

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA

Intervención Educativa para Fomentar el uso del Preservativo en
Adolescentes del Consultorio 22 del Policlínico Norte de Morón



Autor: Dr. Kevent Uriel Meza Murillo

Morón, 2018

REPÚBLICA DE CUBA

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA**

**Intervención Educativa para Fomentar el uso del Preservativo en
Adolescentes del Consultorio 22. Policlínico Norte de Morón.**

**En opción al título de especialista de primer grado en Medicina General
Integral.**

Autor: Dr. Kevent Uriel Meza Murillo.

Aspirante a Especialista de primer grado en Medicina General Integral.

Policlínico Universitario Norte. `Diego del Rosario Padilla`

Tutor: Anara Paso Ralla

Especialista de primer grado en Medicina General Integral.

Policlínico Universitario Norte. `Diego del Rosario Padilla`

Morón, 2018

AGRADECIMIENTOS.

A la Revolución: Que me dió la oportunidad de formarme como médico.

A mis padres: Que con amor y paciencia me han apoyado en todas las etapas de mi vida.

A todas aquellas personas que de una forma u otra contribuyeron a que este trabajo se pudiera realizar.

RESUMEN.

Se realizó un estudio de intervención educativa del tipo antes – después; para mejorar la calidad de vida de los adolescentes entre 12 y 15 años, pertenecientes al consultorio médico de familia 22 del área norte del municipio Morón, en el periodo comprendido entre el 1 de mayo del 2016 hasta el 1 de mayo del 2018, con el objetivo de incrementar el conocimiento de los adolescentes sobre el uso del preservativo, para prevenir las enfermedades de transmisión sexual. El universo de trabajo estuvo constituido por 156 adolescentes de las edades antes mencionadas, quedando representada la muestra a estudiar por 127 adolescentes, los cuales fueron seleccionados por método aleatorio simple. Se les aplicó el instrumento inicial y posteriormente se procedió a realizar la intervención educativa, para aplicar nuevamente el instrumento. El estudio arrojó los siguientes resultados. El 55.1% de los encuestados se correspondieron con el sexo femenino en las edades entre 14 – 15 años; de ellos el 59.9% comenzó relaciones sexuales a los 15 años. El 75.4% usó medios de protección en su primera relación sexual, el preservativo fue referido por el 70.8% (antes) y 100% (después) como medio de protección para prevenir una enfermedad de transmisión sexual. El 33.9 % recibió información sobre el tema por los padres, siendo el SIDA la enfermedad más conocida por los adolescentes antes y después de aplicado el instrumento. Una vez aplicada la intervención, el 98% refirió responsabilidad para ambos sexos con el uso del preservativo y se logró incrementar los conocimientos sobre el uso adecuado del mismo. El mayor porcentaje de los adolescentes reconoce después de la intervención la responsabilidad para ambos sexos con el uso del preservativo, incrementando sus conocimientos sobre las enfermedades de transmisión sexual y así poder prevenir responsablemente las mismas.

PALABRAS CLAVES: Intervención educativa / enfermedades de transmisión sexual /Adolescencia.

ÍNDICE

I.	Introducción.....	Pág. 1
II.	Marco Teórico.....	Pág. 7
III.	Materiales y Métodos.....	Pág. 23
IV.	Resultados y Discusión.....	Pág. 32
V.	Conclusiones	Pág. 44
VI.	Referencias Bibliográficas.....	Pág. 45
VII.	Anexos	

I. INTRODUCCIÓN

A través de los siglos, el hombre no ha cesado de preguntarse sobre el sentido, la dimensión y el destino de la sexualidad. Las respuestas son innumerables, complementarias unas, contradictorias otras, pues siempre tienen que ver con las concepciones ideológicas y filosóficas de cada persona. En la actualidad no se concibe a la persona de la misma manera que en los siglos pasados, porque se esgrimen nuevas ideas o concepciones diferentes sobre la relación del hombre con el mundo, con la sociedad y la familia.

La sexualidad es un bien tan importante, que se precisa protegerlo, no debe estar al servicio de fines egoístas (sólo obtención de placer), sino se orienta hacia el amor verdadero, y le corresponde precisamente a la familia el papel fundamental en la educación de la sexualidad, si se considera, que la sexualidad está presente en todas las etapas de la vida y constituye el eje integrador de la familia, por lo que la familia es patrimonio de la humanidad, porque a través de ella, se debe prolongar la presencia del hombre sobre la tierra. Otros escenarios determinantes en la formación de la sexualidad son el medio escolar, laboral y el socio-grupo al que se insertan los individuos, de ahí la importancia de establecer programas de educación sexual abarcadores, capaces de satisfacer las inquietudes cognoscitivas acerca de la sexualidad en los diferentes escenarios en que ésta se desenvuelve, teniendo en consideración que cada uno de estos sistemas: la familia, la escuela, el trabajo, el grupo social forman parte de un gran todo que es la comunidad.

Hoy en día, el mundo se enfrenta a la necesidad de resolver problemas urgentes de las poblaciones, entre ellos: el de la salud en general y el de la salud sexual y reproductiva en particular. El panorama es sombrío, crecen las poblaciones y aparejado a ello aumentan las enfermedades; los presupuestos para recuperar la salud disminuyen, y su distribución en muchas sociedades no es equitativa. Los determinantes de este fenómeno son variados y los mecanismos que garanticen estados de salud satisfactorios no siempre son efectivos.

Se crea así un gran círculo en cuyo centro está la persona, bajo la influencia de diversas fuerzas vectoriales -determinantes- que de mantenerse en equilibrio favorecen la salud; pero esta relación no siempre se logra.

La educación de la sexualidad es una responsabilidad de la sociedad en su conjunto, se inicia desde el nacimiento dentro del grupo familiar y transcurre durante toda la vida en los sucesivos vínculos que establecen las personas al interactuar con diferentes grupos. Hoy se aprecian importantes cambios de conductas, actitudes y valores en lo referente a la sexualidad de los jóvenes y adolescentes de distintos sexos.

El grado de vulnerabilidad del adolescente y joven está en función de su historia anterior, sumada a la susceptibilidad o fortalezas inducidas por los cambios de algunos factores sociales, demográficos, el microambiente familiar, las políticas socioeconómicas, así como el grado de conocimiento que poseen sobre Salud Sexual y Reproductiva (SSR).(1)

Un enfoque especialmente efectivo es el trabajo en grupo de iguales. Sus principales ventajas son: mayor adecuación de los contenidos y estrategias, más motivación y crédito de la información. En este sentido, los adolescentes y jóvenes conceden mayor valor a la información obtenida en el grupo, que a la suministrada de forma autoritaria y por emisores con pocos puntos de contacto con ellos. La educación juega un papel fundamental, ya que constituye la base del conocimiento y permite el desarrollo de las destrezas que habilitan, tanto al adolescente, como al joven para tomar decisiones y ser responsables en materia de salud.

Por tanto, se hace necesaria una educación sexual de carácter alternativo ,que ofrezca a este grupo la posibilidad de elegir patrones y comportamientos en correspondencia con su forma particular de interpretar la sexualidad y determinar su manera de expresarla y sentirla de forma libre, lo que permite armonizar lo individual y lo social y enriquecerla sin conflictos antagónicos.(2,3)

La adolescencia y la juventud son edades aún tempranas, que resultan favorables para modificar enseñanzas rígidas, mitos, tabúes, creencias y formas de conducta que hayan influido en su formación, y así contribuir a que en su etapa de adultos manifiesten autorresponsabilidad en el cuidado de su salud.

Los jóvenes en ocasiones carecen de los medios y los medios para lograrlo, esto se comprueba en la poca percepción de riesgo, en la no protección en sus relaciones sexuales, en el cambio frecuente de parejas y en los embarazos no deseados. (4,5,6,7)

En Cuba durante el decenio 1991-2000, el tránsito de la juventud a la edad adulta se desarrolló en condiciones objetivas difíciles que afectaron la autosuficiencia económica de muchos pobladores, con particular impacto en los procesos esenciales de formación de la juventud.

Esto implicó cambios importantes en los adolescentes y jóvenes respecto a la adopción de acciones adecuadas para su realización personal y social; los situó en un contexto donde era difícil un crecimiento personal en correspondencia con los principios que hasta en ese momento se desarrollaban en la sociedad Cubana.

El problema creado puso a prueba la capacidad de inserción social de la sociedad Cubana. Por todo ello, se buscaron alternativas encaminadas a rescatar las políticas sociales. No obstante, muchos de estos problemas aún subsisten y contribuyen a la presencia de conductas de riesgo en los jóvenes y adolescentes

En consonancia con lo anterior, se incorporó un gran número de estos adolescentes y jóvenes sin vínculo docente o laboral a la educación universitaria, en carreras con matrículas deficitarias o de nueva creación. En todos los casos se les efectuó un diagnóstico educativo integral que abarcaba aspectos de su vida personal y familiar. (8,9)

En muchos de ellos se detectaron condiciones del entorno familiar desfavorables, presencia de hijos, algunos casados o en unión consensual.

A partir de que la especificidad de cada generación juvenil está determinada por la situación contextual de la sociedad en que se desenvuelve, es que se considera que este grupo de estudiantes, con las características socioculturales descritas, constituye una población con conducta de riesgo. Esto se basa en que el grado de vulnerabilidad del adolescente está en función de su historia anterior, sumada a la susceptibilidad o fortalezas inducidas por los cambios de algunos factores sociales, demográficos, el microambiente familiar y las políticas socioeconómicas.

En el año 2016 se presentaron un total de 3548 casos de blenorragia ,5008 casos de sífilis y 158 nuevos casos de VIH-SIDA.

En nuestro municipio, Morón, en el periodo comprendido de Mayo de 2016 a Mayo del 2018 , se registraron un número aproximado de 99 nuevos casos de Sífilis, así como 37 nuevos casos de Blenorragia ; cifras que reflejan la importancia de que nuestros adolescentes estén bien informados; además de que puedan prevenir las Enfermedades de transmisión sexual

En este trabajo se parte del supuesto de que el aprendizaje de la sexualidad es participativo y continuo, que la familia y la escuela son escenarios fundamentales para aprender a ser sexuado y donde cada personalidad desarrolla una sexualidad que le permita su crecimiento y autorregulación.

Por tanto, se puede considerar que una intervención educativa sobre promoción del uso del preservativo en adolescentes y jóvenes fuera de la malla curricular, puede constituir una alternativa favorable para elevar los conocimientos y contribuir a la modificación de comportamientos de riesgos a través del uso pertinaz y responsable del condón .(10,11)

Esta intervención, por su propio diseño es factible de ser aplicada a otros escenarios de adolescentes y jóvenes que deseen mejorar los conocimientos acerca de la prevención de enfermedades venéreas.

El trabajo realizado, además de brindar mayor información sobre los adolescentes y jóvenes estudiados, todo ello desde la perspectiva de la promoción de salud. Por ello el problema científico que abordó está referido a la búsqueda de realidades, acerca de conocimientos y comportamientos sobre el uso del condón y sus beneficios en estos y a partir de ello, trazar una estrategia educativa extracurricular dirigida a fortalecer el enfoque de la promoción de la salud y educación para el desarrollo de una sexualidad responsable.

Por tanto, este trabajo tiene como objetivo aplicar una estrategia de intervención educativa dirigida al uso del condón en jóvenes y adolescentes.

Problema Científico: ¿Cómo contribuir al fomento de comportamientos responsables para prevenir las Enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el VIH-SIDA en adolescentes del consultorio médico de la familia (CMF) 22 del Área Norte de Morón?

Hipótesis: Si se aplica una estrategia educativa, centrada en el sujeto, utilizando métodos educativos que impliquen afectivamente a éste y con una comunicación horizontal se contribuirá a lograr un comportamiento responsable para el uso del preservativo en adolescentes del CMF 22 del Área Norte de Morón.

OBJETIVOS

General:

Incrementar el conocimiento sobre el uso del preservativo en la prevención de las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes del CMF 22 del área Norte de Morón.

Específicos:

Caracterizar la muestra de acuerdo a las siguientes variables:

- Sexo.
- Edad.
- Si han tenido relaciones sexuales.
- Edad de comienzo de las relaciones sexuales.
- Uso de medios de protección en la primera relación sexual.
- Medios por el cual recibieron la información.

Identificar las necesidades de aprendizaje

Aplicar la estrategia de intervención educativa diseñada al efecto.

Evaluar los resultados de la estrategia de intervención educativa después de aplicada la misma, a través de las siguientes variables:

- Medios de protección para no adquirir una infección de transmisión sexual.
- Peligros sobre la práctica del sexo desprotegido.
- Tipos de infecciones de transmisión sexual que conocen.
- Conducta ante una infección de transmisión sexual.
- Responsabilidad del uso del preservativo.
- Evaluar el conocimiento de los adolescentes sobre las enfermedades de transmisión sexual.

II. MARCO TEORICO

Las Enfermedades de Transmisión Sexual son un conjunto de Enfermedades que se transmiten fundamentalmente a través de las relaciones sexuales. Algunas de ellas también pueden transmitirse a través del contacto con la sangre o de la madre infectada a su hijo. Son muy comunes en todo el mundo como causa de morbilidad, complicaciones y secuelas; como es el caso de las inflamaciones pélvicas en la mujer, estrechez uretral en el hombre, infertilidad en ambos sexos, cáncer cervical y cáncer de pene. (9, 12)

No se conocen bien los antecedentes históricos de las Enfermedades de transmisión sexual. Parece que en los manuscritos médicos de la China antigua, cuya antigüedad se remonta al año 2500 a. C., ya se hacía referencia a una «úlcera corrosiva» de los genitales que aparecía pocos días después del coito. (9)

En los años 400 a. c., el médico griego Hipócrates decía que la gonorrea resultaba de la indulgencia excesiva de los placeres de Venus. Debido a que Venus era la diosa del Amor, estas enfermedades fueron llamadas Venéreas conocidas desde la antigüedad, fueron asociadas a los amores prohibidos y hasta la segunda guerra mundial constituían un reducido número de enfermedades infecciosas, formado por la sífilis, gonorrea, chancro blando, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal. La incidencia de las Infecciones de Transmisión Sexual, las enfermedades contagiosas más frecuentes en el mundo, aumentó de modo progresivo entre los años 1950-1970, estabilizándose en la década de los 80. (1, 13)

Hoy en día constituyen un serio problema no solo en términos de salud, sino económicos y sociales, observando que cada año se presentan más de 340 millones de casos de ETS curables (que incluyen solo aquellas infecciones bacterianas, fúngicas y parasitarias susceptibles de tratamiento efectivo) y que por lo menos 1 millón de contagios ocurren cada día. Solamente para Latinoamérica y

el Caribe se estimaron entre 35 y 40 millones de casos de este grupo de ITS con más de 100.000 infecciones promedio por día. (9,14,15,16)

Las ETS son causadas por bacterias, virus, protozoarios o parásitos. Las más comunes en más de 20 enfermedades conocidas son Clamidia, Trichomoniasis, Gonorrea, Sífilis, Hepatitis y SIDA.

Existen además algunas infecciones intestinales que pueden transmitirse también por la vía sexual, entre ellas tenemos las salmonelosis, giardiasis, amebiasis, shigelosis, campilobacteriosis, hepatitis A y B, infecciones por citomegalovirus, además de la *Ptirus pubis* y *Sarcoptes scabiei*. (9, 17, 18)

Entre las ETS más importantes, el SIDA, el Herpes Genital, el Condiloma y la Hepatitis B no presentan cura hasta el momento (causadas por virus) y la *N. Gonorrhoeae*, la Clamidia, la Sífilis, y las vaginitis pueden curarse con tratamientos habituales. Una persona puede padecer una E.T.S sin notar ningún signo ni síntoma. Los síntomas pueden tardar en presentarse hasta unas semanas o meses después del contacto sexual. Sin tratamiento adecuado, muchas de estas Enfermedades pueden provocar problemas serios de salud, esterilidad, impotencia, inmunodeficiencia, retraso mental y la muerte. (19, 20, 21)

Los síntomas más comunes de las ETS incluyen: secreción uretral, secreción vaginal, úlcera genital, dolor abdominal bajo, aumento de volumen del escroto, bubón inguinal e inflamación de los ojos en el recién nacido. Ellos son causados por una amplia variedad de patógenos virales: Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), Virus de la Hepatitis B (VHB), Virus del Herpes Simple o Herpes genital (VHS) y Virus del Papiloma Humano (VPH); bacterianos (*Neisseria Gonorrhoeae*, *Treponema pallidum*, *Haemophilus ducreyi*, *Calymmatobacterium granulomatis* y *Gardnerella vaginalis*), Clamidias (*Chlamydia trachomatis*), hongos (*Candida albicans*), protozoos (*Trichomonas vaginalis*) y parásitos (*Ptirus pubis*, *Sarcoptes scabiei*). (22, 23)

Las Enfermedades del tractus reproductor comprometen desproporcionadamente la salud de las mujeres, ellas están más expuestas que los hombres a las E.T.S. debido a la carencia de disponibilidad de métodos de barrera controlados para la mujer; en la dinámica de la relación sexual frecuentemente está limitada su capacidad de negociar las condiciones bajo las cuales esta ocurre. Por razones anatómicas y fisiológicas la transmisión de una E.T.S. siguiendo a una exposición aparece más frecuentemente del hombre a la mujer que de la mujer al hombre y además ella, cuando la infección ocurre, frecuentemente lo es de forma asintomática y no demanda asistencia médica y aún si la solicitara, el diagnóstico de algunas E.T.S. (N.Gonorrhoeae, C. trachomatis) es más difícil en la mujer que en el hombre. Por otra parte, la potencial extensión de la Enfermedad al aparato genital es también mayor en la mujer que en el hombre. Claramente, debido a estos factores la probabilidad de retardo en el tratamiento y la severidad de las complicaciones son mayores en la mujer. (24)

Como hemos analizado, la principal forma de transmisión de las ETS es por medio de las relaciones sexuales con penetración vaginal, anal u oral, sin protección; otro modo de transmisión incluyen de la madre al niño durante el embarazo (VIH, VHB, y Sífilis), durante el parto (VIH, Gonorrea, e infecciones por Clamidias), o después del parto (VIH, VHB) y través de transfusiones u otro contacto con sangre y hemoderivados (Sífilis, VIH y VHB). (18, 19, 25)

Existen una serie de factores biológicos, sociales y del comportamiento que influyen sobre la transmisión de las ITS, como son:

Edad

La constitución de la mucosa vaginal y del tejido cervical de la mujer joven la hacen muy susceptible a las ETS. El riesgo de las jóvenes aumenta cuando tienen actividad sexual en la pubertad temprana.

Sexo

Las mujeres se contagian de ETS principalmente por contacto vaginal. Es más fácil que un hombre transmita la infección a una mujer que lo contrario, porque las mujeres tienen una mayor superficie expuesta (la vagina) durante la relación sexual con penetración y además un relativo mayor tiempo de exposición a las secreciones de su pareja.

Circuncisión

Los hombres circuncidados se contagian menos de ETS que los no circuncidados. (18, 26)

Existen factores sociales que influyen sobre la transmisión como es negarse a adoptar hábitos de relaciones sexuales sin riesgo, como el uso de condones.

Hay muchas razones por las que los individuos no adoptan prácticas sexuales sin riesgo. Entre las más importantes se incluyen: desconocen las prácticas sexuales sin riesgo, no tienen acceso a condones, rechazan los condones, razones culturales y religiosas; ciertos comportamientos sexuales están muy arraigados en la vida cotidiana de las personas y las comunidades. (19, 22, 27)

En cuanto a lo del comportamiento que aumenta el riesgo de ETS tenemos:

- Haber cambiado recientemente de pareja sexual
- Tener más de una pareja sexual.
- Tener una pareja sexual que tiene otros compañeros sexuales.
- Tener relaciones sexuales ocasionales con otras parejas. En general, personas desconocidas y de las que no se sabe si tienen alguna ETS.
- Seguir teniendo relaciones sexuales a pesar de tener síntomas de ETS.
- No informar a las parejas sexuales de que uno tiene una ETS y que ambos necesitan tratamiento.

El no usar condón en cualquiera de las situaciones anteriores expone a ambos miembros de la pareja a un alto riesgo de infección. (22, 26, 28)

Todos estos factores biológicos, sociales y del comportamiento que influyen en el aumento de la transmisión de las ETS, a la vez aumentan la vulnerabilidad a los grupos de alto riesgo de ETS representados por: adolescentes sexualmente activos de ambos sexos; mujeres y hombres que tienen varias parejas; hombres que tienen sexo con otros hombres; hombres y mujeres cuyo empleo los aleja por plazos prolongados de sus familias o compañeros sexuales regulares y personas que practican la prostitución. (15, 19)

Para poder lograr la prevención y el control de las ETS, es necesario establecer estrategias eficaces, que se puedan poner en práctica. En ellas se debe incluir:

- ✓ Educar a los pacientes y a la población sobre los riesgos de las relaciones sexuales sin protección, persuadirlos de que usen condones correctamente y limiten el número de parejas sexuales.
- ✓ Intervenciones dirigidas a los grupos más vulnerables.
- ✓ Diagnóstico precoz y atención oportuna de las personas infectadas para reducir la transmisión a otros y reducir al mínimo las complicaciones.
- ✓ La atención y educación sexual de las parejas sexuales de las personas con E.T.S. (22, 29)

A continuación mencionaremos algunas de las ETS más frecuentes:

1) VIH/SIDA:

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA): Es un conjunto de enfermedades que ocurren cuando las defensas del organismo se encuentran debilitadas por la presencia del VIH, lo cual imposibilita que el organismo pueda defenderse contra esas enfermedades, como lo haría en condiciones normales.

Por lo tanto, el SIDA es producido por el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana). (23)

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) apareció por vez primera en la primavera de 1981 en los Ángeles, EEUU. Cuando el doctor M. Gattlie

describe los cinco primeros casos en jóvenes homosexuales masculinos. Desde entonces el mundo ha visto cómo una enfermedad que en un principio fue descrita solamente en países desarrollados, en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) y usuarios de drogas inyectables, se transformó en una pandemia que afecta a millones de hombres, mujeres y niños en todos los continentes. (11, 24, 30)

La historia natural de la enfermedad consiste en una primoinfección, asintomática en más de la mitad de los casos, seguida de un período de latencia clínica de varios años de duración en el que el virus sigue replicándose de forma activa y a gran velocidad. La mayoría de los pacientes desarrolla luego infecciones oportunistas o determinados tipos de neoplasias (sarcomas de Kaposi o linfomas de alto grado de malignidad) como consecuencia de una profunda inmunodepresión (predominantemente de la inmunidad celular). A esta fase final de la infección por el HIV-1 se le denomina Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). La introducción de tratamientos antirretrovíricos muy potentes a partir de 1996 han conseguido restaurar parcialmente la inmunidad celular en los pacientes con SIDA, retrasar considerablemente la progresión clínica y reducir la mortalidad. (5, 21)

Las estadísticas de la ONUSIDA y la Organización Mundial de Salud (OMS) hasta finales del 2004 reportaron un estimado de 45 millones de adultos y niños que viven con el VIH/SIDA; resaltando África Subsahariana con 31.5 millones, Asia del Sur y Sudoriental con 6.9 millones y América Latina con 1.5 millones. (21, 23, 25,31, 32)

El VIH/SIDA se ha convertido en una de las enfermedades más temibles del presente siglo. Las vías de transmisión son por relaciones sexuales vaginal, anal y oral desprotegidas, a través de la sangre infectada y de la madre a su hijo durante el embarazo, en el parto y la lactancia materna. Esta infección no se transmite por

usar un baño público, ni por saludarse, ni por el beso, ni por tomar agua en el mismo recipiente, ni caricias, ni juegos sexuales. (23, 29)

Las ETS, tanto aquellas que causan úlceras (Sífilis, Herpes Genital, Chancro blando,...) como las que no las producen (Gonorrea, Infecciones por Chlamydia, trichomonas,...) aumentan de dos a nueve veces el riesgo de transmisión del VIH. También se ha demostrado que las ETS ulcerativas en personas no infectadas por VIH, aumentan la susceptibilidad de estas para adquirirlo, por ser dichas úlceras una fácil puerta de entrada para el virus. Por otro lado, las mujeres que tienen Gonorrea o infección por Chlamydias, presentan en el cuello uterino, un aumento desproporcional de linfocitos CD4, blanco celular del VIH, lo que las hace más susceptibles a la infección por VIH. (33, 34,35)

El VIH es el virus de inmunodeficiencia humana responsable directo del SIDA. Se reconocen dos tipos de virus que son (VIH I, VIH II). El virus puede vivir en nuestro organismo durante varios años (el período de incubación es de 11 años como promedio) antes de presentarse los síntomas propios del síndrome, es decir, que el paciente sin saberlo puede transmitir la infección, la única manera de saberlo es presentarse a los servicios de salud después de tener un contacto desprotegido en un período de más menos tres a seis meses, que es la única forma de presenciar los anticuerpos contra el virus, a través de un examen que se llama MICROELISA; por tanto, si el resultado fuera positivo y tiene contacto con otra persona puede transmitir la infección sin llegar a tener el SIDA. (11, 36, 37)

El VIH tiene tres vías fundamentales de transmisión:

- A través de relaciones sexuales desprotegidas (vaginal, anal, oral).
- Por la sangre infectada (compartiendo agujas o jeringuillas).
- De la madre al feto o al hijo (durante el embarazo, el parto y la lactancia).

No se transmite por picadura de insectos, ni por besos, caricias, sudor, salivas, lágrimas, usar el baño, vasos o cubiertos de una persona infectada. (34, 38)

2) BLENORRAGIA O GONORREA:

Es una Enfermedad de transmisión sexual causada por la especie *NeisseriaGonorrhoeae*, que afecta el epitelio columnar y de transición de la uretra, endocérvix, faringe, ano y conjuntiva, caracterizada por un espectro clínico muy variado. (27)

La *N.Gonorrhoeae* fue identificada por Neisser en 1879. Es una enfermedad de distribución mundial, estimándose aproximadamente 62.000.000 casos nuevos en todo el mundo; y en nuestro país más de 33.948 casos por año, constituyendo una de las E.T.S más frecuentes. (14)

La Blenorragia es una enfermedad propia de los seres humanos; afecta por igual a ambos sexos, y es más frecuente en adolescentes y jóvenes sexualmente activos. Se transmite a través del contacto con exudados de las membranas mucosas de las personas infectadas, casi siempre por contacto sexual; el período de incubación varía entre 2 y 7 días y la transmisibilidad puede durar de meses a años sin tratamiento adecuado. Las mujeres son con frecuencia, portadoras asintomáticas del microorganismo por semanas o meses, no ocurriendo así generalmente con los hombres (en un 90%), donde las manifestaciones clínicas aparecen más temprano. Dichas manifestaciones clínicas están dadas en el hombre por un exudado uretral purulento amarillento, disuria y lesiones eritematosas en los bordes del meato uretral. En el caso de la mujer puede presentarse por exudado muco purulento, disuria, dolor pelviano. (29)

Todas estas manifestaciones producidas por el gonococo, sino fueran tratadas a tiempo provocarían serias complicaciones que son parecidas a las que produce la *Clamydia*, como son:

INFERTILIDAD

Es una de las más frecuentes complicaciones, resultado del daño de las trompas uterinas por el ascenso en el tracto genital superior de los agentes causales de

gonorrea y clamidia, los cuales causan enfermedad pélvica inflamatoria (E.P.I). Numerosos datos indican que 10 - 40 % de las mujeres con infección por gonococos o clamydias no tratadas evolucionan a E.P.I. Sintomática y más del 25% de estas resultarán infértiles.

EMBARAZO ECTOPICO (Tubario)

Esta potencialmente fatal complicación de las E.T.S, también está asociada con E.P.I. previa y la oclusión incompleta de la luz tubaria. Las mujeres que han padecido de E.P.I. tienen 6 - 10 veces más probabilidades de tener un embarazo ectópico que aquellas que nunca han padecido de infección del tracto genital superior. El primer embarazo después de E.P.I. resulta un embarazo ectópico en aproximadamente el 6 % de las mujeres. Actualmente el embarazo ectópico representa una de las causas más importantes de muerte materna. En los Estados Unidos de Norteamérica el embarazo ectópico ha aumentado de 1:208 partos en 1970 a 1:43 en 1987 y es una de las dos primeras causas de mortalidad materna. En Cuba, en estudios realizados en el Hospital "Eusebio Hernández" de Ciudad de La Habana en el período 1970 – 1973, la frecuencia del embarazo ectópico fue de 1:283 nacimientos, 1:136 en 1990 y 1:80 en 1994. Según datos de la Dirección Nacional de Estadísticas, durante el período 1985 – 1995, las muertes por embarazo ectópico en Cuba, representan el 11.8% de todas las muertes maternas.

CANCER CERVICAL

Esta frecuente complicación de las E.T.S, igual que el embarazo ectópico, frecuentemente concluye con la muerte de la mujer. La evidencia disponible muestra que la infección por papiloma viral humano juega el principal papel en la etiología del cáncer cervical. (39)

3) CLAMIDIASIS:

Es una enfermedad de transmisión sexual causada por una bacteria llamada Chlamydia trachomatis. Se transmite a través del contacto sexual con una

persona infectada con la bacteria, ya sea anal, vaginal o a través del contacto de la boca con los genitales. Es la principal responsable de las uretritis no gonocócicas y postgonocócicas. Si no se trata a tiempo, las consecuencias podrían ser serias. (12)

En la mujer puede causar infertilidad, esterilidad, y enfermedad pélvica inflamatoria. En el hombre puede causar inflamación de la uretra, de la próstata y los testículos. La mayoría de las personas que tienen Clamidia, tienen pocos o ningún síntoma hasta que la enfermedad está en una etapa más o menos avanzada. Cuando se presentan síntomas, éstos usualmente aparecen de una a tres semanas después de haberla contraído.

Las primeras señales pueden incluir: flujo vaginal (poco común), dolor al orinar, irritación en el recto, inflamación de la membrana del ojo (conjuntivitis), dolor en la parte baja del abdomen, sangrado luego de tener relaciones sexuales, sangrado entre períodos menstruales, dolor durante la relación sexual.

Los hombres también pueden sentir secreciones acuosas que salen a través del pene, y ardor y picazón en la apertura del pene. (28)

Se les recetará antibióticos a la pareja infectada que deben tomarse durante siete días. La penicilina no se receta porque no es efectiva en el tratamiento de la clamidia. En su lugar, se receta tetraciclina, doxyciclina o algún otro antibiótico. (27)

4) SIFILIS:

Enfermedad sistémica transmisible causada por una espiroqueta: *Treponema Pallidum*, que se caracteriza por evolucionar por estadios clínicos sucesivos y con período de latencia asintomático de varios años de duración, además de afectar cualquier tejido u órgano vascular. (40)

En el origen de esta enfermedad, se emiten dos teorías, una precolombina la que sostiene que la sífilis tuvo su origen en el viejo mundo, y se basa en referencias bíblicas y en lesiones óseas de esqueletos hallados en ruinas de civilizaciones antiguas; y la colombina que afirma que la enfermedad tiene su origen en el mundo nuevo, según Fernando Colón, hijo del almirante Cristóbal Colón, la adquirieron los marineros durante la travesía de regreso a España.

En menos de una década la sífilis se extendió por toda Europa, y los marineros portugueses la introdujeron en África y Asia desarrollándose grandes epidemias. En el siglo XV los científicos se percataron del origen venéreo de la enfermedad. En este siglo GirolanoFracastorius y Paracelso bautizaron la enfermedad con el nombre de “sífilis” y afirmaron que madres sifilíticas daban a luz hijos sifilíticos; entonces se recomendó el Guayacol y los Mercuriales como tratamiento de la enfermedad; haciéndose fricciones con pomadas mercuriales, se introducían a los enfermos en una estufa grande y se le calentaba el mercurio en sus pies de manera que absorbieran sus vapores, hasta que no salivaran 2 lb diaria no estaban bien tratados, porque creían que con la saliva se escapaba la enfermedad. Este tratamiento mató más enfermos que la propia enfermedad, y en algunos hospitales después de la cura le propinaban al enfermo una tunda de palo para castigar “la carne pecadora”.

En el 1733 se hicieron pruebas de investigación que llegó a resultados equivocados de que la sífilis y la gonorrea eran la misma enfermedad. Ya en el 1905 Schaudinn y Hoffman descubrieron el agente causal de la sífilis que era una espiroqueta llamada **Treponema Pallidum**.

En la primera guerra mundial aumentó la prevalencia de la sífilis tanto en la población civil como militar, constituyendo un gran problema no solo en el orden de salud sino en lo social, económico y político; a partir de entonces los gobiernos hicieron campaña contra la sífilis. Fue así que en 1922 el francésLavodoti introdujo el bismuto en el tratamiento, lo que representó un avance considerable en el

campo de la salud. Pero en 1943 Mahoney, Arnold y Harris reportaron sus resultados exitosos en el tratamiento con la Penicilina de la sífilis reciente en el hombre, constituyendo actualmente el tratamiento de elección de la sífilis. (41,42)

El único reservorio son los humanos. Se transmite durante las relaciones sexuales, por contacto directo con exudados de las lesiones iniciales húmedas evidentes de la piel y de las mucosas, y con líquidos y secreciones orgánicas de las personas infectadas, así como por transfusiones de sangre; la vía fetal puede ocurrir durante el embarazo y el parto. (28)

Después de un contacto infectante el treponema penetra la piel o la mucosa donde se multiplica, luego por vía linfática llega a los ganglios regionales donde sigue la multiplicación y posteriormente se disemina por vía sanguínea, realizando una verdadera espiroquetemia. (42)

El período de incubación es de 10 días hasta 3 meses, generalmente 3 semanas. El período de transmisibilidad es variable e indefinido, en las etapas primarias y secundarias y en las recurrencias mucocutáneas pueden aparecer durante los primeros 4 años de latencia. (28, 29)

La sífilis es una enfermedad de distribución mundial. La OMS estima 12.000.000 de casos nuevos anuales con el mayor número de casos en el Sur y Sudeste Asiático y en el África Subsahariana. En nuestro país se notificaron 15.818 en 1996 y 15.813 en 1997, por lo que hubo una muy ligera disminución. (12)

Por lo general prevalece en zonas urbanas y en jóvenes sexualmente activos, más en hombres que en mujeres. En los últimos años los homosexuales hombres han aumentado la incidencia de la enfermedad; prevalece más en los grupos que presentan factores sociales asociados, además de otros factores de riesgo mencionados anteriormente comunes para todas las E.T.S. (28)

Existen cuatro etapas por las cuales puede atravesar la enfermedad si no es tratada a tiempo.

Etapa primaria: El primer síntoma es una llaga (chancro) en la parte del cuerpo que entró en contacto con la bacteria. Estos síntomas son difíciles de detectar porque por lo general no causan dolor y, en ocasiones, ocurren en el interior del cuerpo. Una persona que no ha sido tratada puede infectar a otras durante esta etapa.

Etapa secundaria: Surge alrededor de tres a seis semanas después de que aparece la llaga. Aparecerá una erupción en todo el cuerpo, en las palmas de las manos, en las plantas de los pies o en alguna otra zona. Otros síntomas que se pueden sentir son fiebre leve, inflamación de los ganglios linfáticos y pérdida del cabello.

Etapa latente: La sífilis, si no es diagnosticada ni tratada durante mucho tiempo, entra en una etapa latente. En esta etapa no hay síntomas notables y la persona infectada puede contagiar a otros. Sin embargo, una tercera parte de las personas que están en esta etapa empeoran y pasan a la etapa terciaria de la sífilis.

Etapa terciaria (tardía): Esta etapa puede causar serios problemas como trastornos mentales, ceguera, anomalías cardíacas y trastornos neurológicos. En esta etapa, la persona infectada ya no puede transmitir la bacteria a otras personas, pero continúa en un período indefinido de deterioro hasta llegar a la muerte. (18, 42)

5) CONDILOMA O VERRUGAS GENITALES O INFECCIÓN POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (PVH):

Infección del epitelio de la piel y de la mucosa causada por el virus del papiloma humano, que se transmite por contacto directo y que evoluciona con una forma subclínica y una forma clínica dada por elevaciones papilomatosas en forma de

proyecciones filiformes o masas vegetantes, acompañado de secreciones que emiten un olor desagradable. (15, 28, 43)

A mediados de los años 1980, aplicando técnicas moleculares, se realizaron grandes progresos en la comprensión de la relación entre PVH y cáncer cervical. Hoy día, más de 60 tipos de PVH han sido aislados y caracterizados, más de 20 de ellos capaces de infectar el tracto anogenital. Basado en su asociación con tipos específicos de lesión anogenital han sido divididos en tres grupos según su riesgo oncogénico:

Bajo riesgo	Tipo: 6, 11, 42, 43, 44
Riesgo intermedio	Tipo: 31, 33, 35, 51, 52
Alto riesgo	Tipo: 16, 18, 45, 56

Las verrugas anogenitales causadas por papiloma virus humano (PVH) son transmitidas sexualmente y tienen un período de incubación de entre 1 y 6 meses. La mayor parte de las mujeres infectadas son asintomáticas. La infección se puede manifestar de forma inaparente o provocar la formación de múltiples lesiones verrugosas o planas. (16, 28, 34)

Las infecciones verrugosas endocervicales por los tipos 16 o 18 han sido implicadas como una causa de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) y de cáncer cervical. Los PVH tipos 16 y 18 no producen en general verrugas genitales externas, que suelen deberse a los tipos 6 y 11. (30, 35)

El único reservorio son los humanos. El período de transmisibilidad se desconoce, pero quizás dure mientras permanezcan las lesiones viables. La enfermedad es más frecuente en personas con varios compañeros sexuales y en presencia de otras E.T.S asociadas. La inmunodepresión ha sido identificada como un factor de riesgo importante.

Las lesiones comienzan por una elevación de pequeño tamaño, rosada, de superficie lisa que crece rápidamente y da lugar a vegetaciones en forma de “cresta de gallo”, o grandes masas pediculadas en forma de “coliflor”. Estas lesiones pueden ser únicas o múltiples; en los hombres se localiza en el pene, escroto, región perianal y la uretra; en las mujeres se localiza en la vulva, cuello uterino, región perianal y la vagina. En casos más raros se localizan en la mucosa oral, laringe, tráquea y recto. (18)

El tratamiento puede eliminar las lesiones aparentes, pero no reduce los riesgos de cáncer. Los riesgos de recurrencia de lesiones verrugosas son altos, cualquiera que sea el tratamiento, ya que no hay tratamiento específico para el virus del papiloma humano. (27, 28)

6) INFECCIONES POR VIRUS HERPES SIMPLE (VHS):

Es una inflamación de la piel, eruptiva, caracterizada por vesículas agrupadas que nacen sobre una base eritematosa, que tiene predilección por la cara y la región genital, aunque pueda asentar en cualquier sitio, y su etiología es viral. (18, 29,44,45)

La enfermedad es causada por dos serotipos de virus herpes: El orofacial o tipo 1 y el genital o tipo 2. El hombre constituye el único huésped del virus, y puede ser transmitido mediante el contacto de las lesiones, gotas de salivas o de forma indirecta que puede provenir lo mismo de un enfermo, el cuál puede ser infectante alrededor de los 23 días, o de un individuo infectado o aparentemente sano. El período de incubación oscila entre 2 y 12 días, como promedio 7 días. El VHS pertenece al grupo de Herpes virus. El primero es responsable de gingivoestomatitis y faringitis, el segundo se asocia principalmente al herpes genital. El VHS es neurotrópico, infecta los ganglios nerviosos en donde está protegido de los mecanismos inmunes de la célula hospedera y puede reactivarse manifestándose clínicamente por úlceras genitales recurrentes.(46,47,48)

La infección primaria se presenta en forma de lesiones vesiculares múltiples, empezando como pápulas que se pueden ulcerar y son extremadamente dolorosas. La ulceración tiene una base eritematosa indurada y desaparece de 4 a 6 semanas sin dejar cicatriz. Puede acompañarse de síntomas constitucionales como malestar y fiebre. Las infecciones primarias son grandes excretores de virus y pueden ocurrir lesiones extragenitales por autoinoculación. Las recurrencias ocurren en el 38 al 56% de los pacientes y se presentan con lesiones similares a la infección primaria, tienen una duración menor de la eliminación vírica y de los síntomas, con escasos o ningún síntoma sistémico. No existe cura disponible. La duración de los síntomas puede reducirse si se da tratamiento en la etapa inicial del brote. Si no se inicia temprano, puede que el tratamiento no sea efectivo. (49,50,51)

III. MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio experimental de intervención educativa del tipo (antes-después) con el objetivo de elevar el conocimiento acerca del uso del preservativo y las Enfermedades de transmisión sexual en los adolescentes, entre los 12-15 años de edad del CMF 22 del Área Norte del municipio de Morón en el periodo comprendido entre mayo del 2016 y mayo del 2018

El universo de trabajo estuvo constituido por 156 adolescentes entre 12 y 15 años. La muestra estuvo constituida por 127 adolescentes seleccionados de forma aleatoria simple, a quienes se les aplicó una encuesta (Anexo #2) para medir sus conocimientos sobre el uso del preservativo antes y después de la intervención. Esta encuesta fue aplicada por personal médico capacitado para este trabajo.

Criterios de inclusión:

- Ser un adolescente y permanecer físicamente en el área durante la investigación.
- Adolescentes del sexo femenino y masculino con edades entre los 12 y 15 años, que estén aptos físico y mentalmente para comprender la encuesta y el programa educativo.

Criterios de exclusión:

- Adolescentes con trastornos psicológicos o de otra índole que pudiera afectar el proceso investigativo.
- Adolescentes que no deseen participar en el estudio.

Ética y bioética

Los adolescentes seleccionados tuvieron oportunidad informarse sobre el objetivo de nuestra intervención y la inocuidad de la misma, que su participación sería voluntaria y una vez incorporadas a este tendría la posibilidad de abandonarlo si así lo decidieran. Su disposición a colaborar en el estudio se plasmó en un modelo de consentimiento informado, debidamente firmado por ellos y el investigador, quien

dio fe del respeto absoluto a la confidencialidad de sus identidades e información (Anexo 1)

La estrategia metodológica del trabajo se basó en principios, categorías y leyes del materialismo dialéctico y el método científico, aplicados al estudio.

Los métodos aplicados durante la investigación fueron:

Métodos teóricos:

Análisis-síntesis: permitió penetrar en lo fundamental del observado, separar lo esencial de lo secundario, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para la solución del problema.

Análisis histórico-lógico: se selecciona con el objetivo de poder estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el de cursar de la historia, por lo que se emplea para indagar sobre las diferentes Enfermedades de Transmisión Sexual.

Inducción-deducción: se establecen generalizaciones que confirman empíricamente la hipótesis.

Hipotético-deductivo: deduce una hipótesis como respuesta al problema.

Métodos empíricos:

La observación: mediante la misma se conoce la realidad del proceso, el riesgo de los adolescentes de padecer de Enfermedades de Transmisión Sexual por él no uso de métodos anticonceptivos eficaces y no ser detectadas tempranamente, de esta forma diagnosticar y poder aplicar un programa de intervención educativa que logre resolver el objetivo de la investigación.

Técnica de recolección de la información:

La encuesta: dadas las características de búsqueda de información rápida y económica se aplicó a los adolescentes del CMF22 del área norte de morón, objetos de estudio para saber los conocimientos que tienen los mismos sobre el uso del preservativo. Lo cual constituyó la técnica de recolección de la información, la cual se validó en una representación de la muestra, y de acuerdo a los objetivos propuestos, se confeccionó un cuestionario de datos primarios (Anexo # 2), el cuál sirvió de guía para seleccionar los grupos de riesgo.

Para el desarrollo de esta investigación, se aplicó una encuesta antes y después de la intervención educativa, que constituyó el sustento informativo de todo el trabajo. En esta se recogieron todas las variables de interés para la información, la cual tuvo preguntas cerradas dicotómicas y politómicas.

1. CONCEPTUALIZACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Variable dependiente.

Conocimiento. La adquisición a través de la superación de las adolescentes en temas relacionados con las Enfermedades de Transmisión Sexual.

Cualitativa nominal

Variable independiente.

Intervención educativa: sistema de actividades educativas para lograr cambios de comportamientos específicos y sostenidos en las adolescentes.

Métodos educativos: son las vías y los modos de la actividad conjunta entre los sujetos para lograr los objetivos propuestos.

2. EL TRABAJO SE DESARROLLÓ EN TRES ETAPAS:

2.1 Conocimiento al inicio de la investigación.

2.2 De intervención educativa.

2.3 Conocimiento después de la intervención.

2.1 Conocimiento al inicio de la investigación.

En esta etapa se identificó el conocimiento sobre el uso del preservativo en los adolescentes seleccionados para la investigación, para ello se realizó un formulario (Anexo 2) dicha encuesta contó de 10 ítems que evaluaron variables de interés, los cuales se categorizaron de la siguiente manera:

1. Edad: variable cuantitativa continua interval. Expresada en años cumplidos. Al evaluar los resultados se contempló la edad para ese momento menos el tiempo que haya transcurrido en el proceso de investigación con el objetivo de evitar variaciones en los grupos de edades y facilitar la interpretación de los resultados.

2. Sexo: variable cualitativa nominal dicotómica. Características físicas biológicas que definen al hombre y la mujer. Define como masculino al hombre y femenino a la mujer.

3.¿Has tenido relaciones sexuales?

Variable cualitativa nominal dicotómica. Se responde con una cruz según correspondió en las posibilidades de respuestas: Sí () o No (). Se consideró correcta la respuesta afirmativa y como incorrecta la negativa.

4. A qué edad fue su primera relación sexual (Primer coito):

Variable cualitativa nominal politómica. Se respondió con una cruz según las posibilidades de respuesta. Todas las posibilidades de respuesta son válidas.

5. Durante la primera relación sexual, ¿utilizaron tú o tu pareja algún medio de protección?

Variable cualitativa nominal dicotómica. Se respondió con una cruz según correspondió en las posibilidades de respuestas: Sí () o No (). Se consideró correcta la respuesta afirmativa y como incorrecta la negativa.

6. A través de qué vía obtuvo la información:

Variable cualitativa nominal politómica. Se respondió con una o más cruces según correspondió en las posibilidades de respuestas. Todas las posibilidades de respuestas son adecuadas.

7. Marque con una x: ¿Qué tipo de medios de protección utilizarías para no adquirir una Enfermedad de Transmisión Sexual?

Variable cualitativa nominal politómica. Se respondió colocando una cruz y se calificó como conocimiento correcto el inciso d) e incorrectos los incisos a), b), c), e) y f).

8. Marca con una X la respuesta correcta: ¿Cuáles son los principales peligros a los que se enfrentan las parejas de jóvenes al tener relaciones sexuales desprotegidas?

Variable cualitativa nominal politómica. Se respondió con una sola cruz en las posibilidades de respuestas anteriores. Se consideró como conocimiento correcto el inciso c) y como incorrecto los que marcaron los incisos a) b), d) y e).

8. Marque con una x cuales de las siguientes enfermedades constituyen una Enfermedad de Transmisión Sexual.

Variable cualitativa nominal politómica. Se respondió colocando una cruz y se calificó como conocimiento correcto los incisos, b), c), d), f), g), h), j), k) y l) e incorrectos incisos a), e) e i).

9. Ante la sospecha de una E. T. S, ¿cuál sería tu conducta? (marca solo una opción)

Variable cualitativa nominal politómica. Se respondió con una o más cruces según correspondió en las posibilidades de respuestas. Todas las posibilidades de respuestas son adecuadas.

10. El uso del Condón o Preservativo es solo responsabilidad:

Variable cualitativa nominal politómica. Se respondió con una sola cruz en las posibilidades de respuestas anteriores. Se consideró como conocimiento correcto el inciso c) y como incorrecto los que marcaron los incisos a) y b).

2.2 Intervención educativa:

Después de aplicada la encuesta a los adolescentes seleccionados, se desarrolló una intervención educativa que contó de tres fases y siete sesiones educativas grupales. Los encuentros se adecuaron al tiempo libre de los adolescentes. En cada actividad educativa al inicio se realizó un recuento de los aspectos tratados en el encuentro anterior, mediante el empleo de diversas técnicas participativas. (Anexo 3)

2.3 Conocimiento después de la intervención.

Después de aplicada la intervención educativa; se aplicó nuevamente la encuesta o formulario " a todos los adolescentes del estudio. (Anexo 2) para su valoración se consideraron los mismos parámetros evaluativos que en la etapa conocimiento al inicio de la investigación, con el objetivo de evaluar el estudio antes y después ;y la efectividad de intervención educativa.

Procesamiento de la información:

Una vez concluida la recopilación del dato primario se procedió al recuento individual de cada unidad información, dichos datos fueron computarizados mediante el sistema de base de datos Microsoft Excel para Windows XP apoyados además por el procesador de textos Microsoft Word donde se establecieron las frecuencias en por cientos, así como las tablas y gráficos de contingencias, con la distribución percentil de las variables estudiadas, aplicándose la prueba de hipótesis de Chi cuadrado (X^2) con un nivel de significación estadístico de $p < 0,05$ (95 % de nivel de confianza).

Resultado significativo: cuando p sea menor de 0.05

Resultado no significativo: cuando p sea mayor de 0.05

Los resultados se presentaron en tablas, los que se analizaron para emitir las conclusiones en correspondencia con los objetivos propuestos en la investigación. Se redactó el informe final teniendo en cuenta los requisitos establecidos por el Departamento de Investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

Programa educativo para formar conductas responsables ante la sexualidad.

Programa de intervención:

Estrategia de intervención educativa " Enfermedades de Transmisión Sexual en Adolescentes, que consta de 3 fases y 7 actividades educativas, cada actividad tiene un tiempo de duración de 90 minutos. Para la aplicación del programa se dividió la muestra en 4 grupos, con una frecuencia semanal por grupo.

APORTE PRÁCTICO DE LA INVESTIGACIÓN.

La investigación tiene como un propósito inicial conocer el conocimiento sobre las Enfermedades de transmisión sexual y el uso del preservativo que tienen los adolescentes; y una vez realizado el diagnóstico inicial sobre los mismos, instruirlos; brindándole la información disponible con la finalidad de incrementar el conocimiento a través de una intervención educativa apoyada en medios de enseñanzas.

Los adolescentes accedieron a llenar encuestas antes y después de la intervención, lo que nos dio la oportunidad de evaluar la dimensión psicopedagógica del programa sobre sexualidad saludable y responsable, para evitar las Enfermedades de transmisión sexual.

La estrategia de intervención educativa, estuvo tutorado, asesorado y creado sobre las bases psicopedagógicas de la educación para la salud, para la elaboración de sus fundamentos teóricos se tomaron como bases las ciencias

Filosóficas, la Pedagogía y la Psicología, las cuales permitieron desde el punto de vista teórico dar coherencia, científicidad y organización a la propuesta.

La intervención tiene como base teórica y metodológica el materialismo-dialéctico, al considerar la práctica social como principio y fin del conocimiento de la realidad, la representación de la relación entre el hombre y el medio social en un proceso histórico-concreto como máxima de cualquier empeño educativo en el que el hombre transforma al mundo en la medida en que se transforma a sí mismo.

Toda actividad programada, organizada y ejecutada debe servir de modelo de actuación, desde esta perspectiva, teniendo en cuenta la ley de la Pedagogía, que establece la relación entre los componentes del proceso de enseñanza-aprendizaje, lo cual posibilita su instrumentación, siempre partiendo de que lo formativo se logra a través de lo instructivo.

La intervención educativa diseñada consta de la siguiente estructura. (anexo3)

- Objetivo General: Elaborado tomando en consideración las necesidades reales detectadas en el diagnóstico inicial.
- Objetivos Específicos: Elaborados sobre la base de las aspiraciones a alcanzar en cada una de las acciones a desarrollar.
- Acciones: Planificadas de manera tal que abarquen las temáticas más actuales sobre las infecciones de transmisión sexual.
- Formas Organizativas: Posibilitarán el desarrollo armónico y concreto de las acciones que se proponen en aras de una mayor organización.
- Tiempo: Posibilita la planificación y concreción de las acciones.
- Medios de enseñanzas: Manifiesta el modo de expresarse el método a través de distintos tipos de objetos materiales o la palabra del docente.

Se utiliza el taller como forma organizativa predominante, porque esta modalidad ofrece ventajas en el trabajo grupal y es un tipo de forma de organización que

concuenda con la concepción problematizadora y desarrolladora de la educación en la medida en que él se trata de salvar la dicotomía que se produce entre la teoría-práctica; producción-transmisión de los conocimientos, habilidades y hábitos.

La responsabilidad del nivel de conocimiento en nuestros adolescentes acerca del Uso del preservativo y las ETS, así como otros temas de la sexualidad es compartida por la familia, los educadores y los medios de difusión masiva, lo que facilitará aplicar programas bien diseñados y aplicables de forma masiva en las áreas de salud.

IV. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS.

Tabla # 1: Distribución según edad y sexo de los adolescentes encuestados del CMF 22 del área norte de morón

Grupo de Edades	Femenino		Masculino		Total	
	#	%	#	%	#	%
12 - 13	18	14.2	24	18.9	42	33.1
14 – 15	52	40.9	33	26.0	85	66.9
Total	70	55.1	57	44.9	127	100.0

Fuente: Encuesta

En la tabla #1 podemos estimar la distribución de los adolescentes según Edad y Sexo del CMF # 22 del área norte de morón. Del total de encuestados, el 55.1 % (70 adolescentes) correspondieron al sexo femenino. Nuestros resultados se corresponden con el estudio del Dr. Balmaceda, donde el mayor por ciento se encuentra en el sexo femenino y en los grupos de edades de 14 y 15 años; no así con el del Dr. M. García en el que predominó el grupo de 15 a 20 años. (41,44)

Tabla # 2: Distribución de los adolescentes que han tenido o no relaciones sexuales.

Relaciones sexuales	#	%
Si	75	59.0
No	52	41.0
Total	127	100.0

Con respecto a la distribución de los adolescentes según si han tenido relaciones sexuales, del total de encuestados, el 59% refirió haber tenido relaciones sexuales. Según los datos apreciados, un porcentaje importante de la muestra ha tenido relaciones sexuales, demostrando la inclinación que existe en esta etapa de la vida hacia el conocimiento sobre el sexo.

En la bibliografía consultada encontramos que nuestros resultados son similares a los encontrados en por el Dr. M. García en su estudio realizado, donde más de la mitad de los adolescentes que se estudiaron habían tenido relaciones sexuales.

Tabla # 3: Distribución de los adolescentes que refirieron haber tenido relaciones sexuales según edad de comienzo de la primera relación sexual.

Edad de la primera relación sexual	#	%
12-13	32	42.6
14-15	43	57.4
Total	75	100.0

En la tabla # 3 podemos observar la distribución de los adolescentes que han referido haber tenido relaciones sexuales, según edad de comienzo de la vida sexual. Del total de los que refirieron haber tenido relaciones sexuales, el 57.4 % refirieron haber comenzado sus relaciones sexuales entre los 14 y 15 años de edad.

Nuestros resultados guardan similitud a los obtenidos por el Dr. Chávez Balmaceda, el cual en su intervención comunitaria realizada ,encontró que el mayor número de adolescentes comenzaron a tener relaciones sexuales entre los 13 y 16 años. (41)

El Dr. M. García también encontró resultados similares al nuestro en su estudio, los adolescentes iniciaron con más frecuencia sus relaciones sexuales entre los 14 y 16 años. (44)

Tabla # 4: Distribución de los encuestados que han tenido relaciones sexuales según uso de medios de protección en la primera relación sexual.

Uso de medios de protección	#	%
No	49	65.3*
Si	26	34.7
Total	75	100.0

En cuanto a los adolescentes encuestados que han tenido relaciones sexuales según uso de medios de protección en la primera relación sexual, el 65.3 % refirió no haber usado.

Existiendo relación entre los resultados obtenidos por el Dr. Chávez B. en su estudio, en el que casi el 70% no usaron medios de protecciones. (41)

Además, Dr. M. García encontró resultados más acuciantes en su estudio, ya que el 90% de sus adolescentes no usaron medios de protección en su primera relación sexual. (44)

Tabla # 5: Distribución de los adolescentes según vías por las que han adquirido información acerca de las E.T.S.

n 127		
Vías por las que han recibido información	#	%
Médicos	16	12.6
Padres	43	33.9
Amigos	8	6.2
Profesores	25	19.6
Radio o TV	30	23.8
Otros	5	3.9
No han recibido información	-	-
Total	127	100.0

En relación a los 127 encuestados que han adquirido información sobre E.T.S, podemos apreciar que el 33.9 %, recibió información a través de sus padres.

Nuestros resultados no coinciden con los datos mostrados en el estudio realizado por el Dr. M. García, en el cual la información se transmitió a través del médico de la familia jugando esto un papel importante en la comunidad. (44)

Tabla # 6: Distribución de los adolescentes encuestados según medios de protección más usados para prevenir una E.T.S.

Medios de protección para prevenir una E.T.S.	Antes		Después	
	#	%	#	%
Condón o preservativo	51	40.1	127	100.0*
anticonceptivas	38	29.9	-	-
D.I.U.	24	18.9	-	-
Método del ritmo	6	4.7	-	-
Otros (cuáles) -	-	-	-	-
Ninguno	8	6.4	-	-
Total	127	100.0	127	100.0

En la Tabla # 6 se evidencia que el 40.1% de los adolescentes refirieron (antes) que el preservativo es el método más usado para prevenir una E.T.S y después el 100 % refirió al mismo como el medio de protección más ideal para prevenir una Enfermedad de Transmisión Sexual.

Nuestro trabajo no coincide con los resultados obtenidos en el estudio realizado por el Dr. Chávez, en el cual casi el 70% de los estudiados refirieron que el condón o preservativo era el medio más eficaz para evitar las enfermedades de transmisión sexual antes de realizar la intervención educativa. (41)

Tabla # 7: Distribución de los adolescentes encuestados según conocimientos sobre los peligros principales al realizar relaciones sexuales desprotegidas.

Principales peligros al tener sexo Desprotegido	Antes		Después	
	#	%	#	%
E.T.S	19	15.1	-	-
Embarazo	41	32.3	-	-
E.T.S y Embarazo	67	52.6	127	100.0
Censura de los adultos	-	-	-	-
Otros (cuáles)	-	-	-	-
Total	127	100.0	127	100.0

Del conocimiento de los adolescentes sobre los peligros principales al realizar relaciones sexuales desprotegidas, podemos apreciar que antes de la intervención educativa, el 52.6% de los adolescentes refirieron que los peligros principales que poseen cuando tienen relaciones sexuales desprotegidas son el embarazo y las Enfermedades de transmisión sexual y después de la intervención el 100% lo refirió.

En nuestro estudio los resultados encontrados coincidieron con los del Dr. Chávez, en el que las Enfermedades de transmisión sexual, así como el embarazo constituyen peligros potenciales al tener sexo desprotegido. (41)

Tabla # 8: Distribución de los encuestados antes y después de la intervención educativa según conocimientos sobre tipos de enfermedades de transmisión sexual (E.T.S).

Tipos de enfermedades		n 127		n 127	
		Antes		Después	
#	%	#	%	#	%
Fibroma uterino		22	17.3	8	6.3
Monilia		19	14.9	87	68.5
VIH		111	87.4	127	100.0 *
Condilomas o verrugas		57	44.8	104	81.9
Blenorragia (Gonorrea)		90	70.9	127	100.0 *
Lepra		23	18.1	3	2.4
Sífilis		105	82.7	127	100.0 *
Clamidia		10	7.9	53	41.7
Trichomonas		47	37.0	109	85.8
Cáncer de cuello uterino		52	40.9	6	4.7
Hepatitis B		43	33.9	119	93.7
Herpes genital		43	33.9	113	88.9

La tabla 8 muestra los diferentes tipos de Enfermedades de Transmisión Sexual y el reconocimiento de los adolescentes antes y después de la aplicación de la estrategia educativa.

La mayor parte de los encuestados señaló antes de la intervención fundamentalmente el VIH (87.4%), sin embargo; no se comportó de la misma forma con las otras infecciones planteadas que son de conocimiento general,

después de la intervención se amplía el reconocimiento además del VIH a la blenorragia y la sífilis con un 100%.

Estos resultados se asemejan a las investigaciones realizadas por González Fortaleza, donde también reconocen en el mayor por ciento el SIDA como Enfermedad de Transmisión Sexual (29)

Tabla # 9: Distribución de los adolescentes encuestados según conducta a seguir ante la sospecha de una E.T.S.

Conducta a seguir ante la sospecha de una E.T.S	Antes		Después	
	#	%	#	%
Decirlo a tus padres	92	72.4	121	95.3*
Decirlo a tu médico	25	19.7	1	0.8
Decirlo a un amigo	-	-	-	-
Decirlo a tu pareja	10	7.9	5	3.9
Tratar de que nadie lo sepa	-	-	-	-
Total	127	100.0	127	100.0

La tabla # 9 muestra la distribución de los encuestados según conducta a seguir ante la sospecha de una E.T.S antes y después de la intervención educativa, del total de los adolescentes encuestados ,el 72.4% refirieron que su conducta seria comunicárselo a sus padres; mientras sólo el 19.7%, refirieron decírselo al médico de la familia, lo cual representa un pequeño porcentaje, evidenciando las

dificultades de comunicación que aún existen entre los adolescentes y los médicos de familia que laboran en este consultorio.

Nuestros resultados no coinciden con los encontrados en el estudio realizado por el Dr. M. García, donde el médico de la familia juega un papel importante y no así los padres de los adolescentes. (44)

Tabla # 10: Distribución de los adolescentes encuestados antes y después de la intervención según responsabilidad del uso del preservativo.

Responsabilidad del uso del preservativo		Antes		Después	
#	%	#	%	#	%
De la mujer		1	0.8	-	-
Del hombre		111	87.4*	2	1.6
O de ambos		15	11.8	125	98.4*
Total		127	100.0	127	100.0

Se puede observar que antes de aplicar el programa de intervención educativa, el 87.4% de las adolescentes encuestadas, refirieron que es responsabilidad del hombre. Después de la intervención, el 98.4% refirieron que es responsabilidad de ambos sexos. Esto demuestra el incremento de los conocimientos adquiridos durante la intervención educativa.

Estos resultados guardan semejanza a los encontrados por el Dr.Chávez, en el que al inicio de su estudio señalaron como responsables a los hombres en un 75%. (41)

Álvarez L. Comenta en su trabajo que se le da un rol importante por parte de los adolescentes que el sexo masculino es el responsable del uso o no de preservativo. (17)

Tabla11: Conocimiento de los adolescentes sobre las enfermedades de transmisión sexual antes y después de aplicada la intervención

Respuesta	Antes		Después	
	#	%	#	%
Correctas	50	39.4	119	93.7*
Incorrectas	87	68.5	8	7.3
Total	127	100.0	127	100.0

En esta tabla se muestra que antes de la intervención predominaron las respuestas incorrectas con un 68.5 %, y después de la intervención el predominio fue de las respuestas correctas con un 93.7%; lo cual demuestra la importancia

de la aplicación de estas estrategias educativas en los adolescentes para mejorar sus conocimientos sobre conductas sexuales responsables.

Estos resultados obtenidos son muy semejantes a los encontrados por el Dr. Chávez y García; en los dos estudios que por separado realizaron; lograron cambiar conductas erróneas y mejorar la calidad de vida de los adolescentes.
(41,44)

V. CONCLUSIONES.

Con la aplicación de la intervención educativa, se logró incrementar los conocimientos de los adolescentes del CMF 22 del Área Norte de Morón, sobre el uso adecuado del preservativo.

El mayor porcentaje de los adolescentes reconoce después de la intervención la responsabilidad para ambos sexos con el uso del preservativo, incrementan sus conocimientos sobre las enfermedades de transmisión sexual y así poder prevenir responsablemente las mismas.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.** Calero JL. Adolescencia y Salud Reproductiva. Sexología Sociedad. 2017; 2(8):6-8.
- 2.** Larrauri R Ch. Comunicación y Educación para la salud. Rev. Esp comun salud [Internet].2014 [citado 28 mar 2015]; 7(4). Disponible en: <http://www.razonypalabra.org.mx/libros/libros/comyedusalud.pdf>
- 3.** Alegré de la Rosa. Diversidad Humana y Educación en Tendencias curriculares y atención a la diversidad. Selección de Lecturas. [tesis]. Villa Clara: Instituto Central de Ciencias Pedagógicas; 2003.
- 4.** Torres M. Novios violentos en un grupo de adolescentes [tesis]. La Habana: CENESEX; 2005.
- 5.** Sanabria Ramos G, Rodríguez Cabrera A, Rojo Pérez N. Promoción y Educación sexual para la salud sexual y reproductiva. Santo Domingo, República Dominicana: Editorial Centenario; 2017.
- 6.** Castro PL, Padrón AR. Educación sexual en la familia con hijos e hijas jóvenes. La Habana: Editorial Molinos Trade; 2005.
- 7.** Adolescencia. Una reflexión necesaria. La Habana: Editorial Molino Trade; 2007.8.
- 8.** Portal Pineda JA. Estrategia Educativa y de la motivación profesional para estudiantes del 1er. año de la carrera de Tecnología de la Salud [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2005.
- 9.** Hagop S, Akiska KA, James K, Chloe G, Alexon Terry D, Allen Roy D. et al. Enfermedades de Transmisión sexual. En: Manual Merck, 19 ed., 2014; Capítulo 164 (Secc.13).
- 10.** Rodríguez F. La pandemia del SIDA sigue sin detenerse. Bolipk. La Habana Agosto 2014; 10 (32): 251.
- 11.** MINSAP. Dirección Nacional de Epidemiología. Reunión VIH/SIDA/ITS. Municipios más afectados en Cuba. La Habana: MINSAP; 2002.
- 12.** Who. Sexually Transmitted Disease. Fact sheet, Geneva, Who; 2015: 110.

- 13.** Conde Martinez J. Tras los orígenes del SIDA. La Habana. BOLIPK. Enero del 2014; 11(2):12-13.
- 14.** Gala González A. Nuevos orígenes de las infecciones del SIDA. BOLIPK. La Habana. Julio 2002; 9 (26): 204-205.
- 15.** Sánchez HM, Huerta PM, Rivera TJ, Rosales PM. Infección por VPH y cáncer cervicouterino. Rev. Mex Patol Clin 2015; 52(4):222-233.
- 16.** Castellanos MM. Cáncer cervicouterino y el VPH. Opciones de detección. Rev. FacMec (Mex) 2015; 46(2):63-66.
- 17.** Álvarez LE. Conversando íntimamente con el adolescente varón. 2da edición. La Habana: Editorial Científico Técnico; 2004: 15-19.
- 18.** Lantero Abreu M, Torres Peña R, Joanes Foil J, Alonso Gómez M, Abreu Daniel A, Lobio Cardenas Z. et al. Infecciones de Transmisión Sexual. Pautas para su tratamiento. Ministerio de Salud Pública. La Habana. Enero del 2004: 7-12.
- 19.** Gala González A. Identifican tratamiento para impedir infecciones del SIDA de madre a hijo. Bolipk. La Habana. Julio 2014; 9 (26): 204-205.
- 20.** Ho D. They originals of AIDS. Institute Aaron Diamond. New York. Rev. Nature. Diciembre, 2015; (1401): 34-38.
- 21.** Hernández Cuesta I. Sistema de Atención Ambulatoria para las personas que viven con el VIH/SIDA. En: Jiménez Sandoval O, Álvarez González A, Alfonso Cruz MA, Villalón Oramas M, Reyes Chacón X, Carmota del Busto R. et al. Conocimiento sobre el VIH. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1999: 91-95.
- 22.** Jiménez Sandoval O. Epidemiología. En: Jiménez Sandoval O, Álvarez González A, Alfonso Cruz MA, Villalón Oramas M, Reyes Chacón X, Carmota del Busto R. et al. Conocimiento sobre el VIH. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1999: 1-9.
- 23.** Gala González A. El SIDA es uno de los principales retos para el desarrollo. BOLIPK. La Habana. Julio 2014; 9 (26): 204.
- 24.** CDC. Guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. MMWR 2016; 47 (RR- 1): 1-118.

- 25.** Ortega González L. Infecciones por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. En: Álvarez Sintés R, Díaz Alonso G, Salas Mainegra I, Lemus Lago ER, Batista Moliner R. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2001. V-II:p. 417-421.
- 26.** Rigol Ricardo O. Enfermedades de Transmisión sexual. En: Rigol Ricardo O, Cutié León E, Cabezas Cruz E, Farnot Cardoso U, Santiesteban Alba S, Vázquez Cabrera J. et al. Obstetricia y Ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014: 135-144.
- 27.** Cunningham Gary F, Gant Norman F, Leveno Kenneth J, G Larry C, Haut JC. Enfermedades de Transmisión sexual. En: William Obstetricia. 23th edición. . La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009: p. 1252-1271.
- 28.** Polo R, Gómez-Candela C, Miralles C, Locutura J, Álvarez J, Barreiro F. Recomendaciones de spns/geam/senba/senpe/aedn/sedca/gesida sobre nutrición en el paciente con infección por VIH. Madrid España: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2016.
- 29.** González Fortaleza C. Al borde de la muerte. Problemática del SIDA en adolescentes. Rev Salud Mental; 1999, 22: 140-8.
- 30.** Robinsón Ethan T. 33 millones de personas infectadas por el VIH. Network en Español. FamilyHealth International, 2016; 20 (1): 2.
- 31.** Petraccil M. SIDA: Medios de comunicación y campaña en Ubacyl. Buenos Aires; 2016: 46-67.
- 32.** Molina R. Los casos de SIDA declarados se reducen en España un 15% durante 1998. BOLIPK. La Habana. Diciembre 1994; 10 (30): 250-53.
- 33.** Woods G1. Update on laboratory diagnosis of sexually transmitted diseases. ClinLabMed 2015; 15(3): 665-84.
- 34.** El VIH pone en peligro la vida de los jóvenes africanos. Network en Español. Family Health International, 2014; 20 (3): 200-206.
- 35.** Komblit A, Jiménez L, Méndez D, Petracci M, Vujosevich JY. El SIDA está entre nosotros. Buenos Aires: Ediciones Corregidor; 2017: 12-16.

- 36.**Roses M. Diez Países de América Latina logran rebajar en medicamentos contra el SIDA. OPS. Washington, 12 junio del 2003 (reuters) En: INFOMED Red telefónica de Salud en Cuba. Junio 2003; 10 (162): 3-4.
- 37.**Pedroso P. Alerta OMS sobre peligroso vínculo entre el SIDA y la Tuberculosis. BOLIPK. La Habana. Marzo 2015; 11(12): 90-91.
- 38.**Fernández Hernández, Vaquero W. Dermatología. Editorial Pueblo y Educación. 4ta Reimpresión. 1994: 300-400.
- 39.** Castellanos M. El virus del papiloma humano y el cáncer cervicouterino. RevFac (Mex) 2014; 47(1):35-36.
- 40.** Drobacheff C, Laurent R. Primary and secondary syphilis. E pidemiology, diagnosis, treatment. Rev Prat 2017; 47 (20): 2315-18.
- 41.** Chávez Balmaceda I. Intervención comunitaria para mejorar los conocimientos sobre ITS en los adolescentes del Consejo Popular Enrique Varona (Proyecto de investigación) Enero 2004- Septiembre 2005: 4- 43.
- 42.**Torres Cueto MA. ¿Quieres saber sobre ITS/VIH/SIDA? 100 preguntas y respuestas.La Habana: Ministerio de Educación; 2004.
- 43.** Gutierrez HM, Baltazar RL, Flores Bam. Identificación de ADN de papiloma virus humano en pacientes con algunas neoplasias intraepitelial cervical o cáncer cervicouterino mediante técnicas moleculares. Bioquímica. 2014; 29 Supl (1):108.
- 44.**Mustafá García A. Intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre ITS en los adolescentes en el consultorio 16 de Venezuela (Proyecto de investigación) Noviembre 2006 - Diciembre 2007: 3 - 57.
- 45.** Sedlecki D, Markovic A, Rojic G. Medical aspects of adolescent sexuality. srp art celok lek.2014 mayo- junio; 129(5-6): 109-13.
- 46.** Oriel JD. The Scars o f Venus: A History o f Venereology. London: Springer-Verlag; 1994.
- 47.** Kampmeier R. Herpes genitalis. Sex Transm Dis. 2014; 11:41-45.
- 48.** Ahmed HJ, Mbwana J, Gunnarsson E, et al. Etiology of genital ulcer disease and association with human immunodeficiency virus infection in two Tanzanian cities. Sex Transm Dis. 2014; 30:114-119.
- 49.** Bruisten SM, Cairo I, Fennema H. Diagnosing genital ulcer disease in a clinic for

sexually transmitted diseases in Amsterdam. The Netherlands. *J Clin Microbiol.* 2015; 39: 601-605.

50. Behets FM, Brathwaite AR, Hylton-Kong T. Genital ulcers: etiology, clinical diagnosis, and associated human immunodeficiency virus infection in Kingston. Jamaica. *Clin Infect Dis.* 2014; 28:1086-1090.

51. Centers for Disease Control, Prevention. Sexually transmitted diseases: treatment guidelines, 2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2016; 59(RR-12):1-110.

(ANEXO #1) CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) son un conjunto de Enfermedades que se transmiten fundamentalmente a través de las relaciones sexuales. Algunas de ellas también pueden transmitirse a través del contacto con la sangre o de la madre infectada a su hijo. Son muy comunes en todo el mundo como causa de morbilidad, complicaciones y secuelas; como es el caso de las inflamaciones pélvicas en la mujer, estrechez uretral en el hombre, infertilidad en ambos sexos, cáncer cervical y cáncer de pene.

Los responsables de esta investigación estamos seguros de que:

Si aumentamos el nivel de conocimiento sobre las ETS, usted como beneficio directo de la capacitación comenzará a adquirir conductas sexuales responsables, entonces se logrará una salud sexual adecuada y un mejoramiento de su calidad de vida en los adolescentes. Durante la capacitación podrá conocer sobre las ETS, síntomas, tratamiento etc. Le garantizamos que todos los datos obtenidos en relación a su persona serán custodiados, guardando celosa garantía de su discreción y confidencialidad.

Título del Proyecto: *Intervención educativa para fomentar el uso del preservativo en adolescentes del consultorio 22 del Policlínico Norte de Morón*

Yo _____

(Nombre y Apellidos del padre o madre)

Yo _____

(Nombre y Apellidos del adolescente)

He leído y comprendido la Hoja de Información que me ha sido entregada.

He podido hacer todas las preguntas que me preocupaban sobre el estudio.

He recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas, he recibido suficiente información sobre el estudio y Comprendo que mi participación en el estudio es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio: Cuando yo lo desee y sin tener que dar explicaciones.

He tenido contacto con él: -----, el cual me ha

(Nombres y Apellidos del Investigador

Explicado todos los aspectos relacionado con la investigación y para expresar libremente mi conformidad de participar en el estudio firmo este Modelo.

Firma del sujeto o paciente:

Fecha:

(ANEXO # 2)

Encuesta

Tu participación en este proyecto será muy útil para tu vida. Necesitamos que respondas cada una de las preguntas cuidadosamente, después de leerlas y pensar cuál es la respuesta correcta y cuál es tu criterio personal (marcar las respuestas con una o más X si fuera necesario).

NO ES IMPRESCINDIBLE QUE ESCRIBAS TU NOMBRE

Datos generales:

Edad _____ Años

Sexo Femenino _____ Masculino _____

1) ¿Has tenido relaciones sexuales?

Sí _____ No _____

a) ¿A qué edad? _____ Años

2) Durante la primera relación sexual, ¿utilizaron tú o tu pareja algún medio de protección?

Sí _____ No _____

3) Marca con una X: ¿Qué tipo de medios de protección utilizarías para no adquirir una Enfermedad de Transmisión Sexual?

a) _____ Ninguna

b) _____ Tabletas anticonceptivas

c) _____ DIU (Anillos, T, Multiload, Asa)

d) _____ Condón o preservativo

e) _____ Método del ritmo

f) _____ Otros (Cuáles) _____

4.) Marca con una X la respuesta correcta: ¿Cuáles son los principales peligros a los que se enfrentan las parejas de jóvenes al tener relaciones sexuales desprotegidas?

- g) _____ Censura de los adultos
- h) _____ Embarazo
- i) _____ Enfermedades de transmisión sexual
- j) _____ Enfermedades de transmisión sexual y embarazo
- k) _____ Otras (cuáles) _____

4) Sobre las Enfermedades de Transmisión Sexual :

¿Quién te brindó esa información? (marca una sola opción)

- _____ Médico de la familia
- _____ Profesores
- _____ Radio o Televisión
- _____ Amigos
- _____ Padres
- _____ No han recibido información
- _____ Otros

5) De las siguientes enfermedades, señala cuáles consideras tú que son de Transmisión Sexual. (marca con una X las que tú conoces)

- | | | |
|---------------------------------|--------------------------------|--------------------|
| a) _____ Fibroma uterino | f) _____ Sífilis | k) _____ Monilia |
| b) _____ VIH/SIDA | g) _____ Clamidia | l) _____ Hepatitis |
| B | | |
| c) _____ Condiloma o Verrugas | h) _____ Trichomonas | |
| d) _____ Blenorragia (Gonorrea) | i) _____ Cáncer cuello uterino | |
| e) _____ Lepra | j) _____ Herpes Genital | |

6) Ante la sospecha de una E. T. S, ¿cuál sería tu conducta? (marca solo una opción)

- a) ____ Decirlo a un amigo
- b) ____ Decirlo a tu pareja
- c) ____ Acudir al médico de la familia
- d) ____ Decirlo a tus padres
- e) ____ Tratar de que nadie se entere

7.) El uso del Condón o Preservativo es solo responsabilidad:

- f) ____ De la mujer
- g) ____ Del hombre
- h) ____ O de ambos

ANEXO 3

FASES DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA.

FASE 1: Evaluación diagnóstica.

Tema No. 1: Presentación del programa

Sumario:

1. Introducción.
2. Participación de los adolescentes y el programa.
3. Aplicación de la encuesta y análisis del resultado.

Objetivo:Objetivos del programa.

Crear un ambiente de confianza, desinhibición y establecer reglas del grupo.

Tipo de Actividad: Dinámica de Grupo.

Recursos: Papel, lápiz, papelógrafo.

Frecuencia: Una vez.

Responsable: Médico Residente MGI del CMF #22 del área norte de Morón.

Participantes:Adolescentes del consultorio #22

FASE 2: Trabajo educativo y prevención.

Tema No. 2: Generalidades sobre las Enfermedades de Transmisión Sexual.

Sumario:

1. Información general acerca de las distintas Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).
2. Situación actual sobre las ETS y su relación con la adolescencia.

Objetivo: Generalidades sobre las Enfermedades de Transmisión Sexual.

Tipo de actividad: Video-Debate

Recursos: Televisor, video, local

Frecuencia: Una vez

Responsable: Médico Residente MGI del CMF #22 del área norte de Morón

Participantes:Adolescentes del consultorio #22

Tema No.3: Clasificación y Etiología de las Enfermedades de Transmisión Sexual.

Sumario:

1. Clasificación de las ETS.
2. Etiología de las ETS y su frecuencia.

Objetivo: Valorar los conocimientos acerca del tema.

Tipo de actividad:

- Exposición oral del tema “Clasificación de las Enfermedades de Transmisión Sexual”.
- Presentación sobre las formas de adquisición de las Enfermedades de Transmisión Sexual.

Recursos: Hojas, lápices, papelógrafo

Frecuencia: Una vez

Responsable: Médico Residente MGI del CMF #22 del área norte de Morón

Participantes: Adolescentes del consultorio #22

Tema No. 4: Principales manifestaciones clínicas y medios diagnósticos de las Enfermedades de Transmisión Sexual.

Sumario:

1. Manifestaciones clínicas de las Enfermedades de Transmisión Sexual.
2. Medios diagnósticos para las distintas Enfermedades de Transmisión Sexual

Objetivo:

- Que los adolescentes comprendan y logren conocer cuando están en presencia de una Enfermedad de Transmisión Sexual.

Tipo de actividad:

- Dinámica de grupo. Manifestaciones clínicas fundamentales de las Enfermedades de Transmisión Sexual.
- Exposición oral del tema: “Principales medios diagnósticos para detectar la presencia de las Enfermedades de Transmisión Sexual”.

Recursos: Hojas, lápices, papelógrafo

Frecuencia: Una vez

Responsable: Médico Residente MGI del CMF #22 del área norte de Morón

Participantes: Adolescentes del consultorio #22

Tema No.5: Prevención de las Enfermedades de transmisión sexual.

Sumario:

1. Conducta a seguir en caso de ser contraída y tratamiento de las diversas Enfermedades de Transmisión Sexual.
2. Complicaciones fundamentales y secuelas de las Enfermedades de Transmisión sexual.
3. Principales medidas para prevenir las Enfermedades de Transmisión Sexual.
4. Uso del preservativo o condón en todas las relaciones sexuales.

Objetivo:

- Crear en los adolescentes conductas sexuales responsables acerca de cómo prevenir las Enfermedades de Transmisión Sexual con el adicionar en sus relaciones sexuales el uso del preservativo.

Tipo de actividad:

- Exposición oral del tema: “Tratamiento de las Enfermedades de Transmisión Sexual y la conducta a seguir en caso de ser contraída una de ellas”
- Dinámica de grupo sobre los diversos métodos empleados para prevenir el contagio de las diversas Enfermedades de Transmisión Sexual.

- Video - debate.

Recursos: Hojas, lápices, papelógrafo, Televisor y video.

Frecuencia: Una vez

Responsable: Médico Residente en MGI del CMF #22 del área norte de Morón

Participantes: Adolescentes del consultorio #22

Tema No.6: Consolidación de los conocimientos

Sumario:

1. Reafirmación del contenido.

Objetivo: Consolidación de los conocimientos adquirido.

Tipo de actividad:

- Técnicas grupales interactivas (psicodrama, juego de roles, técnicas participativas que garanticen la consolidación de los conocimientos adquiridos.

Recursos: Hojas, lápices, papelógrafo

Frecuencia: Una vez

Responsable: Médico Residente en MGI del CMF #22 del área norte de morón

Participantes: Adolescentes del consultorio #22

FASE 3 Evaluación de los resultados.

Tema No.7: Evaluación de los resultados

Sumario:

Objetivo:

- Balance final del grupo y evaluación del aprendizaje

Tipo de actividad:

- Separación del grupo, evaluación de los resultados finales.

- Aplicación de la encuesta nuevamente. Análisis del resultado.
- Motivación para continuar promoviendo sobre este tema.
- Reporte del total de adolescentes y número total que asistió hasta el final.
- Conocer satisfacción e insatisfacción de los participantes con el curso.

Recursos: Hojas, lápices

Frecuencia: Una vez

Responsable: Médico Residente de MGI del CMF #22 del área norte de morón

Participantes: Adolescentes del consultorio #22