que es antes de la penetración, con muy escasa frecuencia contestaron antes de la eyaculación y antes de la excitación. El 3.4 % no sabe y 2 estudiantes (0.7 %) no respondieron. (Tabla 10) (Gráfico 4).

En la tabla 11 se muestra la consideración del significado del comportamiento sexual responsable, la mayoría de los estudiantes 241 (80,9 %) opinaron que era cuando se tienen relaciones sexuales con sólo una pareja estable y fiel además de usar el condón.

Relacionado con el tiempo de espera para realizarse la prueba del VIH/sida (tabla 12), 75 estudiantes (33,2 %) respondieron que debía esperarse entre 9 y 12 semanas seguido de una semana y entre 13 a 24 semanas representados por un 24,8 % y 19,5 % respectivamente. No respondieron la pregunta 72 estudiantes (24,8 %) (Tabla12).

Las vías de información sobre VIH/SIDA más frecuentes fueron la televisión, (280 estudiantes, 94.0 %), la escuela (240 estudiantes, 80,5 %) y los familiares (209 estudiantes, 70.1 %). Continuaron en orden de frecuencia los afiches, la prensa, los médicos, los folletos, la radio, los amigos, las campañas de prevención, la enfermera y el trabajo en la comunidad. En menor cuantía se señalaron el carrito por la vida y línea ayuda. (Tabla 13) (Gráfico 5).

COMPONENTE CONDUCTUAL RESPECTO A LA INFECCIÓN POR EL VIH/sida

El 80.3 % de los encuestados manifestó haber tenido relaciones sexuales. El sexo masculino fue el de mayor frecuencia (73 estudiantes, 97.3 %). En el caso del sexo femenino el 74.5 % declaró haber tenido relación sexual. No respondieron la pregunta 3 estudiantes (Tabla 14) (Gráfico 6).

El haber iniciado las relaciones sexuales predominó en los estudiantes de piel blanca (167 estudiantes, 89.3 %), seguidos de la mestiza y la negra, representados por el 68.0 % y 57.6 % respectivamente. (Tabla 15).

De un total de 298 estudiantes, 184 respondieron a la pregunta sobre la edad de comienzo de las relaciones sexuales. El 88.6 % comenzó sus relaciones sexuales entre los 14 y 17 años. Dentro de cada sexo también fue más frecuente el comienzo de las relaciones sexuales a dicha edad, sin embargo dentro del sexo masculino el 20.5 % comenzó sus relaciones sexuales entre los 12 y 13 años de edad. El promedio de edad fue de 15 años para el sexo masculino y 16 para el sexo femenino, (Tabla 16) (Gráfico 7).

La distribución de estudiantes según uso de condón en la primera relación sexual se muestra en la tabla 17. De un total de 298, respondieron la pregunta 225, de los cuales más de la mitad de los estudiantes 130 (57.8 %) no usaron condón en la primera relación sexual (Gráfico 8).

Relacionado con la preferencia sexual respondieron esta pregunta 182 estudiantes. El 100 % de las mujeres (139 estudiantes) manifestaron tener relaciones sexuales sólo con hombres, sin embargo el 83.7 % de los estudiantes del sexo masculino manifestó tener relaciones de pareja sólo con mujeres y un 16.3 % declaró tenerlas solo con hombres. (Tabla 18).

El número de parejas sexuales fue otro aspecto indagado en los encuestados, la pregunta fue respondida por 180 estudiantes, el 77.2 % de ellos refirió haber tenido una o dos parejas

sexuales en los últimos 12 meses (Tabla 19) (Gráfico 9).

De un total de 228 estudiantes que respondieron a la pregunta sobre la tenencia de pareja estable en los últimos 12 meses, el 73.7 % respondió afirmativamente. (Tabla 20).

El 71.3 % de los estudiantes plantearon que no siempre utilizaron el condón con pareja estable en los últimos doce meses y dejaron de responder esa pregunta 82 encuestados (Tabla 21) (Gráfico 10).

Se pudo constatar que la mayoría de los estudiantes no tuvieron relaciones sexuales ocasionales en los últimos doce meses (195, 82.6 %). Comportamiento similar se observó dentro de cada grupo de edad, pero dentro del grupo de edad joven se identificó un 27 % que si tuvo relaciones sexuales ocasionales. Esta pregunta no fue respondida por 62 (20.8 %) estudiantes (Tabla 22).

En relación al uso del condón con parejas ocasionales en los últimos 12 meses, el 58,8 % siempre lo utiliza, dejando de responder la pregunta 128 estudiantes (Tabla 23) (Gráfico 11).

La tabla 24 muestra la distribución de estudiantes según quién sugirió el uso del condón. La decisión mutua fue señalada por 112 estudiantes lo que representó el 54.4 %, otros 58 (28.2 %) lo sugieren ellos y en menor frecuencia lo sugiere la pareja. Este pregunta no fue respondida por 92 (30.9 %) estudiantes.

Las razones más frecuentes por las cuales no se utiliza el condón fueron: usa anticonceptivo (46 estudiantes, 25,8 %), no está disponible (44 estudiantes, 24,4 %), no le gusta usarlo (40 estudiantes, 22,5 %). Continuaron en orden de frecuencia, la pareja no quiere, le da pena, es muy caro, no sabe y piensa que no es necesario (Tabla 25) (Gráfico 12).

En relación con la solicitud de realización de la prueba de VIH/sida, 196 estudiantes (73.4 %) no habían solicitado nunca la realización de la misma predominando el sexo femenino (76,6 %). En el sexo masculino la solicitaron el 37.5 %. El porcentaje de no respuesta a esta pregunta fue de 10.4. (Tabla 26).

El cambio hacia una conducta sexual responsable fue manifestado por el 77.5 % de los estudiantes. En el sexo masculino lo consideran el 85.7 % y en el femenino el 74.7 %. Dentro de la categoría joven el 82.2 % manifestó su criterio personal de cambio hacia una conducta sexual responsable, le siguió en orden de frecuencia el grupo de adolescentes con un 76.4 % y por último el adulto joven con el 66.7 %. (Tablas 27 y 28) (Gráfico 13).

En relación al criterio de en qué ha influido la información recibida sobre el SIDA, 190 estudiantes (63,8 %), manifestaron que sobre su conducta sexual, 141 (47,3%) en lo que piensan sobre su vida sexual, 139 (46,6 %) en la solidaridad con personas que tienen el VIH, siguiendo en frecuencia la adopción de un comportamiento sexual seguro, su forma de relacionarse con el otro sexo, no sabe y ninguna de las anteriores (Tabla 29) (Gráfico 14).

DISCUSIÓN

En la investigación se pudieron encuestar a 298 estudiantes, las edades estuvieron representadas entre 17 y 26 años. El predominio del sexo femenino sobre el masculino es un hecho que se repite históricamente en el ingreso a la carrera de Medicina, no encontramos evidencia que explique ese comportamiento, quizás pudiera estar relacionado con diferencias en cuanto a la orientación vocacional entre los sexos y a características psicológicas relacionadas con los géneros. El predominio de la categoría de adolescente entre las féminas está relacionado con el ingreso de ellas directamente después de terminar sus estudios preuniversitarios, no así los varones que en su gran mayoría deben pasar el Servicio Militar Activo, además de las diferentes vías de ingreso en las que predominan los hombres.

La vía de ingreso más frecuente fue la de los Institutos Preuniversitarios en el Campo (IPUEC), lo que difiere de lo que habitualmente sucede en esta Facultad, siendo significativo que el menor por ciento proceda del Instituto Preuniversitario Vocacional de Ciencias Exactas (IPVC), esto pudiera ser debido al proceso de planificación de la formación de los recursos humanos sobre la base de las necesidades de cada municipio y además a la presencia en nuestra provincia de un gran polo de un sector emergente de la economía que es el turismo con determinados beneficios económicos que hacen que los jóvenes opten por carreras cuyo perfil ocupacional se relacione con el mismo.

El mayor por ciento de los alumnos están incluidos en la categoría de solteros en correspondencia con la edad predominante aunque es interesante ver que uno de cada 5 están en la categoría de casados y acompañados y al igual que en el resto de la población matancera el color de piel blanca es la de mayor cuantía ⁽³¹⁾.

El tamaño y características del universo son similares a estudios nacionales como el de Conocimientos, Prácticas y Actitudes en salud sexual y reproductiva de adolescente en iglesias evangélicas seleccionadas ⁽³²⁾ y el de Efectividad de las técnicas participativas en los conocimientos de adolescentes sobre enfermedades de transmisión sexual ⁽³³⁾ e internacionales como el de Conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo de estudiantes preuniversitarios en la ciudad del Cusco ⁽³⁴⁾ y el de Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infección por VIH en jóvenes en Colombia ⁽³⁵⁾.

El conocimiento no garantiza una conducta adecuada, pero es esencial para que la persona haga consciente las razones para adoptar o modificar una determinada conducta.

El conocimiento brinda un significado a las actitudes, creencias y prácticas. El tipo de conocimiento adecuado en sexualidad y SIDA es el que estimula el auto análisis y es el elemento motor para la adopción de medidas preventivas en general por lo que el conocimiento de cuales son las ITS, sus vías de transmisión la gravedad de las mismas, etc., son elementos importantes para su prevención.

En este estudio solamente el 13.4 % identificó correctamente la totalidad de las ITS lo que demuestra falta de información al respecto encontrándose por debajo de otros estudios como el de Calderón Diana ⁽³²⁾ sobre Conocimientos, prácticas y actitudes en salud sexual y reproductiva en Iglesias Evangélicas de Cuba donde de 90 adolescentes encuestados, la identificación de la mayoría de las ITS estuvo por encima del 81,5 % , el de Efectividad de las técnicas participativas en los conocimientos de adolescentes sobre enfermedades de transmisión sexual, donde la mayoría estuvo orientado sobre cuáles son las ITS (fundamentalmente la sífilis y el SIDA), ⁽³³⁾ el de Actitud de la familia ante las infecciones de transmisión sexual basado en la teoría de Nola PenderD ⁽³⁶⁾, y los resultados de la propia provincia en la Evaluación Independiente del Proyecto de Fortalecimiento de la respuesta nacional ampliada para la prevención y control de la Epidemia del VIH/sida ⁽³⁷⁾.

En relación al SIDA, el mayor por ciento lo identificó como una enfermedad muy grave y en el significado de seropositividad, solamente el 49 % de los encuestados responde afirmativamente a que la persona está infectada por el virus y lo transmite, lo que no concuerda con otras investigaciones como la de Vera LM ⁽³⁵⁾ donde el 82 % sabe que puede transmitirse cuando no hay síntomas.

Conocer la vía de transmisión de cualquier enfermedad infectocontagiosa es un elemento importante para lograr realizar acciones para su prevención, ya que actuando sobre ella es que se rompe ese eslabón de la cadena pudiéndose eliminar la transmisión y es realmente preocupante que en este estudio la mayoría de los encuestados hayan identificado al menos una y que solamente el 10,4 % hayan respondido las vías correctas que son la sexual, la sanguínea y la de madre a hijo, lo que demuestra las lagunas existentes en el conocimiento de los estudiantes, otros estudios han presentado resultados similares como el del Instituto Superior de Ciencias Médicas Carlos Juan Finlay de Camagüey donde del total de encuestados, sólo 64 (34.5%) plantearon que es por vía hematógena ⁽³⁸⁾ y difiere de otros realizados en Ciudad de La Habana, Paraguay y Colombia donde las formas de transmisión del SIDA fueron señaladas correctamente ^(37, 39, 40).

El conocimiento del momento de ponerse el condón en los encuestados de nuestra investigación fue el adecuado coincidiendo con los resultados de las investigaciones revisadas ^(37, 39).

En el criterio de reducción del riesgo de contraer SIDA solamente el 13,4 % identificó a todas en su conjunto como posibles formas, aunque, cuando se desglosa por criterio, el usar siempre el condón en cualquier tipo de relación sexual es la que ocupa el primer lugar (94,2 %) llegando en orden decreciente hasta la de evitar el sexo anal con un 17,1%, aspecto preocupante si no se realiza con la protección adecuada, por la fragilidad de la membrana que recubre el ano y la posibilidad de entrada del virus a la vía sanguínea debido al trauma propio de la relación sexual. Este resultado es similar al que han presentado varios estudios, como la Evaluación Independiente del Proyecto de Fortalecimiento de la respuesta nacional ampliada para la prevención y control de la Epidemia del VIH/sida en Cuba, ⁽³⁷⁾ Los adolescentes y sus conocimientos sobre el SIDA del Instituto Superior de Ciencias Médicas de Camagüey, el de La Prevención de la Transmisión Sexual del VIH en Jóvenes de las CCAA de Andalucía, Galicia y Madrid y el de Conocimientos y motivos asociados a comportamientos de riesgo y prevención relacionados con el SIDA de Piña J.A ^(37, 38, 41, 42).

En todo el mundo se considera que la educación está llamada a jugar un papel esencial en las enseñanzas sobre sexo y sexualidad, y en la prevención del VIH/sida, sin embargo, muy a menudo sigue sin cumplirse su vigoroso potencial para promover formas de comportamiento sexual seguro,

La mayoría de los estudiantes 241 (80,9 %) opinaron que existe comportamiento sexual responsable cuando se tienen relaciones sexuales con solo una pareja estable y fiel además de usar el condón, al igual que en la Evaluación Independiente del Proyecto de Fortalecimiento de la respuesta nacional ampliada para la prevención y control de la Epidemia del VIH/sida en Cuba donde en todos los grupos de edades existe percepción de la disminución de riesgo de contraer VIH/sida con el uso del condón en las relaciones sexuales en un rango que oscila entre 90,5 y 97.6% ⁽³⁷⁾.

A pesar de que algunos de los plegables confeccionados para llevar información sobre VIH, tocan el tema del período de seroconversión o de ventana, en el diagnóstico de esa infección; los resultados obtenidos de la investigación de Gómez, Miranda ⁽⁴³⁾ apuntan a que no es un tema que haya llegado suficientemente a los jóvenes, sobre todo por los medios de difusión masiva. Este es un acápice de importancia, sí se tiene en cuenta que muchos jóvenes ya consideran suficiente una prueba de VIH negativa, con independencia del momento de su realización, para considerarse fuera de peligro, estimulándolos a continuar con conductas de riesgo que contribuyen a la reinfección y a la transmisión del VIH con la consiguiente propagación de la

infección ⁽⁴⁴⁾, en este estudio, ante la pregunta del tiempo de espera para realizarse la prueba del VIH, 33,2 % respondieron de forma correcta que debía esperarse entre 9 y 12 semana o sea tres meses aunque se debe destacar que hubo un alto por ciento de estudiantes que no respondieron

Los medios de comunicación desempeñan un papel importante en el fomento de la sensibilidad y la difusión de conocimientos acerca del VIH, los adolescentes requieren fuentes confiables que garanticen su salud sexual y reproductiva así como el desarrollo de habilidades para el auto cuidado que responda a sus necesidades de manera eficiente y les ayude a desarrollar confianza en sí mismos, creemos que la familia, la escuela, los programas educativos, los medios de comunicación serios y comprometidos con los diferentes auditorios pueden constituirse en factores de protección para sus vidas.

Las vías de información sobre VIH/sida más frecuentes utilizadas fueron la televisión, la escuela y los familiares y en menor medida la del médico y enfermera de la familia, coincidiendo con algunas investigaciones, como la de Calderón de Muñoz, Diana, realizada en Cuba, la de Vera LM en Colombia, la de Abreu GM en Cuba y la de Navarro E. en Colombia donde la televisión y la familia se encuentran entre los primeros lugares ^(32, 40, 45, 46), siendo necesario señalar que la labor del sector salud es muy importante por lo que se debe intensificar sus acciones en este sentido.

La modificación del comportamiento sexual es uno de los grandes desafíos para poder prevenir las infecciones de transmisión sexual, lo cual solo puede lograrse con los programas de información, asesoramiento y comunicación bien diseñados, que provean a los jóvenes de conocimientos, capacidades y apoyo para prevenirlas.

Un hallazgo epidemiológico de importancia es la responsabilidad de las relaciones sexuales como las causantes de más del 75,0 % de las infecciones por VIH en el mundo, en nuestro país se le atribuye a más del 90 % de los casos diagnosticados; es por lo que al comenzar tempranamente estas relaciones existe una mayor probabilidad de contagio, no solo con el VIH sino con otros microorganismos causantes de las ITS.

De los alumnos participantes en el estudio el 80,3 % manifestó haber tenido relaciones sexuales siendo el sexo masculino y el color de la piel blanca los que predominaron comportándose de manera similar al resultado general de la Evaluación Independiente del Proyecto de Fortalecimiento de la respuesta nacional ampliada para la prevención y control de la Epidemia del VIH/sida en Cuba donde el 84,9 % declaró haber tenido relaciones sexuales y por debajo del resultado particular de la propia provincia donde el 100% de los participantes declararon haber tenido relaciones sexuales con predominio del sexo masculino.⁽³⁷⁾ y superior a otros estudios como los de Ruth Pérez V de Chile, donde el 24.5% de los hombres y 18.9% de las mujeres habían tenido relaciones sexuales ⁽⁴⁷⁾ y el de Contreras Zaravia donde Un 35,5% de los encuestados afirmó haber tenido relaciones sexuales ⁽³⁴⁾.

El comienzo de las relaciones sexuales en edades tempranas es una situación que si bien en generaciones pasadas pudiera haber tenido un comportamiento diferente, la situación actual en nuestro país, no difiere a lo que está ocurriendo hoy en otras partes del mundo, con el atenuante que las causas de relaciones sexuales tempranas no son tan deprimentes como ocurren en países subdesarrollados y hasta en países desarrollados donde el comercio del sexo empuja a adolescentes y niños a un inicio de relaciones sexuales a muy temprana edad.

En Cuba existe un comienzo temprano en la práctica de las relaciones sexuales, fundamentalmente entre edades de 14 y 15 años ^(48,49).

En un estudio sobre la percepción del riesgo de ITS/sida en 415 estudiantes entre los 13 y 15 años en la ciudad de Matanza en el año 2002 entre otros resultados encontraron que un 80% había iniciado su vida sexual antes de los 15 años ⁽⁵⁰⁾.

Es de destacar el comienzo a edades tempranas de las relaciones sexuales en el grupo de estudiantes investigados, fundamentalmente los del sexo masculino, lo que pudiera ser una conducta riesgosa ya que a esas edades el individuo no está preparado ni física ni psicológicamente para asumir una sexualidad plena, similares resultados se han obtenido en otras investigaciones como la de Conocimientos, Prácticas y Actitudes en salud sexual y reproductiva de adolescente en iglesias evangélicas seleccionadas⁽³²⁾ y la de Anticonceptivo en la consulta de planificación familiar⁽⁵¹⁾. El por ciento tan alto de no respuesta puede ser debido a temores de los encuestados de ser cuestionados por la edad de comienzo de las relaciones sexuales.

El condón, a pesar de contar con una larga historia de existencia, su uso ha estado vinculado tradicionalmente al control de la natalidad, o la planificación familiar. Incluso en el personal especializado de salud existe esa percepción, lo que se refleja en la referencias de estudios nacionales en que se encuentra que ese es el uso en que se asocia con mayor frecuencia^(52, 55). Similar situación aparece en la literatura internacional, que sin dejar de reconocer su efectividad como barrera física o mecánica, ante las infecciones de transmisión sexual, se maneja con mayor fuerza su utilización como anticonceptivo en las edades fértiles de la vida⁽⁵⁶⁾.

En la literatura revisada se han encontrado señalamientos importantes respecto de la efectividad del condón para prevenir el contagio del VIH, y a pesar de que en algunos trabajos se pone de manifiesto que la única forma totalmente efectiva para prevenir el contagio del VIH es la abstinencia sexual o las relaciones sexuales fieles, parece ser que, al menos hasta el momento, el condón usado correcta y consistentemente es el método más efectivo para prevenir dicha transmisión⁽⁵⁷⁾.

En sentido general se encontró un bajo uso de protección al momento de efectuar la primera relación sexual ya que más de la mitad de los que respondieron la pregunta (57,8 %) declararon no haber usado el condón, cifra que supera los resultados de la Evaluación Independiente del Proyecto de Fortalecimiento de la respuesta nacional ampliada para la prevención y control de la Epidemia del VIH/sida en Cuba donde se refleja que en la provincia de Matanzas solamente el 13,0 % ha utilizado ese medio de protección en el inicio de sus relaciones sexuales.

Si se comparan estudios similares efectuados en Brasil, ya en 1998 las relaciones sexuales protegidas, por vez primera alcanzaban la cifra de 47,8% y en un estudio realizado en el mismo lugar en el 2005 en estudiantes entre 17 y 19 años de edad ese indicador alcanzó la cifra del 65,8%⁽⁴⁹⁾ que es mayor a la alcanzada en esta investigación

Con una caída de muestra importante del 38,9 % en lo relacionado con la preferencia sexual en el sexo masculino el mayor por ciento (83,7) se declara heterosexual al igual que en el femenino pero resulta curioso que en el sexo femenino, nadie declare preferencias homosexuales y que tampoco existan bisexuales dentro de los hombres, esto puede ser debido junto al por ciento de no respuesta a temores de los jóvenes en declarar sus verdaderas preferencias sexuales por los tabúes que aún existen en este aspecto. Resultados similares se obtuvieron en la Evaluación Independiente del Proyecto de Fortalecimiento de la respuesta nacional ampliada para la prevención y control de la Epidemia del VIH/sida en Cuba⁽³⁷⁾ y en la de Conductas sexuales de riesgo para la Infección por VIH/SIDA en adolescentes colombianos⁽⁵⁷⁾.

El cambio constante de pareja es un factor de riesgo para la obtención de cualquier ITS, los resultados obtenidos aportan la información que de los 180 estudiantes que respondieron el 77,2 % ha tenido una o dos parejas sexuales en los últimos 12 meses, no se pudo catalogar a los jóvenes que participaron en el estudio de promiscuos, no se tienen antecedentes de estudios anteriores para afirmar que los patrones conductuales de la juventud actual han cambiado, así como los criterios de promiscuidad pueden percibirse de manera diferente en estos tiempos. Eso debe ser objeto de una mayor profundización y deja otras interrogantes planteadas. Los resultados concuerdan con otras investigaciones como la Evaluación Independiente, proyecto de la respuesta nacional multisectorial para prevención y atención de la epidemia del VIH/SIDA en

Cuba ⁽³⁷⁾. Conocimientos, actitudes y comportamiento sexual en un grupo de adolescentes chilenos ⁽⁴⁷⁾ y la de Conocimiento, actitud y uso del condón masculino en la población en riesgo de contraer VIH/SIDA ⁽⁴⁷⁾.

La estabilidad de la pareja con el uso del condón en sus relaciones sexuales es recomendada como unas de las conductas que minimizan el riesgo de adquirir una ITS, en esta investigación la mayoría declaró tener pareja estable, siendo preocupante que el 71,3 % no use siempre el condón. En cuanto a las relaciones sexuales con parejas ocasionales no es practicada por muchos de los encuestados con mejoría en cuanto a la conducta de protección ya que al menos la mitad declara que en esos casos siempre utiliza el condón, siendo la decisión mutua lo que más prevaleció ante la interrogante de quién sugirió su uso.

Estos resultados concuerdan con el de la Evaluación Independiente del Proyecto de Fortalecimiento de la respuesta nacional ampliada para la prevención y control de la Epidemia del VIH/sida en Cuba en el 2005 ⁽³⁷⁾, donde en la provincia el 94,6 % declaró haber tenido parejas sexuales estables y que solamente usó siempre el condón el 7,4 % y difiere en cuanto a la protección en la relación con parejas ocasionales ya que en dicha investigación solamente el 37,9 % siempre usó el condón al igual que en una investigación realizada en Sao Paulo, donde la mayoría de hombres y mujeres no usan o usan eventualmente el condón. Esto lo justifican con que es incómodo y disminuye la sensación ⁽⁵⁸⁾ y en Argentina y Chile donde también se descuida el uso del preservativo, como medio para evitar el contagio de las enfermedades de transmisión sexual ^(59, 60).

Como se pudo apreciar, no se utilizó el condón de modo sistemático en todas sus relaciones sexuales, poniendo de manifiesto la vulnerabilidad del grupo en cuanto al riesgo de infección con VIH. La mayoría de los expertos en salud de los adolescentes está de acuerdo en que los programas integrales de prevención del VIH, que promueven paralelamente el uso del preservativo y el retraso del inicio de la actividad sexual entre quienes son sexualmente activos, constituyen el modo más eficaz de abordar la prevención del VIH destinada a los jóvenes ⁽³⁹⁾.

Desde 1988 el Centro de Prevención y Control de Enfermedades, CDC, de Atlanta en los Estados Unidos de Norteamérica, ha resumido los estudios sobre la efectividad del uso del condón en la prevención de la infección por VIH y otras infecciones de transmisión sexual, sumados a los 437 estudios científicos que concluyen que el uso correcto y constante del condón protege en un 90 a 95% de la transmisión de la infección por VIH y otras ITS como: sífilis, gonorrea, herpes genital y hepatitis B, siendo las principales fallas derivadas del uso incorrecto o inconsistente por parte del usuario. Asimismo, se ha demostrado que el condón reduce diez mil veces la transferencia de fluidos, por lo cual disminuye significativamente el riesgo de la transmisión del VIH ⁽⁶¹⁾.

Son innumerables los argumentos que se exponen en las diferentes investigaciones sobre las causas por las que no se utiliza el condón, en este estudio prevaleció la razón de que usa preservativo (25,8 %) lo que demuestra el no tener el conocimiento real del valor que tiene el condón no solamente como regulador de la natalidad sino como método eficaz para la prevención de las ITS, el no estar disponible y el que no le gusta son otras de las razones que en mayor cuantía se exponen por parte de los 178 estudiantes que respondieron a esa interrogante

En una encuesta en Ciudad de La Habana realizada a jóvenes en 1996 se declaraban como motivos principales, el tener confianza en la pareja, no poseerlo y no gustarle ⁽⁶²⁾. En otras investigaciones realizadas en Cuba, se ha encontrado que la baja frecuencia de uso del condón pudiera estar relacionado con una información deficiente en cuanto a sus ventajas, en muchachos de secundaria que se inician sexualmente y a desconocimiento de los riesgos a que se exponen, y en el caso de las hembras de politécnicos, al temor de sentirse rechazada y constituir una prueba de desconfianza hacia su pareja sexual ⁽⁶³⁾.

En la investigación realizada en jóvenes de nivel medio de educación, del área metropolitana de Paraguay, las razones eran, le cuesta plantearlo, no sabe como decirlo, sabe que debería usarlo pero no siempre lo hace y en el momento se olvida, y no piensa en eso ⁽³⁹⁾ y en la de Conductas Sexuales de Riesgo para la Infección por VIH/sida en Adolescentes Colombianos plantean , la dificultad para obtenerlos, la disminución de la sensibilidad, la vergüenza al comprarlos y el miedo a una posible rotura o mal estado del preservativo entre otros factores ⁽⁵⁷⁾.

Otro dato destacable en el estudio es que sólo el 26,6% de los adolescentes que han tenido relaciones sexuales se han realizado la prueba de detección de anticuerpos, a pesar de haber declarado prácticas de riesgo puestas de manifiesto en los resultados de la utilización del condón, concordando con el estudio antes referido donde solamente el 25,6% de los adolescentes encuestados que han tenido relaciones sexuales se ha realizado la prueba ⁽⁵⁷⁾.

La educación sobre salud sexual y reproductiva tiene mucha importancia para el bienestar de los adolescentes. Es imprescindible promover cambios en los comportamientos para reducir la cantidad de problemas derivados en estas áreas. Los métodos para transmitir la información abarcan la educación escolar y extraescolar, presentaciones dramáticas, medios de difusión masivos, líneas telefónicas de emergencia, comunicación y asesoramiento interpersonal. La enseñanza extraescolar involucra a líderes comunitarios, religiosos, la familia, agentes de salud, etc.

Los estudios han demostrado que una información de buena calidad, comunicada en el momento correcto y a la edad apropiada, alienta el comportamiento responsable y tiende a aplazar el comienzo de las relaciones sexuales y otras prácticas de riesgo ⁽⁶⁴⁾.

El criterio personal de cambio hacia la tan necesaria conducta sexual responsable es reconocido por el 77,5 % de los estudiantes con un predominio del sexo masculino y de jóvenes que puede estar motivado por el mayor grado de madurez que presentan los mismos aunque este resultado se opone en algo al predominio de jóvenes dentro del grupo de los que tuvieron relaciones sexuales ocasionales en los últimos 12 meses.

La información recibida sobre el SIDA en el mayor por ciento es declarada que influyó sobre la conducta sexual de los encuestados seguido de lo que piense sobre su vida sexual y de la solidaridad con personas que tienen VIH en concordancia con la Evaluación independiente donde el 73,5% de los estudiantes consideraron que la información influye en su conducta sexual lo que demuestra la importancia que tiene la producción de materiales de apoyo a la educación como fuente de sensibilización y capacitación ⁽³⁷⁾.

En el enfrentamiento a las ITS y el VIH/sida juegan un papel determinante las acciones preventivas del individuo y las colectividades (comunidad y la sociedad en su conjunto), donde el conocimiento y estar informados adecuadamente constituyen la base fundamental para lograr cambios de conductas riesgosas, pero con eso no basta, debemos enseñar las habilidades necesarias a los individuos para lograr resultados positivos en el enfrentamiento a tan delicado problema de salud.

CONCLUSIONES

1. Los estudiantes que se incorporaron a los estudios de medicina en la provincia de Matanzas en el curso escolar 2006-2007 estuvieron comprendidos entre los 17 y 26 años de edad, predominaron los adolescentes en el sexo femenino y jóvenes en el sexo masculino, provenientes su mayoría de los Institutos Preuniversitarios en el Campo.
2. El componente cognitivo de las actitudes en los estudiantes se caracterizó por dificultades en los saberes relacionados con el tema del VIH/sida, ya que los estudiantes no identificaron adecuadamente las ITS, no tuvieron pleno dominio del significado de seropositividad ni de las vías de transmisión aunque reconocieron la gravedad de la enfermedad y el significado de comportamiento sexual responsable. Las vías de obtención de la información mas utilizadas fueron la televisión, la escuela y los familiares.
3. El componente conductual en relación al VIH/sida de los estudiantes se caracterizó por un comienzo de su vida sexual activa a edades tempranas, existiendo problemas en su protección y baja percepción de riesgo

4. RECOMENDACIONES

1. Divulgar los resultados de este estudio como diagnóstico de necesidad de aprendizaje y proponer el diseño de una intervención educativa con los estudiantes para lograr mejoría en la actitud ante el VIH/sida.
2. Realizar otras investigaciones que permitan profundizar en las actitudes sobre las ITS-VIH/sida de todos los estudiantes de las carreras de las Ciencias Médicas en la Facultad de Ciencias Médicas de la provincia de Matanzas.

Referencias Bibliográficas.

1. Dilata JJ. Enfermedades de transmisión sexual. Barcelona: Proas Editores; 1996.
2. Informe Central de GOPELS. La Habana: MINSAP;1998.
3. Centro Nacional de Prevención de las ITS/VIH/SIDA. Guía para los comunicadores sociales. La Habana: MINSAP ; 2005:15
4. Boletín del Centro de Prevención de las ITS/VIH/SIDA: Serie por la Vida 1998; 1(2).
5. López Moran E, Marín Ferreiro A. La Candidiasis como manifestación bucal en el Sida. [Periódico en línea] 2001;38(1): [3pantallas]. [citado 12 Dic 2007]: Disponible en: URL:<http://wwwest01101.pdf>
6. Bailde García G. La Investigación Acción. Una alternativa metodológica para trabajar VIH/SIDA en comunidad. Caracas: OPL-SIDA; 1997:1
7. Centro de Estudio para la Prevención del Sida. ¿Puede el análisis costo-efectividad ayudar en la prevención del VIH? [artículo en línea] 2002 Abr [citado 15 Abril 2007] Hoja informativa 12SR:[1pantalla].Disponible en: URL: <http://www.caps.ucsf.edu>.
8. PNUD/ FM/cub/03/018/A/01/99.Fortalecimiento de la respuesta nacional multisectorial para la prevención y atención de la epidemia del VIH/sida en la República de Cuba; 2003 jul.
9. Conocimientos y comportamientos sexuales en torno al VIH-SIDA en la población de estudiantes de pregrado de la Universidad Santa María la Antigua Disponible en: URL:<http://www.usma.ac.pa/web/DI/images/IPC%20No.%204/p.03-12%20Fajardo.pdf>).
10. ONUSIDA. Resumen mundial de la epidemia VIH/SIDA 2007. Ginebra: ONUSIDA; 2007.
11. Obermeyer CM. HIV in the Middle East. *Br Med J* 2006; 333:851–4.
12. Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC). HIV/AIDS surveillance report cases of HIV infection and AIDS in the United States and dependent areas. Atlanta; 2005.
13. Anderson JE, Mosher WD, Chandra A. Percentage of persons aged 22–44 years at increased risk for human immunodeficiency virus (HIV) infection, by race/ethnicity and education. National Survey of Family Growth, United States. *Morbidity Mortality Weekly Report* 2002; 55(46): 1255.
14. Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC). HIV/AIDS among blacks, Florida, 1999-2004. *Morbidity Mortality Weekly Report* 56:69–73.
15. ONUSIDA/OMS. Situación de la epidemia de SIDA. Diciembre 2005.Ginebra, Suiza.[en línea] [20 Diciembre 2005]disponible en: URL:<http://www.unaids.org.bangkok2005/gar2005.html>. Citado: 10 Sep 2007.
16. MINSAP. GOPELS. Respuesta ampliada a la epidemia de VIH/SIDA dirigida a los sectores sociales .La Habana: Infomed. Servicios Sida; 2006 Mar.
17. Informes Estadísticos del Programa Nacional de Control y Prevención de las ITS/SIDA. La Habana;2007
18. Informes Estadísticos del Centro Nacional de Control y Prevención de las ITS/SIDA. La Habana;2005
19. De la Osa A J. Dónde estamos en América Latina y el Caribe. *Granma* 2003, Abr 10; 8 (1 y 2).
20. UNICEF. Los jóvenes y el VIH/SIDA: Una oportunidad en un momento crucial[Documento en línea]Julio 2002[citado 2 Jul 2007]: [1pantalla].Disponible en: URL:<http://www.unicef.org/espanol/sidacamp.htm>
21. Domínguez García L. Psicología del desarrollo. Adolescencia y Juventud. Selección de lecturas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006: 9-22
22. The Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health. Los Jóvenes y el VIH/SIDA ¿Podemos evitar una catástrofe? [periódico en línea] [Otoño del 2001]: XXIX(3). [citado 4 Ene 2007]:XXIX(3):[2Pantallas].Disponible en: RL:<http://www.poprepts@jhuccp.org>
23. Beccaría Romay M J. Plan de movilización multisectorial frente al VIH/SIDA 1997-2000[documento en línea] Diciembre 1997 [citado 19 Dic2007]: [1pantalla].

- Disponible en: URL: http://www.msc.es/sida/plan_movilizacion/pmovilizacion1997-2000/capitulo3.htm
24. Bimbela Pedrola J, Piqueras Cruz L. SIDA y jóvenes: La prevención por vía sexual. Granada: EASP; 1997:20-60
 25. Rodríguez A. Estudio de las actitudes. En: Dávila Bello Z, Casales Fernández JC. Psicología Social. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2006:93-108
 26. Propagación del SIDA y la Tuberculosis: Una combinación Mortífera. Boletín Epidemiológico semanal del IPK [periódico en línea] Abril 2002;12(15): [1 pantalla] [citado 14 Abr 2007]: Disponible en URL: <http://www.ipk.sld.cu>.
 27. Álvarez Vázquez L, Rodríguez Cabrera A. Proyecto educativo para la prevención del VIH/SIDA en una población con conducta de riesgo. En: La investigación sexual y reproductiva. La Habana: Publicaciones azucareras; 2004:171-93.
 28. Ministerio de Educación. Programa Director de Promoción y Educación para la Salud en el Sistema Nacional de Educación; 1998:2
 29. González A, Castellanos B. Sexualidad y géneros. Alternativas para su educación ante los retos del siglo XXI. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2003.
 30. Estrategia de la UNESCO en educación preventiva del VIH/SIDA. UNESCO; 2002:13
 31. MINSAP. Oficina Nacional de Estadística. Anuario Estadístico de Cuba; 2006.
 32. Calderón de Muñoz D. Conocimientos, Prácticas y Actitudes en salud sexual y reproductiva de adolescente en iglesias evangélicas seleccionadas. Tesis para optar por el título de Máster en Salud Pública. La Habana, CUBA; 2004.
 33. García Hernández T, Rodríguez Ferra R, Castaño Hernández S. Efectividad de las técnicas participativas en los conocimientos de adolescentes sobre enfermedades de transmisión sexual. Rev Cubana Med Gen Integr 1999;15(5):536-40
 34. Contreras Zaravia N R, Delgado Camacho A, O'Lizarbe Castro V O, Yábar Peña J C. Sida: Conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo de estudiantes preuniversitarios en la ciudad del Cusco. Disponible en: URL: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/1997_n10/sida.htm Citado 12 Marzo 2007.
 35. Vera L M, López N, Orozco L C, Caicedo P. Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infección por VIH en jóvenes. Colombia Médica 2001;32(1).
 36. Actitud de la familia ante las infecciones de transmisión sexual, basado en la teoría de Nola Pender. Monografias_com.mht Disponible en: URL: <http://www.monografias.com/trabajos15/infecciones-sexuales/infecciones-sexuales.shtml>. Citado 9 Nov 2007.
 37. Informe de Investigación Evaluación Independiente, proyecto de la respuesta nacional multisectorial para prevención y atención de la epidemia del VIH/SIDA en Cuba. La Habana: ENSAP; 2005 Oct.
 38. López Lezcano L, Casal Badal I, Ferrer MT. Los adolescentes y sus conocimientos sobre el SIDA. Camagüey: Instituto Superior de Ciencias Médicas Carlos J, Finlay. Disponible en: URL: <http://fcmfajardo.sld.cu/jornada/trabajos/adolescentes/adolescentes.htm>. Citado 20 Dic 2007.
 39. Macchi ML. Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA en jóvenes de nivel medio de educación, del área metropolitana, Paraguay. Pediatría 2006; 33(2).
 40. Vera LM, López N, Ariza D, Díaz LM, Flórez Y, Gimena Franco S, et al. Asociación entre el área de estudio y los conocimientos y comportamientos frente a la transmisión del VIH/SIDA en los estudiantes de la Universidad Industrial de Santander. Revista Colombia Médica 2004; 35(2):62-8.
 41. La Prevención de la Transmisión Sexual del VIH en Jóvenes de las CCAA de Andalucía, Galicia y Madrid Disponible en: URL: http://www.easp.es/web/investigacion/investigacion_terminados_detalle.asp?id=1032&idCab=300&idSub=365&idSec=300&idInv=6368: Citado 30 Nov 2007.
 42. Piña JA, Corral V. Conocimientos y motivos asociados a comportamientos de riesgo y prevención relacionados con el SIDA. APCL 2001:19.

43. Gómez Miranda L, Intervención educativa sobre VIH en jóvenes de la escuela emergente de tecnólogos de la salud "Salvador Allende". Tesis para optar por el título de Máster en Salud Pública; 2003-2004.
44. Mosquera L, Mateus C.J. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de Planificación Familiar, VIH/sida y el uso de medios de Comunicación en Jóvenes. [Documento en línea] Febrero 2003 [citado 3 Feb 2003]. (Disponible en: URL:<http://colombiamedica.univalle.edu.co/vol34No4/cm34n4a5.htm>).
45. Abreu GM, Martín GA. SIDA. Información y conducta sexual en adolescentes. Rev Cubana Salud Pública 1993; 19(1):37-42.
46. Navarro E, Vargas R. Factores de riesgo para adquirir VIH/SIDA en adolescentes escolarizados de Barranquilla. Invest Educ Enferm 2005; 23(1): 44-53.
47. Ruth Pérez V, Marcela C, Yazna L. Conocimientos, actitudes y comportamiento sexual en un grupo de adolescentes chilenos. URL:http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372004000400004&lng=es&nrm=iso. Citado: 5 Dic 2007.
48. Cortés Alfaro A, Del Pino Chivás A, Sánchez Rodríguez M, Alfonso Valiente A, Fuentes Abreu J. Comportamiento sexual, embarazo, aborto, regulación menstrual en adolescentes de tecnológicos de Ciudad de La Habana. Rev. Cubana Obstet Ginecol 1999; 25(1):34-8.
49. Peláez MJ. Salud sexual y reproductiva. En: Manual de Prácticas Clínicas para la Atención Integral a la Salud en la Adolescencia. La Habana: MINSAP; 2002
50. Benítez B. Percepción de riesgo de ITS/SIDA en adolescente en la escuela Reynold García, Matanzas 2002. Trabajo para optar por el título de Especialista en Higiene y Epidemiología. Matanzas: Centro Provincial de Higiene y Epidemiología; 2002.
51. Rodríguez Alonso L R, Suárez Lugo N. Conocimiento, actitud y uso del condón masculino en la población en riesgo de contraer VIH/SIDA. Trabajo para optar por el título de Máster en Salud Pública. La Habana; 2005
52. Herrera Gómez V, Rodríguez Domínguez L, Quintero Santana MI Anticonceptivo en la consulta de planificación familiar. Rev Cubana Med Gen Integr 1997; 13 (4): 345-51.
53. Betancourt Llopiz I, Leyva López I, Moya Cala M, Echevarría Torres M. Comportamiento de las infecciones de transmisión sexual en el área "La Caoba". Rev Cubana Enferm 2002:18(2).
54. Prendes Labrada M de la C, Aparicio Arias Z, Guibert Reyes W, Lescay Megret O. Participación de los hombres en la Planificación Familiar. Rev Cubana Med Gen Integr 2001:17 (3).
55. Rojas Rivero A, Cirer A, Sarría Pérez C, Sariago Ramos I, Fraga Nodarse J. Comportamiento de la trichomonosis vaginal en un grupo de adolescente. Rev Cubana Med Trop 2003:55(3).
56. Catterton A, Plinio MG, Rosales JA, Ruiz de Gamboa A, Thompson BA, Anderson G, et al. Evaluación: una herramienta de gestión para mejorar el desempeño de los proyectos. Oficina de Evaluación Banco Interamericano de Desarrollo; 1997 Mar.
57. Stefano Vinaccia J, Quiceno M, Gaviria AM, Soto AM, Gil Llarío MD, Ballester Arnal R. Conductas sexuales de riesgo para la Infección por VIH/SIDA en adolescentes colombianos. Terapia Psicológica 2007;25(1): 39-50.
58. Cordeiro RG, Temporini ER. Condon use to aids prevention : opinion and behavior among high school students. Sao Paulo, Brazil. J Bras Doentas Sex Transm 1997 may – jun ;9(3) :29–34.
59. Andrade JH, Boffi-Boggero H, Masatis A, Foglia VL. Conocimiento y actitudes sobre enfermedades de transmisión sexual en varones de 18 años de la República de Argentina, 1994. Bol Acad Nac Med B Aires 1996 jul – dic; 74(2): 427-40.
60. Millin KT, Valenzuela GS, Vargas N. Salud reproductiva en adolescentes: Conocimientos, actitudes y conductas en ambos sexos en una comuna de Santiago de Chile. Rev Med Chile 1995 mar;123(3) :368-75.
61. VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual [Documento en línea] Junio 2001 [citado 24 Jun 2007]. Disponible en: URL:<http://www.galeriasnet.com.mx/revista/salud/elcondón.html>).

62. León Díaz EM, Hernández Fernández M, Peruga A. Comportamiento sexual y caracterización de la población con conductas de riesgo de infección por el VIH sida a través de métodos matemáticos. La Habana: Centro de Estudio de Población y Desarrollo. Oficina Nacional de Estadística; 1999: 18.
63. Zozaya M. A tiempo amar y protegerse a tiempo: la prevención en los adolescentes. [Documento en línea] 6 de Noviembre 1997 [citado 4 Nov 2007]. Disponible en:
URL:<http://www.jornada.unam.mx/1997/nov97/971109/ls-texto 3.html>
64. Valorizar a mil millones de adolescentes .Estado de la Población Mundial. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2003.

ANEXO 1. Tablas

Tabla 1. Distribución de estudiantes según edad y sexo. Facultad de Ciencias Médicas. Matanzas. Curso 2006-2007

Edad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		Número	%
	Número	%	Número	%		
Adolescente	23	29.9	193	87.3	216	72.5
Joven	50	64.9	23	10.4	73	24.5
Adulto joven	4	5.2	5	2.3	9	3.0
Total	77	100.0	221	100.0	298	100.0

Tabla 2. Distribución de estudiantes según vía de ingreso. Facultad de Ciencias Médicas. Matanzas. Curso 2006-2007

Vía de Ingreso	Número	%
IPUEC	175	58,7
IPVC	47	15,8
OTROS	76	25,5
Total	298	100.0

Tabla 3. Distribución de estudiantes según estado civil. Facultad de Ciencias Médicas. Matanzas. Curso 2006-2007

Estado Civil	Número	%
Casado	9	3,0
Soltero	222	74,5
Acompañado	67	22,5
Total	298	100,0

Tabla 4. Distribución de estudiantes según color de la piel. Facultad de Ciencias Médicas. Matanzas. Curso 2006-2007

Color de piel	Número	%
Blanca	190	63,8
Negra	33	11,1
Mestiza	75	25,1
Total	298	100,0

Tabla 5. Distribución de estudiantes según identificación de infecciones de transmisión sexual. Facultad de Ciencias Médicas. Matanzas. Curso 2006-2007

Infecciones de transmisión sexual	Número	%
Todas las ITS, no Lepra ni TB	40	13,4
Algunas de las ITS, no Lepra ni TB	221	74,2
Lepra y TB	37	12,4
Total	298	100,0

Tabla 6. Distribución de estudiantes según percepción de gravedad del SIDA. Facultad de Ciencias Médicas. Matanzas. Curso 2006-2007

Criterio de gravedad	Número	%
Otros criterios	79	26,5
Muy grave	219	73,5
Total	298	100,0

Tabla 7. Distribución de estudiantes según criterio de significado de persona seropositiva. Facultad de Ciencias Médicas. Matanzas. Curso 2006-2007

Criterio de seropositividad	Número	%
La persona está infectada por el virus y no lo transmite	63	21,6
La persona está infectada por el virus y lo transmite	143	49,1
La persona está enferma de SIDA	74	25,5
No sabe	11	3,8
Total	291	100,0

* No respuesta = 7

Tabla 8. Estudiantes según identificación de vía de transmisión del VIH/sida. Facultad de Ciencias Médicas. Matanzas. Curso 2006-2007

Identificación de vías de transmisión	Número (n=298)	%
Sexual, sanguínea y de madre a hijo	31	10,4
Identificaron al menos una de ellas	198	66,4
No identificaron ninguna correcta	2	0,7

Tabla 9. Estudiantes según criterio de reducción del riesgo de contraer SIDA. Facultad de Ciencias Médicas. Matanzas. Curso 2006-2007

Criterio de reducción	Número (n=298)	%
Usando siempre el condón en cualquier tipo de relación sexual	281	94,2
Manteniendo relaciones sexuales con un solo compañero (a) fiel	218	73,1
Manteniendo relaciones sexuales con un solo compañero (a) no infectado	202	67,7
Evitando uso de jeringuillas utilizadas por otra persona	146	49,9
Abstinencia sexual	56	18,7
Evitando el sexo anal	51	17,1
Todas las anteriores	40	13,4
Ninguna de las anteriores	13	4,4

Tabla 10. Distribución de estudiantes según conocimiento del momento de ponerse el condón. Facultad de Ciencias Médicas. Matanzas. Curso 2006-2007

Momento de ponerse el condón	Número	%
Antes de la eyacuación	26	8,7
Antes de la penetración	250	84,5
Ante de la excitación	10	3,4
No sabe	10	3,4
Total	296	100,0

* No respuesta = 2

Tabla 11. Consideración del significado de comportamiento sexual responsable. Facultad de Ciencias Médicas. Matanzas. Curso 2006-2007

Significado	Número (n = 298)	%
Tener relaciones sexuales con solo una pareja estable y fiel además de usar el condón	241	80,9
Tener relaciones sexuales con solo una pareja estable y fiel sin necesidad de usar el condón.	71	23,8
Tener relaciones con varias parejas pero usando siempre el condón.	61	20,5
Abstinencia sexual	21	7,0
Tener relaciones sexuales con parejas "sanas " sin usar el condón	19	6,4

Tabla 12. Distribución de estudiantes según conocimiento de tiempo de espera para realizarse la prueba de VIH/sida. Facultad de Ciencias Médicas. Matanzas. Curso 2006-2007

Tiempo de espera	Número	%
Una semana	56	24,8
Un mes	25	11,1
Uno o dos meses	14	6,2
Tres meses	75	33,2
Seis meses	44	19,5
Un año	12	5,3
Total	226	100,0

* No respuesta = 72

Tabla 13. Estudiantes según vía de obtención de la información sobre VIH/SIDA. Facultad de Ciencias Médicas. Matanzas. Curso 2006-2007

Vía de información	Número n = 298	%
Televisión	280	94,0
Escuela	240	80,5
Familiares	209	70,1
Afiches	204	68,5
Prensa	183	61,4
Médicos	182	61,1
Folleto	175	58,7
Radio	160	53,7
Amigos	144	48,3
Campañas de prevención	142	47,7
Enfermera	108	36,2
Trabajo en la comunidad	84	28,2
Carrito por la vida	56	18,8
Línea ayuda	51	17,1

Tabla 14. Distribución de estudiantes según relaciones sexuales y sexo. Facultad de Ciencias Médicas. Matanzas. Curso 2006-2007

Relaciones sexuales	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Número	%	Número	%	Número	%
Sí	73	97,3	164	74,5	237	80,3
No	2	2,7	56	25,5	58	19,7
Total	75	100,0	220	100,0	295	100

* No respuesta = 3

Tabla 15. Distribución de estudiantes según relaciones sexuales y color de la piel. Facultad de Ciencias Médicas. Matanzas. Curso 2006-2007

Relaciones sexuales	Color de piel						Total	
	Blanca		Negra		Mestiza			
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Si	167	89,3	19	57,6	51	68,0	237	80,3
No	20	10,7	14	42,4	24	32,0	58	19,7
Total	187	100,0	33	100,0	75	100,0	295	100,0

* No respuesta = 3

Tabla 16. Distribución de estudiantes según edad de comienzo de las relaciones sexuales y sexo. Facultad de Ciencias Médicas. Matanzas. Curso 2006-2007

Edad de comienzo	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Número	%	Número	%	Número	%
De 12 a 13 años	9	20,5	3	2,1	12	6,5
De 14 a 17 años	32	72,7	131	93,6	163	88,6
De 18 a 20 años	3	6,8	6	4,3	9	4,9
Total	44	100,0	140	100,0	184	100,0

* No respuesta = 114

Tabla 17. Distribución de estudiantes según uso de condón en primera relación sexual. Facultad de Ciencias Médicas. Matanzas. Curso 2006-2007

Uso de condón	Número	%
Si	95	42,2
No	130	57,8
Total	225	100,0

* No respuesta = 73

Tabla 18. Estudiantes según sexo y preferencia sexual. Facultad de Ciencias Médicas. Matanzas. Curso 2006-2007

Sexo	Preferencia sexual				Total	
	Solo con hombres		Solo con Mujeres			
	Número	%	Número	%	Número	%
Masculino	7	16,3	36	83,7	43	100,0
Femenino	139	100,0	0	0	139	100,0

* No respuesta = 116

Tabla 19. Distribución de estudiantes según número de parejas sexuales en los últimos 12 meses. Facultad de Ciencias Médicas. Matanzas. Curso 2006-2007

Número de parejas sexuales	Número	%
Una ó dos parejas	139	77,2
Tres ó más parejas	41	22,8
Total	180	100,0

* No respuesta = 118

Tabla 20. Distribución de estudiantes según relación sexual con pareja estable en los últimos 12 meses. Facultad de Ciencias Médicas. Matanzas. Curso 2006-2007

Relación con pareja estable	Número	%
Si	168	73,7
No	60	26,3
Total	228	100,0

* No respuesta = 70

Tabla 21. Distribución de estudiantes según uso de condón con pareja estable en los últimos 12 meses. Facultad de Ciencias Médicas. Matanzas. Curso 2006-2007

Uso de condón con pareja estable	Número	%
Siempre	62	28,7
No Siempre	154	71,3
Total	216	100,0

* No respuesta = 82

Tabla 22. Distribución de estudiantes según relaciones sexuales ocasionales en los últimos 12 meses y edad. Facultad de Ciencias Médicas. Matanzas. Curso 2006-2007

Grupo de edad	Relaciones ocasionales				Total	
	Si		No		Número	%
	Número	%	Número	%		
Adolescente	23	13,9	142	86,1	165	100,0
Joven	17	27,0	46	73,0	63	100,0
Adulto joven	1	12,5	7	87,5	8	100,0
Total	41	17,4	195	82,6	236	100,0

*No respuesta = 62

Tabla 23. Distribución de estudiantes según uso de condón con pareja ocasionales en los últimos 12 meses. Facultad de Ciencias Médicas. Matanzas. Curso 2006-2007

Uso de condón con pareja ocasionales	Número	%
Siempre	100	58,8
No Siempre	70	41,2
Total	170	100,0

* No respuesta = 128

Tabla 24. Distribución de estudiantes según quién sugirió el uso del condón Facultad de Ciencias Médicas. Matanzas. Curso 2006-2007

Sugerencia del uso del condón	Número	%
Usted	58	28,2
Su pareja	36	17,5
Decisión mutua	112	54,4
Total	206	100,0

* No respuesta = 92

Tabla 25. Estudiantes según razones por las que no siempre utilizan condón. Facultad de Ciencias Médicas. Matanzas. Curso 2006-2007

Razón del no uso	Número	%
Usa anticonceptivo (n=178)	46	25,8
No está disponible (n=180)	44	24,4
No le gusta usarlo(n=178)	40	22,5
La pareja no quiere (n=178)	20	11,2
Le da pena comprarlo (n=178)	16	9,0
Es muy caro (n=178)	12	6,7
No sabe (n=178)	12	6,7
Piensa que no es necesario (n=178)	10	5,6

Tabla 26. Distribución de estudiantes según solicitud de realización de prueba de VIH/SIDA y sexo. Facultad de Ciencias Médicas. Matanzas. Curso 2006-2007.

Solicitud de prueba	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		Número	%
	Número	%	Número	%		
Si	25	37,5	46	23,4	71	26,6
No	45	64,3	151	76,6	196	73,4
Total	70	100,0	197	100,0	267	100,0

* No respuesta = 31

Tabla 27. Distribución de estudiantes según criterio personal de cambio hacia conducta sexual responsable y sexo. Facultad de Ciencias Médicas. Matanzas. Curso 2006-2007.

Cambio hacia conducta sexual responsable	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Número	%	Número	%	Número	%
Sí	66	85,7	165	74,7	231	77,5
No	11	14,3	56	25,3	67	22,5
Total	77	100,0	221	100,0	298	100,0

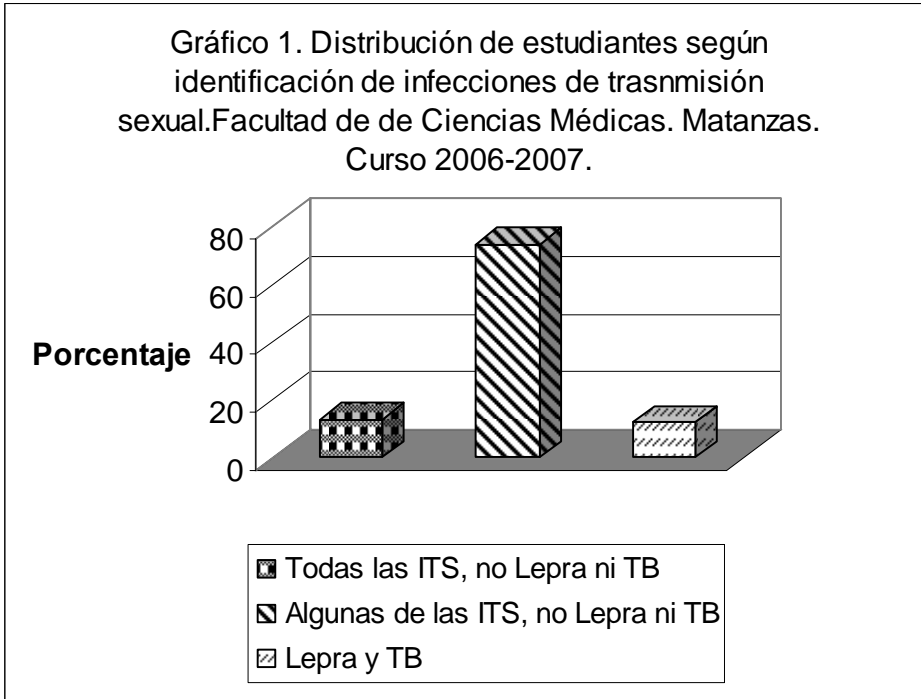
Tabla 28. Distribución de estudiantes según criterio personal de cambio hacia conducta sexual responsable y edad. Facultad de Ciencias Médicas. Matanzas. Curso 2006-2007.

Cambio hacia conducta sexual responsable	Edad						Total	
	Adolescente		Joven		Adulto Joven			
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Sí	165	76,4	60	82,2	6	66,7	231	77,5
No	51	23,6	13	17,8	3	33,3	67	22,5
Total	216	100,0	73	100,0	9	100,0	298	100,0

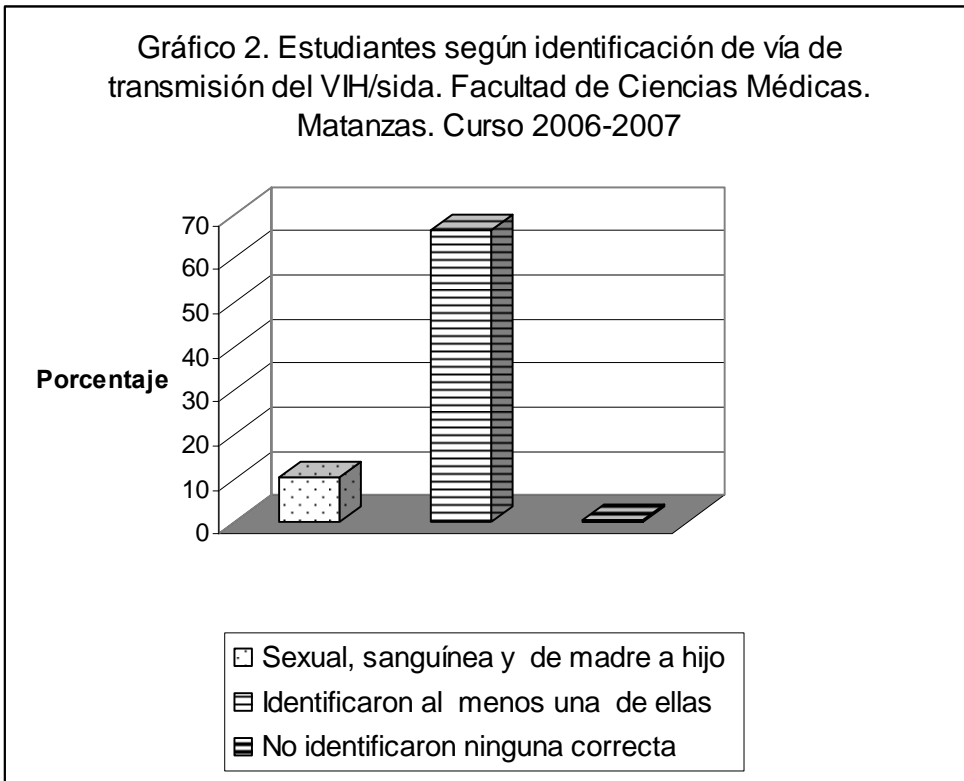
Tabla 29. Distribución de estudiantes según criterio de en qué ha influido la información recibida sobre el SIDA. Facultad de Ciencias Médicas. Matanzas. Curso 2006-2007.

Criterios	Número (n=298)	%
Su conducta sexual	190	63,8
Lo que piense sobre su vida sexual	141	47,3
Solidaridad con personas que tienen el VIH	139	46,6
Adopción de un comportamiento sexual seguro	115	38,6
Su forma de relacionarse con el otro sexo	99	32,9
No sabe	35	11,7
Ninguna	17	5,7

ANEXO 2. Gráficos

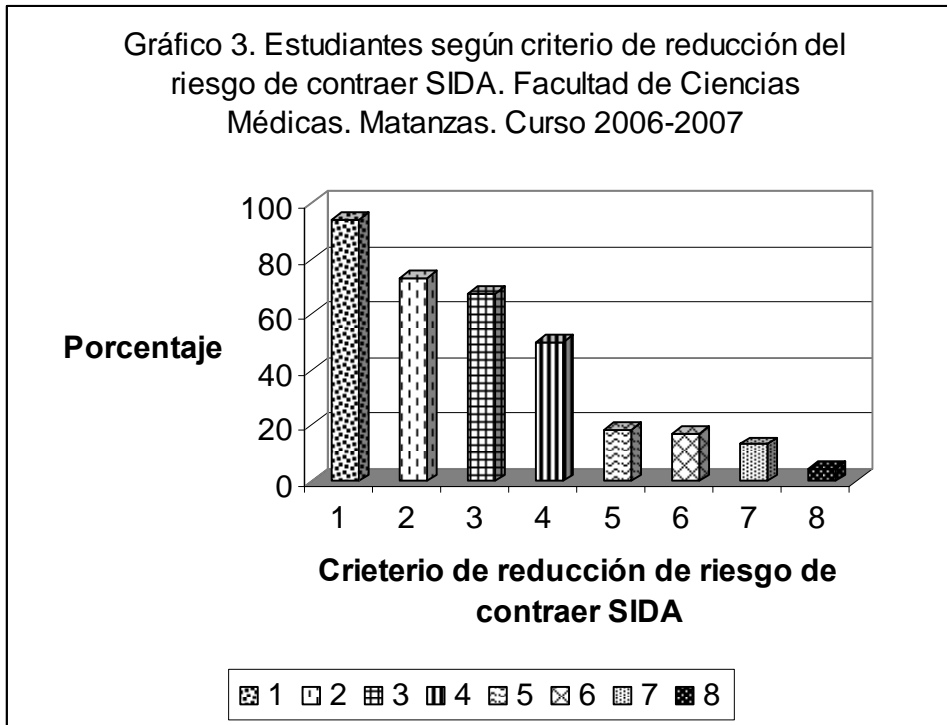


Fuente: Tabla 5



Fuente: Tabla 8

Gráfico 3. Estudiantes según criterio de reducción del riesgo de contraer SIDA. Facultad de Ciencias Médicas. Matanzas. Curso 2006-2007

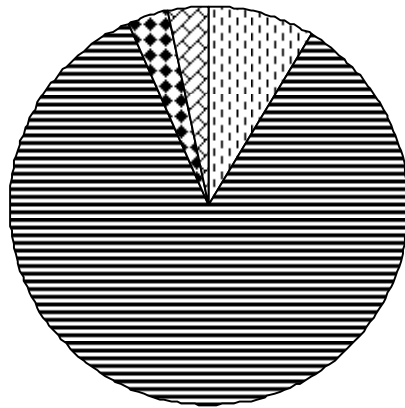


Fuente: Tabla 9

Legenda:

1. Usando siempre el condón en cualquier tipo de relación sexual.
2. Manteniendo relaciones sexuales con un solo compañero (a) fiel.
3. Manteniendo relaciones sexuales con un solo compañero (a) no infectado.
4. Evitando uso de jeringuillas utilizadas por otra persona.
5. Abstinencia sexual.
6. Evitando el sexo anal.
7. Todas las anteriores.
8. Ninguna de las anteriores.

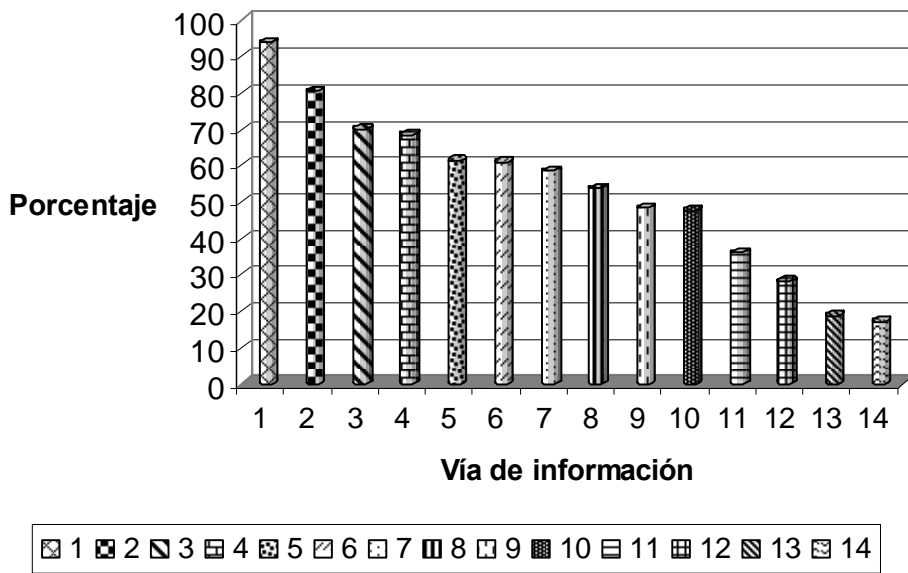
Gráfico 4. Distribución de estudiantes según conocimiento del momento de ponerse el condón. Facultad de Ciencias Médicas. Matanzas. Curso 2006-2007



Antes de la eyaculación Antes de la penetración
Ante de la excitación No sabe

Fuente: Tabla 10

Gráfico 5. Estudiantes según vía de obtención de la información sobre VIH/SIDA. Facultad de Ciencias Médicas. Matanzas. Curso 2006-2007

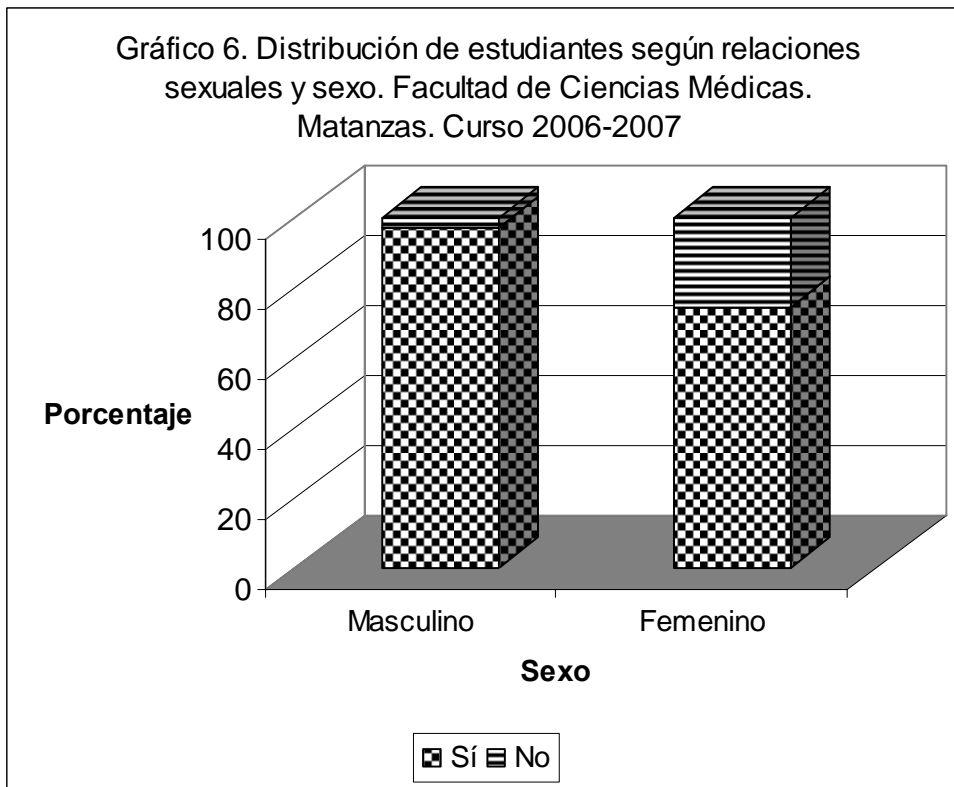


Fuente: Tabla 13

Leyenda:

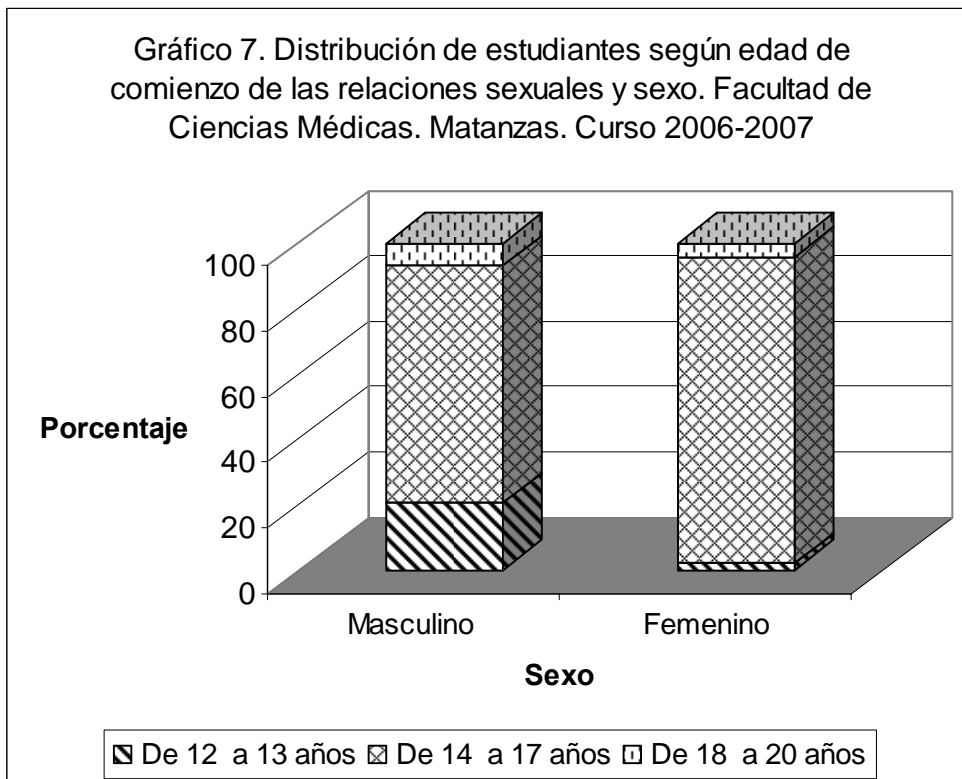
1. Televisión
2. Escuela
3. Familiares
4. Afiches
5. Prensa
6. Médicos
7. Folletos
8. Radio
9. Amigos
10. Campañas de prevención
11. Enfermera
12. Trabajo en la comunidad
13. Carrito por la vida
14. Línea ayuda

Gráfico 6. Distribución de estudiantes según relaciones sexuales y sexo. Facultad de Ciencias Médicas. Matanzas. Curso 2006-2007

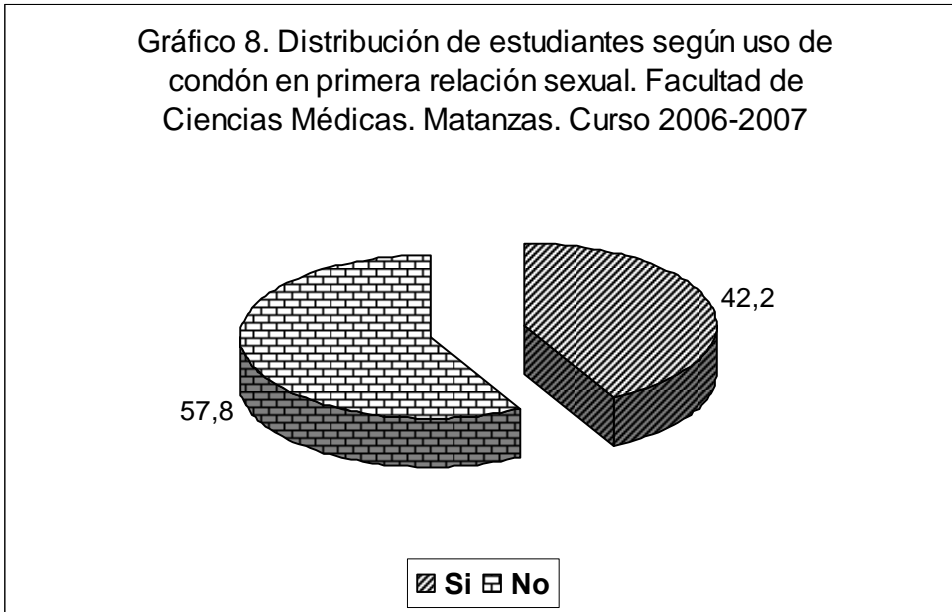


Fuente: Tabla 14

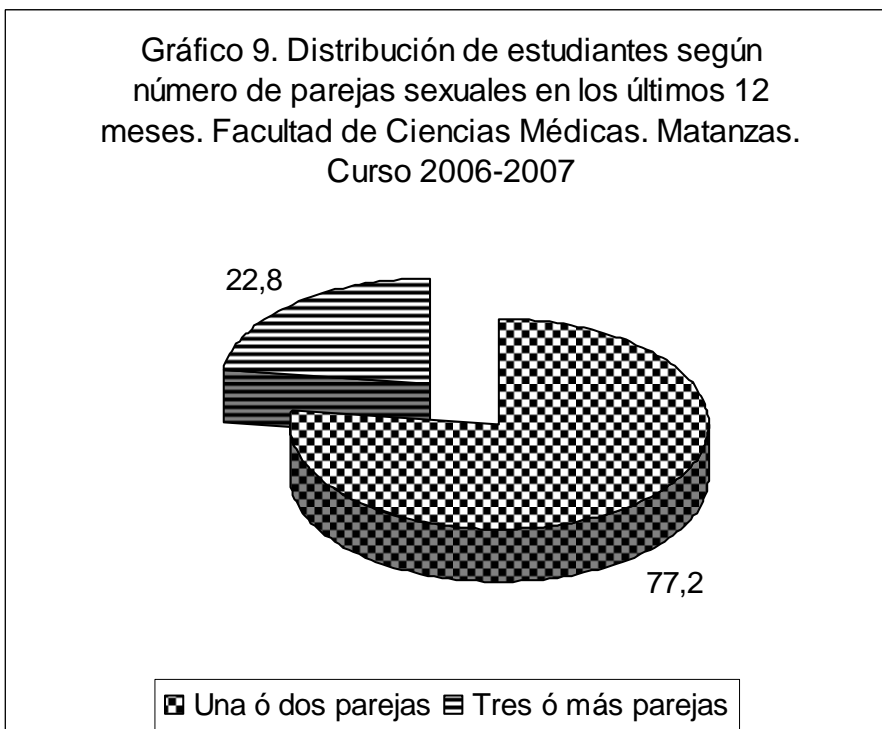
Gráfico 7. Distribución de estudiantes según edad de comienzo de las relaciones sexuales y sexo. Facultad de Ciencias Médicas. Matanzas. Curso 2006-2007



Fuente: Tabla 16

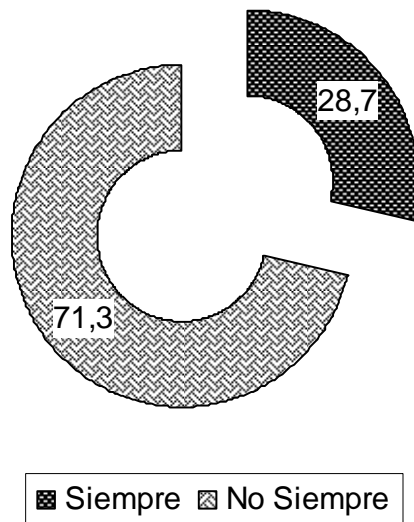


Fuente: Tabla 17



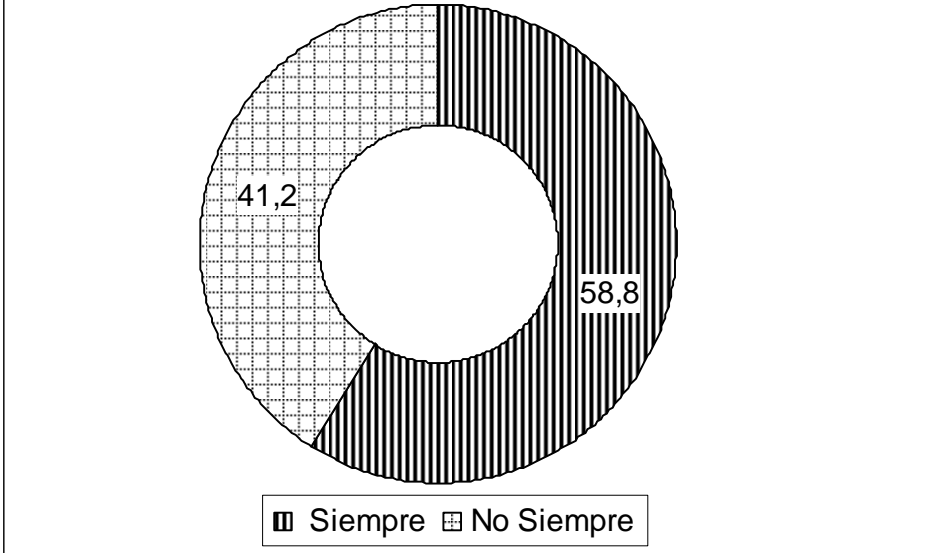
Fuente: Tabla 19

Gráfico 10. Distribución de estudiantes según uso de condón con pareja estable en los últimos 12 meses. Facultad de Ciencias Médicas. Matanzas. Curso 2006-2007



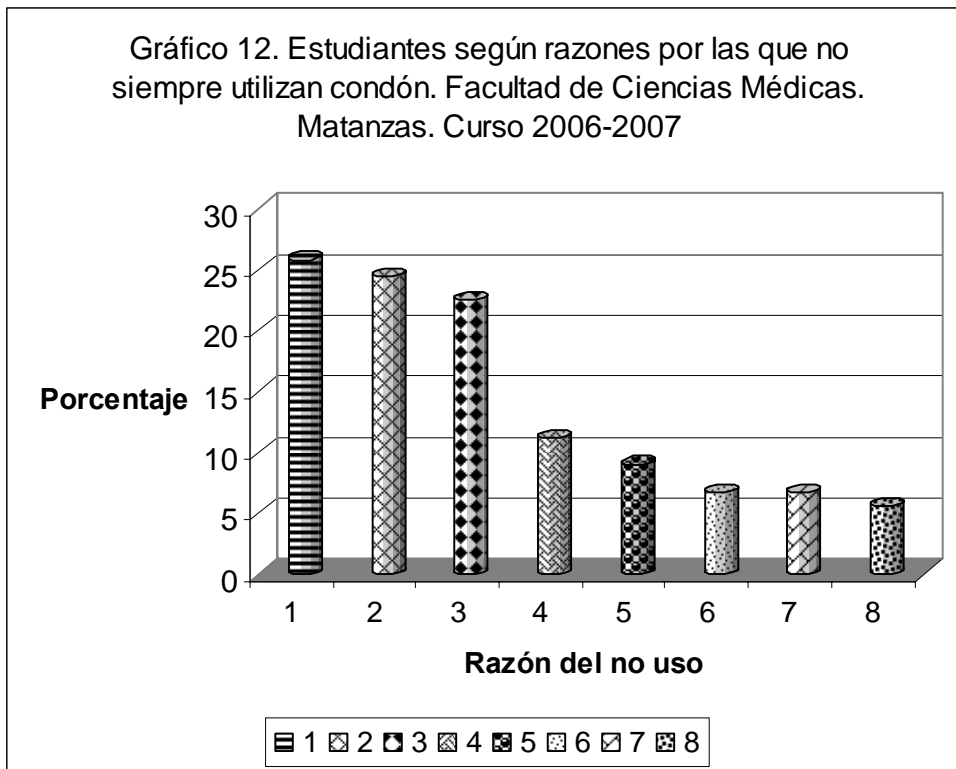
Fuente: Tabla 21

Gráfico 11. Distribución de estudiantes según uso de condón con pareja ocasionales en los últimos 12 meses. Facultad de Ciencias Médicas. Matanzas. Curso 2006-2007



Fuente: Tabla 23

Gráfico 12. Estudiantes según razones por las que no siempre utilizan condón. Facultad de Ciencias Médicas. Matanzas. Curso 2006-2007

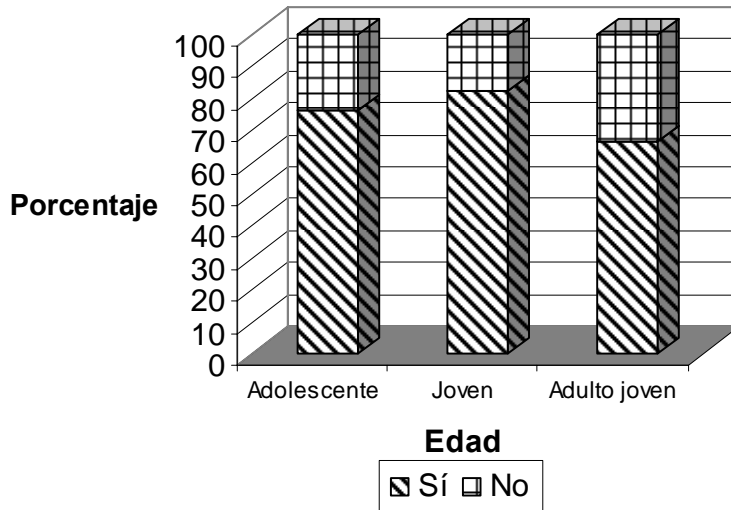


Fuente: Tabla 25

Leyenda:

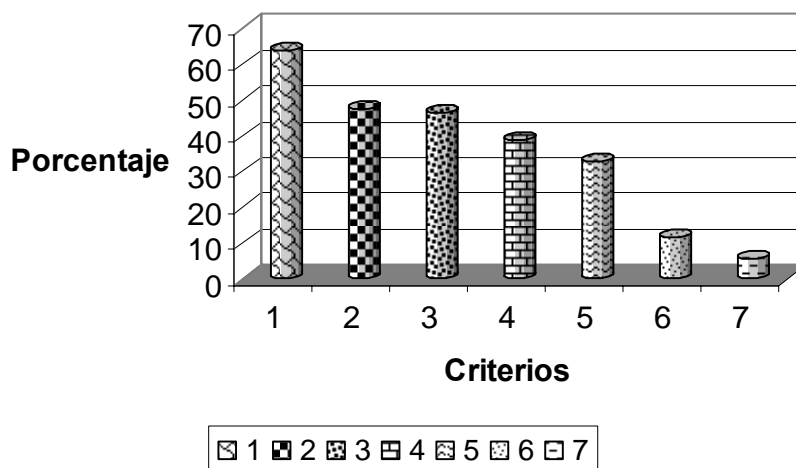
1. Usa anticonceptivo.
2. No está disponible.
3. No le gusta usarlo.
4. La pareja no quiere.
5. Le da pena comprarlo.
6. Es muy caro.
7. No sabe.
8. Piensa que no es necesario.

Gráfico 13. Distribución de estudiantes según criterio personal de cambio hacia conducta sexual responsable y edad. Facultad de Ciencias Médicas. Matanzas. Curso 2006-2007.



Fuente: Tabla 28

Gráfico 14. Distribución de estudiantes según criterio de en qué ha influido la información recibida sobre el SIDA. Facultad de Ciencias Médicas. Matanzas. Curso 2006-2007.



Fuente: Tabla 29

Leyenda:

1. Su conducta sexual
2. Lo que piense sobre su vida sexual
3. Solidaridad con personas que tienen el VIH
4. Adopción de un comportamiento sexual seguro
5. Su forma de relacionarse con el otro sexo
6. No sabe
7. Ninguna

ANEXO 3. Cuestionario.

El objetivo de este estudio es el de identificar el nivel de conocimiento, las actitudes y las prácticas que tienen los estudiantes de medicina en relación con las enfermedades de transmisión sexual, especialmente el VIH/sida sus causas, los métodos de prevención etc.

Has sido seleccionado al azar y tu participación será de mucha utilidad para la implementación de estrategias beneficiosas para la población en esta problemática. Los datos que aportes serán utilizados solamente con fines científicos

El cuestionario es totalmente anónimo. Usted no tiene la obligación de contestar todas las preguntas sólo las que guste, aunque nos ayudaría mucho su participación.

Sección A: Datos Generales

No.	Preguntas	Posibles respuestas
A1	Sexo	Masculino ____ Femenino ____
A 2	Cuantos años tiene usted en el día de hoy.	Años cumplido ____
A 3	Estado civil	Casado(a) ____ Soltero (a) ____ Acompañado (a) ____
A 4	Vía de ingreso a la carrera de medicina.	IPUEC__ IPVC __ CSI __ Trabajadores __ Concurso __ FAR__ MININT __ Desvinculados __ Convenio __ ELAM __
A 5	Color de la Piel	Blanca ____ Negra ____ Mestiza ____

Sección B: Historia sexual y uso del condón

B 1	¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales?	Si ____ No ____ No responde ____
-----	--	--

B 2	¿A que edad tuvo su primera relación sexual?	Edad en años ____ No recuerda ____ No responde ____
B 3	¿Utilizó condón en la primera relación sexual?	Si ____ No ____ No responde ____
B 4	¿Qué tipo de relaciones sexuales has tenido?	Solo con hombres ____ Solo con mujeres ____ Con hombres y ocasionalmente con mujeres ____ Con mujeres y ocasionalmente con hombres ____ Ninguna ____ No responde ____
B 5	¿Ha tenido relaciones sexuales con una pareja estable en los últimos 12 meses?	Si ____ No ____ No responde ____
B 6	¿Ha usado condón con su pareja estable en los últimos 12 meses?	Eventualmente ____ Con frecuencia ____ Nunca ____ Siempre ____
B 7	¿Ha tenido relaciones ocasionales con otra persona (s) diferente a su pareja sexual estable en los últimos 12 meses?	Si ____ No ____ No responde ____
	¿Ha usado condón en las relaciones sexuales ocasionales?	Eventualmente ____ Con frecuencia ____ Nunca ____ Siempre ____
B 8	¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en los últimos 12 meses?	_____
B 9	¿Durante la relación sexual en la que ha usado el condón, quien sugiere su uso?	Usted ____ Su pareja ____ Decisión mutua ____

		No recuerda ____ No responde ____
B10	¿Cuáles son las razones por las que en ocasiones no utilizaste el condón?	No está disponible ____ Es muy caro ____ La pareja no quiere ____ No le gusta usarlo ____ Usa anticonceptivo ____ Piensa que no es necesario ____ Le da pena comprarlo ____ No sabe ____ No responde ____

Sección C: Conocimientos, actitudes y conductas

C 1	¿El SIDA es una enfermedad?	Como cualquier otra ____ Grave ____ Muy grave ____ No sabe ____
C 2	La información que usted ha recibido sobre VIH-SIDA la obtuvo de:	Televisión __ Radio __ Prensa __ Afiches __ Folletos __ Familiares __ Médico __ Enfermera __ Campañas de prevención __ Amigos __ Carrito por la vida __ Línea ayuda __ Trabajo en la comunidad __ Escuela __
C 3	De las siguientes enfermedades señale cuáles son de transmisión sexual	Sífilis __ Gonorrea __ Sida __ Moniliasis __ Trichomoniasis __ Condilomas __ Hepatitis __ Lepra __ Tuberculosis __
C 4	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 condón __ 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 ___
C 5	Cuando una persona es seropositiva al VIH significa que:	La persona está infectada por el virus y no lo transmite ___ La persona está infectada por el virus y lo transmite ___ La persona está enferma de SIDA___ No sabe ___
C 6	¿Después de una relación sexual desprotegida, usted debe esperar para realizarse la prueba de VIH	Una semana___ - 1 mes___ 1_2 meses___ 3meses___ 6meses___ 1año___ No sabe___
C 7	¿Cómo cree usted que se puede reducir el riesgo de contraer el VIH?	Usando siempre el condón en cualquier tipo de relación sexual___ Manteniendo relaciones sexuales con un solo compañero(a) no infectado ___ Manteniendo relaciones sexuales con un solo compañero(a) fiel ___ Abstinencia sexual ___ Evitando el sexo anal ___ Evitando el uso de jeringuillas utilizadas por otra persona ___ Todos los anteriores ___ Ninguno de los anteriores ___ No responde ___
C 8	El momento de ponerse el condón es:	Antes de la eyaculación ___ Antes de la penetración ___ Antes de la excitación ___

		No sé __ No responde ____
C 9	Qué considera usted un comportamiento sexual responsable:	Abstinencia sexual __ Tener relaciones sexuales con sólo una pareja estable y fiel sin necesidad de usar el condón __ Tener relaciones sexuales con sólo una pareja estable y fiel además de usar el condón __ Tener relaciones con varias parejas pero usando siempre el condón __ Tener relaciones sexuales con parejas “sanas” sin usar el condón __
C 10	¿Ha solicitado alguna vez una prueba voluntaria de VIH?	Si __ No __ No responde __
C11	¿Usted considera que ha tenido algún cambio en la conducta sexual hacia comportamientos responsable?	Si _____ No_____
C12	¿Considera usted que alguna actividad de la TV, Radio, Cine o material escrito sobre VIH ha influido en:	Lo que piense sobre su vida sexual__ Su conducta sexual__ Su forma de relacionarse con el otro sexo__ Adopción de un comportamiento sexual seguro____. Solidaridad con personas que tiene el VIH____ Ninguna____ No sabe____.

ANEXO 4.

Carta de Consentimiento Informado

A quien pueda interesar:

Yo _____ por medio de la presente carta, después de haberseme explicado en que consiste el estudio, doy mi consentimiento escrito para participar voluntariamente en el estudio "Actitud ante el VIH-SIDA de los alumnos que ingresan a la carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de Matanzas. Curso 2006-2007"

Alumno: _____
(firma)

ANEXO 5.

Carta de Consentimiento de la Institución

Matanzas ,12 de Abril de 2006.
"Año de la Revolución Energética en Cuba"

A: Decano Facultad de Ciencias Médicas Matanzas

Por medio de la presente le solicitamos su consentimiento para permitirnos realizar el estudio "Actitud ante el VIH-SIDA de los alumnos que ingresan a la carrera de Medicina en la Facultad de Ciencias médicas de Matanzas. Curso 2006-2007". La planificación de las actividades a realizar se le informarán previamente para su aprobación y los resultados del estudio se le comunicaran y podrán ser utilizados por la Facultad..

Cordialmente

Investigadora: Dra. Teresa Dihigo Faz _____
(firma)

Decano: Dr. Víctor Luis Junco _____
(firma)