

INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) están comprendidas dentro de grupo de afecciones contagiosas que se propagan principalmente por contacto sexual, y que en la actualidad han cobrado auge por el desconocimiento que poseen las mujeres sobre las mismas y por la iniciación temprana de las relaciones sexuales, constituyendo un importante problema social, económico, cultural y de la salud pública influyendo en las mayores pérdidas a través de las secuelas de estas afecciones. Las estadísticas mundiales dicen que hay más de 340 millones de casos nuevos por año de ITS curables y que por lo menos un millón de contagios ocurren cada día, solamente para Latinoamérica y el Caribe se estimaron entre 34 y 40 millones de casos de este grupo de ITS con más de cien mil infecciones promedio por día. Si a esta cifra se le suman las no curables, como la hepatitis B, el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV), el Virus Papiloma Humano (HPV) y el herpes virus, serían mil millones de casos nuevos por Año en todo el mundo (1).

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) han permanecido durante varias décadas entre las primeras cinco causas de solicitud de atención médica por los jóvenes y adultos en países en vías de desarrollo y tanto la incidencia como prevalencia de ellas se mantienen muy altas y representan la segunda causa de vida sana perdida en mujeres de 15 a 45 años de edad después de las causas maternas (2). Uno de los motivos que se estudian las ITS cada vez más es que constituyen una muestra de las desigualdades de género que prevalecen en los países en desarrollo. Algunas de ellas son la capacidad limitada de la mujer para controlar las condiciones que rodean al ejercicio de la sexualidad, la falta de servicios de salud a donde las mujeres puedan acudir en caso de una sintomatología relacionada con las ITS y el estigma social inherente a las enfermedades asociadas con las prácticas sexuales. Estos factores añaden un riesgo mayor a las condiciones biológicas que, de por sí, hacen a las mujeres más susceptibles de adquirir una infección y de desarrollar complicaciones secundarias a las ITS (3).

Las implicaciones de las ITS sobre los servicios y programas de planificación familiar también contribuyen al creciente interés por estas infecciones como problema de salud pública. En efecto, las mujeres que padecen ITS pueden interpretar los

síntomas de la infección como efectos secundarios de los anticonceptivos o atribuir la infertilidad secundaria a la infección, o a la utilización de métodos de planificación familiar (4).

A la luz de los conocimientos actuales, un abordaje efectivo de las ITS, además de ser un enfrentamiento racional y objetivo contra un grupo de agentes infecciosos específicos, representa una estrategia que permite: impactar sobre las ITS, prevenir el deterioro de la fertilidad en ambos sexos, evitar resultados adversos del embarazo y el parto, prevenir neoplasia del aparato reproductivo; tanto femenino como masculino, así como otras complicaciones de las ITS. (2,4).

En Cuba se ha producido en los últimos 20 años una situación que complica aún más las acciones de salud sobre estas enfermedades, mientras se evidencia una liberalización en las relaciones sexuales con cambios frecuentes de parejas que elevan el riesgo entre la población, especialmente en los jóvenes, por otro lado, se mantienen los prejuicios y limitaciones en los momentos que resulte necesario hablar sobre ellas y las personas que han sido contactos sexuales.

En Cuba se notifican entre 40 y 50 mil casos anuales, con tendencia al incremento desde hace años, para lograr la modificación de las tendencias y reducción de la transmisión de estas enfermedades se requieren acciones de promoción de salud dirigidas a establecer hábitos y conductas sexuales seguras, teniendo un impacto a largo plazo, pues es bien conocido que no resulta fácil modificar estos aspectos conductuales de la vida de las personas (5).

El aumento progresivo de la sepsis vaginal y de la cantidad de mujeres con lesiones crónicas en vagina y endocervix es un problema de salud que preocupa mucho a los Ginecólogos, Obstetras y Médicos de la familia, debido a los tratamientos prolongados de diferentes antibióticos causante del daño en la flora vaginal y el aumento de la susceptibilidad de esta región a la invasión por esos agentes biológicos patógenos, como antecedente más frecuente que recogen en algunos de estos pacientes (6). Esto hace que sea la leucorrea un motivo frecuente en las consultas de mujeres de edad fértil, al ver manchada su ropa interior o por sentir en muchos casos una gran molestia al acompañarse de prurito, disuria, dispareunia y preceder o acompañar enfermedades como la cervicitis y la enfermedad inflamatoria

pélvica que pueden en ocasiones, comprometer la salud de la mujer y su descendencia (6,7).

Ante esta situación, deben realizarse acciones de salud que partan de la caracterización de la población afectada para identificar las causas que están produciendo el aumento de la incidencia de la infección y se aborden los conocimientos necesarios que permitan enfrentar de manera consciente la lucha por lograr su prevención, tratamiento correcto y evitar la reinfección (8).

En cuanto a las ITS, en el Municipio Morón, en el año 2016 se confirmó una incidencia de 18 sífilis reactivas en gestantes, con relación a la blenorragia el municipio cerró con un acumulado de 19 casos para una tasa de incidencia de 28.73 x 100 000 habitantes. En cuanto al VIH/SIDA en el año acumulamos 13 casos con tasa de 19,47 x 100 000 habitantes.

El grupo de edad de mayor incidencia acumulada en el momento del contagio es el de 25 a 44 años. Esta problemática se ha contextualizado de igual forma en el consultorio médico de la familia (CMF) 26 del Área Norte del municipio Morón, con un incremento de los problemas de salud en las mujeres del referido consultorio con una elevada incidencia de ITS, que son consecuencia, entre otras causas, de prejuicios al hablar sobre ITS y del desconocimiento de la salud sexual por bajo nivel cultural, educacional y económico, por lo tanto se precisa elevar el nivel de información sobre las ITS en estas mujeres.

Teniendo en cuenta esta problemática se precisa el siguiente **problema científico:**

¿Cómo incrementar el nivel de conocimientos sobre las Infecciones de transmisión sexual en las mujeres en edad fértil del Consultorio 26 del Área Norte de Morón?

Objeto

Educación para la salud

Campo de acción

Infecciones de transmisión Sexual

Hipótesis

Si se aplica un programa de intervención educativa sobre las ITS, entonces se contribuye a elevar el nivel de conocimiento de las mujeres en edad fértil pertenecientes al Consultorio 26 del Área Norte del municipio Morón.

Novedad de la propuesta

Es novedosa ya que en el Consultorio 26 nunca se ha realizado una intervención educativa a mujeres en edad fértil sobre las ITS, las cuales serán beneficiadas sin costo alguno de su parte, por conocimientos que le permitirán mantener una salud sexual adecuada, tanto para ellas como para sus parejas.

Aporte practico de la investigación. Programa de intervención.

La investigación tiene como un propósito inicial conocer el nivel de conocimientos que tienen las mujeres sobre las infecciones de transmisión sexual y una vez realizado el diagnóstico inicial instruir las sobre el tema, brindándoles la información disponible con la finalidad de elevar el conocimiento a través de una intervención educativa apoyada en medios de enseñanzas. La responsabilidad del nivel de conocimiento de las mujeres, sobre infecciones de transmisión sexual es compartida con la familia, los trabajadores de la salud y los medios de difusión masiva, lo que facilitará aplicar programas bien diseñados y aplicables de forma masiva en las áreas de salud con una adecuada dispensarización a través del Consultorio Médico de la Familia.

OBJETIVO GENERAL

Elevar el nivel de conocimiento sobre las ITS de las mujeres en edad fértil del Consultorio 26 del Área Norte.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Caracterizar a las mujeres en edad fértil del CMF 26 del área norte.
2. Diagnosticar el nivel de conocimiento que tienen estas mujeres en cuanto a las ITS.
3. Diseñar un programa de intervención educativo, con acciones que contribuyan a ampliar el conocimiento sobre las ITS.
4. Aplicar el programa de intervención educativa.
5. Evaluar los resultados del programa de intervención implementado.

MARCO TEÓRICO

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) —también conocidas como enfermedades de transmisión sexual (ETS), y antes como enfermedades venéreas— son un conjunto de afecciones clínicas infectocontagiosas que se transmiten de persona a persona por medio del contacto sexual que se produce, casi exclusivamente, durante las relaciones sexuales. Sin embargo, pueden transmitirse también por uso de jeringas contaminadas o por contacto con la sangre o con otras secreciones, y algunas de ellas pueden transmitirse durante el embarazo o durante el parto, desde la madre al hijo (9).

Históricamente las enfermedades de transmisión sexual se conocen en el mundo desde tiempos indefinidos las primeras civilizaciones, griegas hacen referencia a estas enfermedades relacionándolas con la Diosa Venus, de donde proviene su anterior nombre de enfermedades venéreas, En las escrituras bíblicas en el Antiguo Testamento, hace referencia a la impureza del hombre que padece gonorrea y de la mujer que padece de flujo. En el periodo de decadencia del Imperio Romano fueron clausuradas algunas Termas (baños públicos) para evitar que se siguieran propagando entre los individuos las enfermedades (10), el año 1983 del siglo pasado en Francia por el profesor Luc Montagnier que se aísla el virus de inmunodeficiencia humano observándose un marcado incremento epidémico por lo que las Naciones Unidas unida a la O.M.S. en el año 1986 crea un programa conjunto llamado ONUSIDA. Estadísticamente para el año 1998 el número de individuos que habían contraído el HIV ascendía a 33,4 millones, un 10% más que en el año anterior. Constatándose que la epidemia no ha sido controlada, estudios realizados en el 2004 las estadísticas se han elevado el número de individuos infectados por infecciones de transmisión sexual por cada 100 000 habitantes: Blenorragias (75.6), sífilis (56.3), tricomoniasis (140.4), hepatitis B (51.7) Sin olvidar la posibilidad de existencia de sub-registros y morbilidades ocultas según lo planteado por la O.P.S. (11). Cerca de un millón corresponden a infecciones por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el agente causal del SIDA. Su importancia y la necesidad de su control está no sólo en las infecciones agudas que causan, sino también, en las complicaciones que las caracterizan (como la enfermedad pélvica inflamatoria, el embarazo ectópico

(embarazo fuera del útero) o la infertilidad (incapacidad de tener un embarazo) (12).

Se conocen más de 20 microorganismos transmisibles por contacto sexual, pero se puede afirmar que las infecciones más comunes son seis: tres consideradas las ITS clásicas. En 1980 este término fue sustituido por uno más amplio, que comprende todas las enfermedades en que la transmisión sexual tiene importancia epidemiológica. Las infecciones de transmisión sexual poseen una variada causa, bacteriana, viral o micótica. Las mismas pueden ser transmitidas de individuo a individuo cuando tienen relaciones sexuales desprotegidas por vía vaginal, anal u oral, también puede ser por contacto piel con piel en las enfermedades que presentan ulceraciones genitales, por el contacto con la sangre y/o sus derivados mediante trasplantes o transfusiones sanguíneas (Hepatitis B, Sífilis, VIH), de madre a hijo durante el embarazo (VIH, Hepatitis B, Sífilis), durante el parto (Blenorragia, clamidia, VIH) y después del nacimiento en el período de lactancia (2,4, 13).

Las tasas de incidencia de las ITS (Infecciones de Transmisión Sexual) siguen siendo altas en la mayor parte del mundo, a pesar de los avances de diagnóstico y terapéuticos que pueden rápidamente hacer que los pacientes con muchas ITS no se vuelvan contagiosos y curar a la mayoría. En los países en desarrollo, las ITS y sus complicaciones se encuentran entre las cinco primeras categorías de enfermedades para las que los adultos solicitan atención de salud. En las mujeres en edad fértil, las ITS – aún excluyendo al VIH- solamente son superadas como causa de enfermedad, defunción y pérdida de vida sana por los factores vinculados a la maternidad (13).

En muchas culturas, las costumbres sexuales cambiantes y el uso del anticonceptivo oral han eliminado las restricciones sexuales tradicionales, especialmente para las mujeres y, sin embargo, tanto los profesionales de la salud como los pacientes tienen dificultades para tratar abierta y sinceramente los problemas sexuales (14,15).

Muchos pacientes resultan infectados por más de una ITS; así, en algunas poblaciones de mujeres no embarazadas algunos estudios han comunicado tasas de infección simultánea por Chlamydia y gonorrea de hasta un 50 %.^{2, 3} Ejemplos como este demuestran que los médicos de familia deben conocer muy bien los factores de riesgo prevalentes en su población, así como los cambios observados en la epidemiología de las ITS (16).

La magnitud del problema de las ITS es demasiado grande para abordarlo solamente en los centros especializados en ITS, de modo que deben tomarse medidas para ampliar e integral manejo de esas enfermedades en los centros de atención primaria de salud y otros.

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

Por eso los factores de riesgo son (17):

- Tener una pareja sexual infectada.
- El comportamiento sexual de la persona, ya que se relaciona con la probabilidad de exposición y transmisión de las mismas.
- Tener relaciones coitales sin protección.
- Tener prácticas sexuales de riesgo como anal, vaginal, oral sin condón.
- Uso de alcohol y drogas que promuevan conductas sexuales de alto riesgo.
- Existen infecciones como el VIH y la infección por hepatitis b que se pueden adquirir con material punzocortante mediante tatuajes y perforaciones y no son precisamente por contacto sexual.
- Relaciones sexuales sin protección con personas desconocidas.
- Ser víctima de abuso sexual o violación por uno o varios agresores.

Para descartar la presencia de ITS, deben examinarse los siguientes casos:

- La presencia de salida de flujo por la vagina (líquido que puede ser blanco, amarillo/verdoso), dolor pélvico (dolor en abdomen bajo).
- Y en el hombre puede haber salida de líquido transparente o amarillo a través del pene (llamada secreción).
- Dolor y ardor al orinar, tanto en hombres como en mujeres
- Todo (a) adolescente sexualmente activo(a)
- Todo (a) adolescente que se sospecha haya sido víctima de violación, abuso sexual o incesto.
- Mujeres embarazadas
- Mujeres con antecedentes de varias parejas sexuales.
- Mujeres sexoservidoras o bisexuales

- Mujeres que han tenido (o se sospecha que han tenido) contacto sexual con una persona que tiene ITS o que hayan usado drogas aplicadas en las venas
- Que hayan practicado el coito anal sin protección
- Inicio de relaciones sexuales a temprana edad sin protección
- Falta de uso de condón
- Mujeres con infecciones sexuales recurrentes
- Mujeres drogadictas o que han compartido agujas

No es raro que una o más ITS se presenten y se repitan durante el periodo de edad fértil y la reinfección es la causa más frecuente. La existencia de dos o más infecciones de transmisión sexual al mismo tiempo es común. Se debe hacer seguimiento y estar alerta para detectar las secuelas (consecuencias) a largo plazo, tales como (17):

- Enfermedad inflamatoria pélvica (dolor abdominal bajo)
- Esterilidad
- Embarazo ectópico (embarazo fuera del útero).
- Infecciones en el recién nacido de una madre infectada.
- Cáncer cérvicouterino (del cuello uterino). (6)

Entre las causas se encuentran varios factores determinantes, de ellos destacan:

Factores Socioculturales

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

Factores Médicos

- Resistencias de los gérmenes causales, es decir las bacterias, virus, hongos y otros crean resistencia a los medicamentos debido a la automedicación y al uso incorrecto de los antibióticos.
- Lo que contribuye a un aumento constante y continuo de las infecciones de transmisión sexual.

Normas generales de tratamiento que se deben seguir:

- ✓ Siempre que se sospeche o se sepa con certeza que se está frente a una infección de transmisión sexual, se deben tener en cuenta una serie de normas antes de iniciar un tratamiento adecuado.
- ✓ Se debe pensar que un paciente tiene una infección de transmisión sexual, cuando presente una lesión genital o bien, frente a una erupción cutánea de causa desconocida y antecedentes de contacto sexual.
- ✓ Cualquiera que mantenga relaciones sexuales con personas diferentes, puede contagiarse; hay que olvidarse de los prejuicios sociales o personales.
- ✓ Hay que llevar un tratamiento adecuado y administrar las dosis correctas, así como tratar a la pareja a la que depende el curso de la enfermedad.
- ✓ Se debe recomendar la abstinencia sexual (no tener relaciones sexuales mientras exista la infección de transmisión sexual) hasta comprobar la curación total de la infección de transmisión sexual. Esta recomendación es válida tanto para el/la joven, como para las posibles parejas sexuales, ya que si no ha sanado completamente, se facilita su diseminación (se transmite a otras personas).
- ✓ A todo paciente que se le ha diagnosticado una ITS, se le debe otorgar orientación-consejería, asesoría y los recursos necesarios para el tratamiento, con la finalidad de disminuir la posibilidad de adquirir nuevamente una ITS.

Complicaciones y secuelas más frecuentes de las ITS

Las ITS (infecciones de transmisión sexual) pueden dejar como secuela la infertilidad y otras complicaciones en la capacidad reproductiva de la persona:

- La enfermedad inflamatoria pélvica

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

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

En el embarazo: Algunas infecciones transmitidas sexualmente, como la sífilis, el VIH, la gonorrea y la clamidia, pueden pasar de la madre a su hijo durante el embarazo, al momento del nacimiento o la lactancia; y ocasionar complicaciones al producto como infecciones perinatales en ojos, sistema nervioso, tracto digestivo, así como otro tipo de afecciones (2,12,13)

CLASIFICACIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL POR SÍNDROMES

Síndrome de flujo vaginal

Si bien la presencia de flujo vaginal es la afección ginecológica más común de las mujeres sexualmente activas, no todos los casos son anormales, ni indican la presencia de una ITS. La percepción de un flujo anormal depende de la paciente, es frecuente que exista como parte de la molestia una mayor cantidad de secreción, un cambio en el aspecto u olor, prurito (comezón), disuria (ardor al orinar), dolor abdominal bajo, dolor genital o al tener relaciones sexuales. Existen microorganismos causantes del flujo vaginal que no son necesariamente infecciones de transmisión sexual (candidiasis y vaginosis bacteriana).

El flujo vaginal que proviene del cérvix (cuello uterino) es, por lo general, causado por *N. gonorrhoeae* y/o *C. trachomatis*; aquel que proviene directamente de las paredes vaginales es debido a *T. vaginalis*, *C. albicans* o se trata de una vaginosis bacteriana. Existen también vaginitis químicas por la aplicación de medicamentos, limpieza vaginal con sustancias abrasivas o la introducción de cuerpos extraños. Es

importante recordar que la paciente con candidiasis vaginal (infección por hongos) recurrente, puede tener diabetes mellitus o bien infección por VIH.

La elección del tratamiento debe tomar en cuenta la causa más probable, la posibilidad de embarazo y la historia de contactos sexuales recientes de la o el paciente. Con excepción de los casos de candidiasis (infección por hongos) y vaginosis bacteriana (infección vaginal por bacterias) él o los contacto(s) sexual(es) deben incluirse en el tratamiento.

Síndrome de ulceración genital

Los agentes que comúnmente producen úlceras genitales son *Treponema pallidum* (sífilis), *Haemophilus ducreyi* (chancroide), *Calymmatobacterium granulomatis* (danovanosis), los virus del herpes simplex (HSV-1 y HSV-2) y las variedades de *Chlamydia trachomatis* que causan el linfogranuloma venéreo (es una infección de transmisión sexual que afecta al sistema linfático)

Hoy en día, la importancia de las úlceras genitales está en su capacidad para aumentar, tanto la susceptibilidad de una persona no infectada al VIH durante una relación sexual con una persona infectada, como el aumentar la ineffectividad de una persona infectada por VIH con úlcera genital. Por ello, el manejo oportuno y apropiado de la enfermedad ulcerativa genital debe considerarse como una de las estrategias para el control de la epidemia del SIDA.

Síndrome de dolor abdominal

Cuando una mujer se presenta con dolor abdominal bajo, es importante descartar que se trate de alguna emergencia médica, debida a padecimientos como: obstrucción o perforación intestinal, apendicitis aguda, embarazo ectópico o un aborto séptico. Una vez excluidos estos diagnósticos, la causa más frecuente de dolor abdominal bajo en la mujer sexualmente activa, es la enfermedad pélvica inflamatoria (18).

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL MÁS FRECUENTES

Trichomoniasis

Es un protozoo flagelado, *Trichomonas vaginalis*, que tiene un cuerpo en forma de corazón de naipes de baraja francesa y un largo flagelo. Aunque se presenta a cualquier edad, es más frecuente en la etapa de mayor actividad sexual.

Puede ser asintomática, pero, generalmente, da una leucorrea espumosa, fétida, con intenso prurito vulvar, ardor y dispareunia. Al examen físico hay un enrojecimiento de la mucosa vaginal con un punteado petequiral, vagina fresa, edematosa y dolorosa; con una leucorrea fluida, incolora, bien ligada, espumosa y maloliente.

Se diagnostica por examen directo en fresco, en el que se ven agitarse, los protozoos, con sus movimientos característicos, por coloración de Gram o de Ziehl, por método de Papanicolaou y de May-Grünwald-Giemsa, y por cultivos especiales, método de Johnson.

Tratamiento

- Embrocaciones vaginales, 3 veces por semana, con mercurocromo al 20 %, solución de lugol o ácido acético al 2 %.
- Cremas de clotrimazol al 2 % (5 g).
- Óvulos vaginales, 2 veces al día, por 7 a 10 días de metronidazol (500 mg), clotrimazol (0,1 g), tricomicida (diiodohidroxiquina 100 mg) y trivagín.
- Tabletas por v.o. de metronidazol (250 mg), con una dosis única de 2 g (8 tabletas) que pudiera repartirse en dos dosis en un solo día, debe ser tratada la pareja sexual con igual dosis y recomendar no ingerir bebidas alcohólicas o 1 g cada 12 h por 1 día o 250 mg cada 8 h por 10 días.

También se puede utilizar el tinidazol (500 mg), con una dosis única de 4 tabletas.

A pesar de que se plantea que el hombre no es un buen reservorio para tricomonas, existe un criterio casi unánime que recomienda el tratamiento de la pareja sexual (19).

Clamidiasis

En la actualidad, se considera una de las afecciones más frecuentes, transmitidas por vía sexual, incluso más que la gonorrea; causante de un tercio o la mitad de la uretritis no gonocócica en el hombre y se asocia a factores de riesgo como la edad, número de parejas sexuales, solteras, bajo nivel socioeconómico, uso de anticonceptivos orales, parejas con uretritis no gonocócica y presencia de endocervicitis mucopurulenta y piuria abacteriúrica.

La clamidiasis constituye un grupo de microorganismos parásitos intracelulares estrictos, que no pueden sintetizar adenosíntrifosfato (ATP), por lo que dependen de

la energía que les proporciona el huésped para desarrollarse y multiplicarse. Se diferencia, serológicamente, en 15 serotipos: los L1, L2 y L3 son los causantes del linfogranuloma venéreo; los A, B, Ba y C, son responsables del tracoma o ceguera endémica; y los D, E, F, G, H, I, J y K, son los productores de lesiones oculares y genitales, sexualmente transmitidas.

Diagnóstico positivo:

En la mujer, la infección puede ser asintomática, presentarse con una sintomatología no específica o dar manifestaciones, en dependencia de su localización: originar una bartolinitis, una endocervicitis al localizarse en el epitelio columnar del endocérvix, que sirve de reservorio y se presenta como formaciones foliculares semejantes a la conjuntiva, con una descarga purulenta endocervical, visible por colposcopia; un síndrome uretral agudo, caracterizado por disuria, polaquiuria y piuria, con una orina estéril; una endometritis y salpingitis aguda, que se presenta con dolor bajo vientre, a veces, leve, fiebre y secreción vaginal, más relacionado con la menstruación; y se puede diseminar a la cavidad abdominal y originar la perihepatitis o síndrome de Fitz-Hugh-Curtis, que se caracteriza por adherencias entre el hígado y el diafragma, en forma de “cuerdas de violín”.

Las secuelas más importantes de los procesos inflamatorios pelvianos son la infertilidad y el embarazo ectópico.

El recién nacido, al pasar por el canal del parto infectado, puede presentar conjuntivitis por inclusión y neumonía, en mayor frecuencia, seguidas de otitis media, obstrucción nasal, bronquiolitis y colonización gastrointestinal.

El diagnóstico positivo: los cultivos son, sin dudas, los mejores y consisten en sembrar muestras de células contaminadas en una cepa de células vivas (Mc Coy), pero son muy caros, por lo que no se emplean de forma masiva. Pero más recientemente se realiza la detección de antígenos por dos tipos de pruebas: la de anticuerpos monoclonales por tinción fluorescente directa de cuerpos elementales de *Clamidia* y la de ELISA (19). El tratamiento que se debe emplear en la clamidiasis (9,10):

- Tetraciclina 500 mg 4 veces al día por 14 días
- Doxiciclina 100 mg 2 veces al día por 7 - 14 días

- Azitromicina 1 g dosisúnica
- Eritromicina 500 mg 4 veces al día por 14 días
- Clindamicina 450 mg 3 veces al día por 14 días
- Ofloxacin 300 mg 2 veces al día por 7 días
- Ciprofloxacina 500 mg 2 veces al día por 7 días
- Embarazadas:
- Eritromicina 500 mg 4 veces al día por 7 días
- Azitromicina 1 g dosisúnica

Gonorrrea

La gonorrrea también denominada blenorragia, blenorrea, es una ITS provocada por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae* o gonococo, cuyo huésped específico es el ser humano. Afecta principalmente las mucosas del aparato genital y urinario, pero también puede afectar la conjuntiva ocular, la faringe y el recto. Sus características más habituales son la secreción purulenta por la uretra en el hombre y la consecuencia de infertilidad en la mujer (20).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que se producen 106 millones de casos nuevos en el mundo cada año. En Estados Unidos de América, la gonorrrea ha sido una de las enfermedades contagiosas de mayor frecuencia desde 1965. En ese país, la incidencia de infecciones causadas por *N. gonorrhoeae* es de aproximadamente 375 casos por cada 100 000 habitantes. En México la incidencia descendió en la segunda mitad del siglo XX, desde 213 casos por cada 100 000 habitantes en 1941 a 20 casos sobre el mismo denominador en 1989. En la década de 1990, la tendencia en México se mantuvo descendente, con una incidencia en 1995 y 1996 de 8,8 y 13,7 por cada 100 000 habitantes, respectivamente (21).

Etiología

La gonorrrea es causada por una bacteria llamada *Neisseria gonorrhoeae* o gonococo. Esta bacteria es un diplococo Gram negativo, de entre 0,6 a 0,8 micrones de diámetro, no flagelado, sin cápsula, cuya superficie externa está compuesta por fimbrias que consisten en largos pelos denominados pili. La transmisión puede ocurrir durante el acto sexual, en el parto (si la madre está infectada), o por contaminación al llevar secreciones contaminadas de una mucosa a otra. (14,15)

Patogenia

Los primeros lugares que afecta la bacteria son el epitelio columnar de la uretra y endocérnix. El recto, la faringe y la conjuntiva de los ojos también pueden verse infectados. La vulva y la vagina de las mujeres, normalmente, también son afectadas, puesto que están ligadas con las células epiteliales. En las mujeres, el cérnix suele ser el primer sitio infectado.

Cuadro clínico (22).

En el varón los síntomas en el varón suelen aparecer entre los 2 y los 21 días después de haber contraído la enfermedad. Entre los más habituales se encuentra la secreción uretral de carácter mucoso y tono blanquecino, claro, purulento, grueso y amarillento que libera el pene. También puede manifestarse en dolor al orinar, experimentando una sensación de escozor o quemazón procedente de la uretra. El dolor y la inflamación testiculares son bastante frecuentes en cuadros de gonorrea.

La *Neisseriagonorrhoeae* puede causar otras complicaciones secundarias como la uretritis y la prostatitis. Muy rara vez se manifiesta esta infección bacteriana de forma asintomática en el varón, aunque en un primer momento puede pasar inadvertida o ser confundida con otro tipo de patología urinogenital.

En la mujer la infección suele provocar dolor de forma sintomática. Sin embargo, pueden presentarse signos y síntomas tales como una secreción vaginal, aumento de ganas de orinar y molestias urinarias (disuria). La expansión del germen hacia las trompas de Falopio puede producir dolor en la zona baja del abdomen, encogimiento, fiebre, náusea y los síntomas generalizados de cuando se tiene una infección bacteriana.

También produce enfermedades como vaginitis y cervicitis, pero también endometritis, salpingitis y enfermedad pélvica inflamatoria (EPI). Caracterizada por enrojecimientos en el área genital. El sistema inmune tiene serios problemas para acabar con *Neisseriagonorrhoeae*, dado que posee fibras con una alta tasa de variación antigénica. (15)

Consecuencias

- Puede causar daño a los órganos reproductores.

- Tanto hombres como mujeres pueden quedar estériles. En las mujeres causa enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) que causa infertilidad. En hombres con epididimitis también pueden verse afectado el transporte de espermatozoides.
- Una madre que tiene gonorrea puede contagiar a su bebé durante el parto causando ceguera.
- Puede causar daños al pene, enfermedades de la piel, articulaciones con artritis. Hay una alteración inmunitaria que desencadena la bacteria que afecta a los ojos con conjuntivitis o uveítis, articulaciones (artritis reactiva) y genitourinarias (uretritis o cervicitis).
- Secreción espesa amarilla o blanca de la vagina.
- Ardor o dolor al orinar.
- Menstruación anormal o pérdida de sangre vaginal entre menstruaciones.
- Calambres y ardor en la parte baja del abdomen
- Produce inflamación y obstrucción de las trompas o abscesos (cúmulos de pus) en los ovarios.
- En el hombre infecciones en la uretra, próstata, vesículas seminales y el epidídimo.

Complicaciones

Cuando la gonorrea no se trata, puede ocasionar problemas de salud graves y permanentes tanto en los hombres como en las mujeres, pudiendo quedar estériles si padecen una gonococia complicada con epididimitis en el caso de los hombres, o con salpingitis o enfermedad pélvica inflamatoria en el caso de las mujeres.

Si la gonorrea no se trata, puede propagarse a la sangre y a las articulaciones, pudiendo, incluso, ocasionar la muerte.

Tratamiento: La gonorrea (*Neisseria gonorrhoeae*) es sensible a una amplia gama de antibióticos, pero es capaz de desarrollar resistencia frente a algunos de ellos. Muchas cepas son resistentes a la penicilina. No obstante, antes de la aparición de las cepas resistentes era muy sensible a este antibiótico, cosa sorprendente dado que son bacterias gram negativas. Actualmente es efectivo en el tratamiento de la gonorrea el uso de cefalosporinas de tercera generación como ceftriaxona, cuya administración es por vía intramuscular en dosis de 250 mg en una sola inyección;

Se puede usar azitromicina 2 g en una sola dosis para personas que tengan reacciones alérgicas severas a ceftriaxona, cefixima o penicilina. Las parejas sexuales de la persona infectada deben recibir tratamiento antibiótico también. Además deben rastrearse otras ITS en el paciente y en sus parejas sexuales. También se suele asociar la cefalosporina con algún macrólido, como azitromicina, por la frecuente co-infección con *Chlamydia trachomatis*, que causa un cuadro similar a la infección por gonococo, generalmente dos semanas de iniciado el cuadro, cuya excreción uretral no suele ser de desagradable olor, y con test de Gram negativo (21,24).

Sífilis

La sífilis es una infección de transmisión sexual crónica producida por la bacteria espiroqueta *Treponema pallidum*. Este microorganismo es una bacteria móvil espiroforme (con forma de hilo en espiral), perteneciente al orden Spirochaetales, familia Spirochaetaceae. Su diámetro es de 0,1 a 0,2 micrómetros y su longitud entre 5 y 15 micrómetros.

La sífilis es una enfermedad de distribución mundial. La OMS estima 12 millones de casos nuevos anuales, con el mayor número de casos en el sur y Sudeste Asiático, y en el África Subsahariana. En Cuba se notificaron 15 818 en 1996 y 15 813 casos en el año 1997, por lo que hubo una muy ligera disminución.

Por lo general, prevalece en las zonas urbanas y en los jóvenes –más en hombres que en mujeres– sexualmente activos. En los últimos años, los hombres homosexuales han constituido una proporción cada vez mayor del total de casos. La mayor prevalencia en los grupos con bajo nivel económico y cultural refleja más bien factores sociales que biológicos. Los otros factores de riesgos identificados han sido: el número de compañeros sexuales y su mala elección, la edad temprana en el inicio de las relaciones sexuales, la prostitución, el alcoholismo, la drogadicción, el no uso (25).

Transmisión

La sífilis se contagia principalmente por contacto sexual, mediante el contacto de la piel con la ligera secreción que generan los chancros o por contacto con los clavos sífilíticos de la persona enferma: al realizar sexo oral sin preservativo (ya sea que los

chancros estén en la boca, en el pene o en la vulva), al besar una boca con chancros (que son indoloros), por inoculación accidental (por compartir jeringas), o puede ser transmitida de la madre al hijo a través de la placenta (sífilis congénita) o a través del canal de parto (sífilis connatal). En este caso, el bebé puede morir pronto o desarrollar sordera, ceguera, perturbaciones mentales, parálisis o deformidades.

Es prácticamente imposible que se transmita por una transfusión de sangre, porque la sangre se analiza antes de transfundirse, y porque el treponema pálido no se puede mantener vivo más de 24 a 48 horas en la sangre conservada en hemoteca.

En comunidades que viven bajo pobres condiciones higiénicas, la sífilis endémica puede transmitirse por contacto no sexual. Pero no se transmite por el asiento en sanitarios, actividades cotidianas, tinas de baño o compartir utensilios o ropa.

Cuadro clínico

En vez de provocar una intensa respuesta inmune celular y humoral, el *Treponema pallidum* puede sobrevivir en un hospedador humano durante varias décadas, ya que éste presenta un mecanismo de resistencia a los sistemas efectores de la respuesta inmune al recubrirse de proteínas del hospedador para camuflarse hasta que alcanza el Sistema Nervioso Central.

Los síntomas de la sífilis son numerosos y ligeramente variados. Antes de la aparición de las pruebas serológicas, el diagnóstico preciso era imposible. De hecho, se la llamaba «la gran imitadora» ya que —en la fase primaria y secundaria— sus síntomas pueden confundirse fácilmente con los de otras enfermedades, haciendo que el sujeto le reste importancia y no acuda al médico.

El 90 % de las mujeres que la padecen no saben que la tienen porque, en la mayoría de los casos, el chancro aparece dentro del cuello uterino. Cuando la bacteria entra al organismo, se disemina rápidamente y poco a poco invade todos los órganos y tejidos. (25,26)

Primera etapa

Después de un período de incubación de 10 días a 6 semanas (3 semanas promedio), en el sitio de inoculación —la boca, el pene, la vagina o el ano— se presenta una pápula no dolorosa que rápidamente se ulcera, convirtiéndose en una

llaga circular u ovalada de borde rojizo, parecida a una herida abierta, a esta se le llama chancro.

Es característica su consistencia cartilaginosa, con base y bordes duros.

En el varón los chancros suelen localizarse en el pene o dentro de los testículos, aunque también en el recto, dentro de la boca o en los genitales externos, mientras que en la mujer, las áreas más frecuentes son: cuello uterino y los labios genitales mayores o menores.

Durante esta etapa es fácil contagiarse con la secreción que generan los chancros. Una persona infectada durante esta etapa puede infectar a su pareja al tener relaciones sexuales sin protección.

El chancro desaparece al mes o mes y medio, pero no porque el enfermo se esté curando, sino porque la segunda etapa está por empezar.

Segunda etapa.

Puede presentarse medio año después de la desaparición del chancro y dura de tres a seis meses, provocando ronchas rosáceas indoloras llamadas «clavos sifilíticos» en las palmas de las manos y plantas de los pies (que a veces pueden aparecer en otros sitios como pecho, cara o espalda), fiebre, dolor de garganta y de articulaciones, pérdida de peso, caída de cabello, ceja rala, cefaleas y falta de apetito.

A veces, unas erupciones planas llamadas condiloma latum brotan alrededor de los genitales y ano. Los clavos sifilíticos pueden ser muy contagiosos si existen heridas, pudiendo incluso contagiar a alguien por el hecho de darle la mano. Cuando la segunda fase termina, la sífilis permanece en el organismo durante mucho tiempo, hasta que vuelve a despertar en la tercera fase.

Tercera etapa

En la tercera fase (llamada también fase final), entre uno y veinte años después del inicio de la infección, la sífilis se vuelve a despertar para atacar directamente al sistema nervioso o algún órgano

En esta fase se producen los problemas más serios y puede llegar a provocar la muerte. Algunos de los problemas son:

- Trastornos oculares,

- Cardiopatías,
- Lesiones cerebrales,
- Lesiones en la médula espinal,
- Pérdida de coordinación de las extremidades
- Aneurisma sífilítico o luético
- Goma sífilítico o sífiloma, etc.

Secuelas

Tratada a tiempo, la enfermedad tiene cura sencilla sin dejar secuelas.

El padecer la sífilis aumenta el riesgo de contraer otras enfermedades de transmisión sexual (como el VIH), ya que los chancros son una vía fácil de entrada en el organismo.

Si no se trata a tiempo, puede ocasionar:

- Ulceraciones en la piel.
- Problemas circulatorios.
- Ceguera.
- Parálisis.
- Demencia.
- Trastornos neurológicos.
- Muerte.

El haber padecido sífilis y haberse curado no implica inmunidad, ya que rápidamente se puede volver a contraer. Esto se debe a que la bacteria que produce la sífilis (*Treponema pallidum*) cuenta con tan solo nueve proteínas en su cubierta, lo cual no es suficiente para que el sistema inmunitario humano la reconozca y pueda producir anticuerpos para combatirla o inmunizarse (26).

Tratamiento

Antiguamente se trataba con mercurio, lo cual hizo famosa la frase «una noche con Venus y una vida con Mercurio», pero este tratamiento era más tóxico que beneficioso.

Hoy la sífilis se puede curar fácilmente con antibióticos, como la penicilina, durante la fase primaria y secundaria. La penicilina también actúa en la última etapa aunque en ese caso debe ser penicilina g-sódica por vía intravenosa, ya que es la única forma

de que se difunda el antibiótico por el LCR (líquido cefalorraquídeo), que es donde se encuentra la bacteria durante esta última fase. La bacteria *Treponema pallidum* es una espiroqueta y puede ser tratada con penicilina benzatínica, en forma de inyección intramuscular. No se justifica el uso de otros antibióticos ya que no se han reportado casos de resistencia a la penicilina.

La dosificación de la penicilina depende del estado de la enfermedad, variando desde una dosis única en infecciones primarias hasta esquemas en donde es necesario suministrar varias dosis del antibiótico (sífilis tardía o en estados de latencia tardía). En pacientes alérgicos a la penicilina se puede optar entre doxiciclina, macrólidos y ceftriaxona. (27).

Virus del Papiloma Humano (Condiloma Acuminado)

La infección genital por el virus del papiloma humano, tiene un período de incubación de pocas semanas a varios meses. La lesión más visible, el condiloma acuminado, habitualmente es transmitido sexualmente y a menudo se encuentra asociado a otras infecciones sexualmente transmisibles. En algunos países del mundo es actualmente la infección de transmisión sexual más frecuente. Existe el potencial de la posible inducción del cáncer con el pasar del tiempo, los tipos de papiloma humano 16 y 18 han sido asociados a la neoplasia cervical intraepitelial (Cáncer del cuello uterino).

Diagnóstico

La lesión de condiloma acuminado puede abarcar cualquier parte de la región genital, incluyendo la vagina, la uretra, la vejiga y el recto y puede hallarse extremadamente extendido. Las lesiones son más severas en aquellas pacientes que tienen secreción vaginal, poca higiene personal o perspiración profusa, así como en pacientes embarazadas. Puede haber lesiones planas e infección subclínica (28).

Tratamiento

No existe un tratamiento satisfactorio. Actualmente el tratamiento local con ácido tricloracético (50-90%) tiene una buena acogida por tener menos toxicidad. Se aplica semanalmente, no requiere lavado posterior y duele sólo los primeros 30 minutos.

Otra posibilidad es el uso de tintura de podofilina, que puede usarse en porcentajes que oscilan entre el 3 y el 25%, aplicada en las lesiones, especialmente en casos en que el área afectada es menos de 2 cm. Este tratamiento está contraindicado

durante el embarazo. Se debe usar vaselina para proteger los tejidos sanos circundantes y es importante lavar cuidadosamente la región 2 a 4 horas después de la aplicación de podofilina. Las aplicaciones pueden ser necesarias semanalmente y son más efectivas en aquellas lesiones que son húmedas (29).

Síndrome de Inmunodeficiencia Humana

La persona infectada con el retrovirus humano VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) estará infectada por toda su vida. Inicialmente permanecerá asintomática (sin síntomas), a veces por muchos años. Sin embargo, cuanto más tiempo dure la infección más grave será el ataque al sistema inmunitario (30).

Síntomas de VIH:

I Infección inicial.

Asintomática en la mayoría de los pacientes

Síndrome viral similar a la mononucleosis infecciosa: fiebre, debilidad y mialgia (dolor muscular), dos a cinco semanas después de la inoculación

II Portador asintomático.

Casi todas las personas infectadas

III Complejo relacionado con SIDA

Linfadenopatía generalizada (inflamación de los ganglios) con o sin sudores nocturnos, fiebre, diarrea, pérdida de peso, debilidad e infecciones inusuales (candidiasis oral, candidiasis vaginal crónica, herpes zoster).

IV SIDA

La definición de SIDA requiere que se cumplan las cinco condiciones establecidas por el CDC*

La enfermedad es crónica, progresiva, con periodos de recuperación y potencialmente fatal.

* Clasificación del Centro para el Control de Enfermedades (CDC).

** Se pueden detectar anticuerpos a las 8 semanas de iniciada la infección, aunque hay pacientes que pueden demorar seis meses o más.

*** A pesar de no tener síntomas y aparentemente sanos pueden transmitir el virus (31).

Vías de transmisión:

Aquellos que son homosexuales, usan drogas endovenosas, sufren de hemofilia o tienen relación sexual con alguien infectado con el virus, están en mayor riesgo.

Coito

- Homosexual, entre hombres.
- Heterosexual, del hombre a la mujer y de la mujer al hombre.

Inoculación de sangre

- Transfusión sanguínea y de productos de sangre.
- Agujas compartidas por los consumidores de drogas endovenosas.
- Pinchazo hipodérmico, herida, exposición de membranas mucosas (boca, ano, vagina) en trabajadores de la salud.
- Inyección con agujas no esterilizadas.
- Perinatal.
- Intrauterino.

Manifestaciones Clínicas:

Son muy variadas, van desde el paciente asintomático hasta el que presenta cuadros febriles, sudores nocturnos, fatiga, cansancio, diarrea, pérdida de peso, linfadenopatía generalizada y candidiasis oral. Las infecciones sintomáticas habitualmente son crónicas. Debe recordarse que las infecciones genitales ulcerosas (como el herpes y la sífilis), facilitan la infección y también que la tuberculosis y la sífilis tienen un cuadro clínico más severo en aquellos pacientes infectados con VIH.

Diagnóstico del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

Aunque la mayoría de los casos se ha detectado en adultos jóvenes, se ha observado un incremento del número de adolescentes afectados. Muchos adultos jóvenes adquirieron la infección durante la adolescencia. La infección debe sospecharse en todo adolescente que tiene infecciones oportunistas, tales como: candidiasis recurrente, infecciones herpéticas recurrentes u otros estados de enfermedad crónica con presencia de pérdida de peso, diarrea y linfadenopatía generalizada (ganglios inflamados en cuello, axilas, ingles, etc).

La cero conversión demora entre dos a cinco meses, por lo tanto, si no han pasado 3 meses entre la fecha de probable infección y la de la prueba del VIH, el resultado no será confiable. La incubación del SIDA es de dos años promedio en adultos y un año en niños y jóvenes, pero puede ser más prolongada. Los modelos matemáticos han estimado que el período de incubación puede ser de cinco años y a veces tan largo como 15 años.

Pronóstico, tratamiento y prevención de la infección por VIH

Para los adolescentes que se infectan con VIH el pronóstico es grave, pero está mejorando. A veces pasa mucho tiempo antes de que el paciente desarrolle SIDA y tal vez no todos lo hagan.

La gente con SIDA actualmente vive más tiempo que al comienzo de la epidemia y su calidad de vida ha mejorado. Hay varios factores que son responsables de este progreso: Las infecciones oportunistas que matan a la mayoría de los pacientes con SIDA son diagnosticadas y tratadas más rápidamente (con antibióticos apropiados, aerosol de pentamidina, etc.); la terapia antiviral (zidovudina AZT) reduce la frecuencia y/o severidad de dichas infecciones y finalmente, la calidad de los programas de atención médica y los sistemas de apoyo han mejorado.

Actualmente se están introduciendo medidas de prevención de las complicaciones. La prevención de la infección se basa en control de la inoculación de sangre (control de transfusiones, no compartir agujas, precauciones universales) y la práctica del sexo protegido y sexo seguro (ir a sexo seguro y sexo protegido) (32).

Alcance comunitario de la intervención educativa

Desde el punto de vista comunitario las ITS fundamentalmente en las mujeres representan un gran problema de salud, por lo que se propone con esta intervención educativa profundizar y elevar los conocimientos sobre las ITS, para que una vez preparado sean capaces de modificar sus modos de actuar y así tener una conducta más responsable ante la problemática planteada.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una investigación pre experimental de tipo antes - después para elevar el nivel de conocimiento sobre las ITS en las mujeres en edad fértil del Consultorio 26 del Área Norte del municipio Morón en el periodo comprendido entre enero del 2016 hasta junio del 2017.

El universo del estudio estuvo constituido por 156 pacientes femeninas entre los 15 y 49 años, perteneciente al referido consultorio.

Criterios de inclusión:

- Todas las mujeres en edad fértil del consultorio 26 que estuvieron de acuerdo en participar en el Programa de Intervención Educativa sobre ITS.
- Que den su consentimiento informado para participar en la investigación (anexo 1).

Criterios de exclusión:

- Mujeres con residencia temporal en el área del consultorio (menos de 6 meses).

Para la investigación se tuvo en cuenta los siguientes métodos y técnicas:

- **Método del nivel teórico:**

Histórico- lógico: en la determinación de la evolución de las ITS.

Analítico- sintético: para la caracterización del nivel de conocimientos que tienen las mujeres de la Filial de Ciencias Médicas de Morón, sobre las ITS, así como para la interpretación de la información obtenida por los métodos empíricos.

Inductivo- deductivo: para concretar los supuestos teóricos para la aplicación de las acciones del programa de intervención educativa.

Sistémico- estructural- funcional: en la explicación del objeto de la investigación y la modelación del campo de acción, en la concepción de la estructuración del programa de intervención.

Dialéctico- materialista: en la determinación de las relaciones contradictorias que se dan en el objeto y que constituyen una fuente de desarrollo como base metodológica de la investigación.

- **Métodos y técnicas del nivel empírico:**

Encuesta: con el objetivo de caracterizar las mujeres del estudio y conocer el nivel de conocimiento sobre las ITS que poseen las mismas para lo cual se confeccionó un

cuestionario de datos primarios utilizado como instrumento de recolección de la información (Anexo 2)

Variable independiente: Programa de intervención educativa que facilite el aprendizaje a través de experiencias, tanto formales como informales que contribuyan al logro de conocimientos, actitudes y practicas sustentadas sobre valores que conlleven a una educación sexual saludable.

Variable dependiente: Nivel de conocimientos sobre ITS

Operacionalización de las variables:

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Grupos de Edad	Cuantitativa continua	15 a 20 21 a 25 26 a 30 31 a 35 36 a 40 41 a 49	Edad en años según carné de Identidad	Frecuencia absoluta (No) y Porcentaje (%).
Nivel de escolaridad	Cualitativa ordinal	Primaria Secundaria Preuniversitario Universitario	Según nivel vencido	Frecuencia absoluta (No) y Porcentaje (%).
Tipo de relación con la pareja	Cualitativa Nominal dicotómica	Estable Inestable	Si llevan 6 meses o más como pareja. Hace cambios frecuentes de pareja.	Frecuencia absoluta (No) y Porcentaje (%).
Conocimiento del concepto de ITS	Cualitativa Ordinal	Alto Medio	Se tendrá en cuenta la respuesta	Frecuencia absoluta

		Bajo	dada a la pregunta # 1 de la encuesta Alto: 2 ítems correctos Medio: 1 ítem correcto Bajo: 0 ítem correcto	(No) y Porcentaje (%).
Conocimiento de los tipos de ITS.	Cualitativa Ordinal	Alto Medio Bajo	Se tendrá en cuenta la respuesta dada a la pregunta # 2 de la encuesta Alto: 7 ítems correctos Medio: 4- 6 ítem correcto Bajo: 3 o menos ítem correctos	Frecuencia absoluta (No) y Porcentaje (%).
Conocimiento de las vías de transmisión	Cualitativa Ordinal	Alto Medio Bajo	Se tendrá en cuenta la respuesta dada a la pregunta # 3 de la encuesta Alto: 5 ítems correctos Medio: 3 ítem correcto Bajo: 1 o menos ítem correcto	Frecuencia absoluta (No) y Porcentaje (%).
Conocimiento de las manifestaciones clínicas	Cualitativa Ordinal	Alto Medio Bajo	Se tendrá en cuenta la respuesta dada a la pregunta # 4 de la encuesta	Frecuencia absoluta (No) y Porcentaje

			Alto: 3 ítems correctos más la especificación de otros síntomas tales como: verrugas genitales, chancro o ulceración, dolor abdominal, entre otras Medio: 3 ítems correctos sin la especificación de otros síntomas. Bajo: -3 ítems correctos.	(%).
Conocimiento de las complicaciones	Cualitativa Ordinal	Alto Medio Bajo	Se tendrá en cuenta la respuesta dada a la pregunta # 5 de la encuesta Alto: 3 ítems correctos más la especificación de otras complicaciones tales como: dolor crónico, cáncer del cuello del útero y daños cerebrales y del corazón	Frecuencia absoluta (No) y Porcentaje (%).

			Medio: 2-3 ítems correctos sin la especificación de otras complicaciones. Bajo: 1 o menos ítems correctos.	
Conocimiento de las medidas de prevención	Cualitativa Ordinal	Alto Medio Bajo	Se tendrá en cuenta la respuesta dada a la pregunta # 6 de la encuesta Alto: 4 ítems correctos Medio: 2-3 ítem correcto Bajo: 1 o menos ítem correcto	Frecuencia absoluta (No) y Porcentaje (%).
Conocimiento general sobre ITS	Cualitativa Ordinal	Alto Medio Bajo	Se tendrá en cuenta la calificación obtenida en las preguntas de la de la encuesta Alto: 5 -6 preguntas correctas Medio: 3 -4 preguntas correctas. Bajo: 2 o menos preguntas correctas.	Frecuencia absoluta (No) y Porcentaje (%).

Consideraciones éticas:

Se da respuesta a los objetivos propuestos en la investigación cumpliendo con los requisitos éticos de resguardo de la información personal de cada paciente del CMF No 26 del área Norte del municipio Morón teniendo en cuenta los principios de la ética médica como lo es el secreto médico-paciente y para ello se confeccionó un modelo de consentimiento informado preservando estos principios éticos y firmado por las pacientes y la doctora responsable del estudio. Las participantes de forma voluntaria y anónima, accedieron a llenar encuestas antes y después de la intervención, lo que nos dio la oportunidad de evaluar la dimensión psicopedagógica del programa elaborado (Anexo1).

Estructura del programa de intervención:

Para el desarrollo de la investigación se diseñó un programa de intervención educativa (anexo 4).

El programa se inició en el mes enero del 2016, para lo cual se dividió el grupo de estudio en cuatro subgrupos, de 31 y uno de 32 integrantes. La frecuencia de las sesiones fue una vez por semana en cada subgrupo, con una duración entre 60 y 90 minutos, durante ocho sesiones de trabajo. El local utilizado fue el CMF No 26 del área Norte del municipio Morón, colocando sillas de forma circular, facilitando la comunicación cara a cara entre las mujeres. Las primeras cinco sesiones destinadas al trabajo grupal en correspondencia con la obtención de información y determinación del nivel de conocimiento sobre ITS, dirigidas en este caso por la Dra. del CMF y una licenciada en Enfermería. La última actividad se destinó al diagnóstico definitivo de la repercusión de la estrategia aplicada (Anexo 5).

Se consideró el grupo como abierto, por este motivo la asistencia fue variable, participando en las sesiones los esposos, amigos y demás familiares que deseaban informarse y conocer sobre las infecciones de transmisión sexual, siempre que el grupo lo aceptó.

El proyecto de intervención educativa aplicado, se diseñó acorde a nuestra base teórica, fundamentada en la necesaria activación de relacionar funcionalmente la autoconciencia y los procesos de reflexión, además de la valoración que haga el individuo y el trabajo educativo que pueda realizarse a través del trabajo en grupo.

La estructura de la metodología aplicada en las sesiones de trabajo no fue estática en relación con su diseño, el cual se realizó acorde a los objetivos específicos y dinámicos, según las necesidades del grupo. Se incorporaron técnicas educativas conocidas, ya sean de animación, reflexivas o presentación, asociadas a algunos recursos técnicos incorporados para apoyar los objetivos de cada encuentro.

El programa de 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.

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 la instrumentación de acciones concretas para lograr un objetivo definido, siempre partiendo de que lo formativo se logra a través de lo instructivo, estos componentes de la pedagogía permitieron dar coherencia a las acciones diseñadas en el programa y se utiliza como forma organizativa predominante el taller que permite el intercambio directo y abierto con todos los participantes así como, hace posible que los contactos entre los miembros de grupo sean más abiertos y estrechos a partir de acciones que propician un ambiente favorable y parte de diagnosticar el nivel de conocimiento que posee el sujeto, pero también de sus intereses, motivaciones y necesidades, sobre la base de los principios para la dirección del proceso pedagógico los cuales se analizaron por la autora atendiendo a las características encontradas en el proceso investigativo y a los resultados del diagnóstico inicial.

Métodos estadísticos:

Los datos obtenidos al ser computados fueron vaciados en cuadros estadísticos para su presentación y análisis. Para realizar estos cálculos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 10.

Se utilizaron de la estadística descriptiva las frecuencias absolutas y relativas (%) y para determinar si las diferencias entre el antes y el después de la intervención fueron o no significativas se utilizó de la estadística inferencial la prueba de hipótesis

no paramétrica denominada Chi Cuadrado (X^2), a un 95% de confianza, un margen de error de un 5% ($p=0.05$) y 1 grado de libertad.

Interpretación: Si Chi Cuadrado calculado (X^2) es mayor que Chi Cuadrado tabulado ($X^2_{(0.05)}^{(1)}$), se rechaza H_0 y se acepta H_1 .

H_0 – no hay diferencias significativas entre el antes y el después.

H_1 - hay diferencias significativas entre el antes y el después.

Se redactó un informe final teniendo en cuenta los requisitos establecidos por la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

ANALISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

TABLA No1: Distribución de las mujeres según grupos de edad

Grupos de Edad	No	%
15-20	14	8.9
21-25	32	20.5
26-30	40	25.7
31-35	28	17.9
36-40	30	19.3
41-49	12	7.7
Total	156	100.0

Fuente: Encuesta

En la tabla No 1 al realizar la distribución por grupos de edades en las mujeres se observó que las ITS se presentaron con mayor frecuencia en las de edades de 21 a 35 años lo que representa el 64.1% de las pacientes, con el mayor aporte en el grupo de 26- 30 años.

Se asume el criterio de varios autores con los que se coincide al plantear como más frecuentes el grupo de edades de 20 a 34 años, y en especial entre 25 y 29 años, período de mayor fertilidad en la mujer y que muchos autores consideran como la más favorable para la reproducción. A nivel nacional la mayor cantidad de embarazos y la mayor tasa de fecundidad se registran en este período, considerado como el idóneo para la concepción y donde el riesgo de que se presenten complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio es inferior con respecto a otras edades. Otros hacen énfasis en que la adolescencia representa la edad más vulnerable. (33)

Las infecciones de transmisión sexual causan problemas de salud en todas las edades, incluso en los niños que están por nacer, o en el propio momento del nacimiento. (34)

TABLA No 2: Distribución de las mujeres según nivel escolar.

Nivel escolar	No	%
Primaria	61	39.1
Secundaria	40	25.7
Preuniversitario	35	22.4
Universitario	20	12.8
Total	156	100.0

En la tabla No 2, al distribuir las mujeres en edad fértil, según su nivel de escolaridad, se señala que el nivel primario y secundario fueron los de mayor frecuencia con 39.1% y 25.7% respectivamente.

Heredia Hernández B, plantea en su estudio un alto nivel de escolaridad en las mujeres con infecciones de transmisión sexual analizadas, en este caso no coincidiendo con la investigación (35), pues el nivel de escolaridad encontrado en las mujeres del CMF No 26 del área Norte del Municipio de Morón, es más bajo, a pesar de que hoy en día la población cubana ha alcanzado niveles educacionales elevados en comparación con años anteriores, por las facilidades que brinda el Estado con respecto a la educación, pues es gratuita y todos tenemos acceso.

TABLA No 3: Distribución de las mujeres según tipo de relación con la pareja.

Relación con la pareja	No	%
Estable	91	58.3
No estable	65	42.7
Total	156	100.0

En la tabla No 3 se aprecia que el mayor por ciento lo presentaron las parejas estables para un 58.3 %.

Algunos autores al estudiar el estado conyugal de las mujeres plantean que las ITS son más frecuentes en las relaciones inestables, lo cual no coincide con nuestro estudio realizado (36).

TABLA No 4: Distribución de mujeres en edad fértil según conocimiento sobre el concepto de ITS.

Conocimientos sobre el concepto de ITS	Antes		Después	
	No	%	No	%
Alto	57	36,5%	86	55,1%
Medio	60	38,5%	62	39,7%
Bajo	39	25,0%	8	5,1%
Total	156	100,0%	156	100,0%

Tabla No 4 la distribución de mujeres en edad fértil según el conocimiento sobre el concepto de ITS, predomina el conocimiento medio con un 38,5%, seguido por conocimiento alto con un 36,5 % y el 25% el conocimiento es bajo, lo que no coincide con lo estudio realizados por Feijoo y Cruz Romero que hacen referencia al predominio del bajo conocimiento respecto a lo que es una ITS (37,38), también podemos observar que nuestro estudio no coincide con otros autores donde manifiestan que el nivel de conocimiento del concepto de ITS son bajos. La familia, los educadores, el equipo de salud y comunicadores son los máximos responsables de modificar esta situación, teniendo la posibilidad en sus manos de brindar modelos educativos favorables y familias tengan más información sexual sobre las medidas de prevención y mantener estilo de vida sexual saludables.

TABLA No 5: Distribución de mujeres en edad fértil según conocimiento de los tipos de ITS

Conocimientos de los tipos de ITS	Antes		Después	
	No	%	No	%
Alto	45	28,8%	88	56,4%
Medio	60	38,5%	56	35,9%
Bajo	51	32,7%	12	7,7%
Total	156	100,0%	156	100,0%

Como puede apreciarse en las tablas 5, el nivel de conocimientos sobre los tipos de ITS resultó con una evaluación media con 38,5 %, seguido del bajo con un 32.7% de los encuestados antes de la intervención. A través de este resultado obtenido se observa desconocimiento de las de los tipos de ITS, los cuales predisponen a contraerlas, desconociendo así las principales características de cada una de ellas, lo que coincide con estudios realizados (39). Después de la intervención se incrementa el nivel de conocimientos sobre los tipos de ITS y resultan con un nivel de conocimiento alto con 88 pacientes que representa el 56,4%.

TABLA No 6: Distribución de mujeres en edad fértil según conocimiento de las vías de transmisión de ITS

Conocimientos de las vías de transmisión	Antes		Después	
	No	%	No	%
Alto	35	22,4%	81	51,9%
Medio	57	36,5%	63	40,4%
Bajo	64	41,0%	12	7,7%
Total	156	100,0%	156	100,0%

En la Tabla No 6. Observamos la distribución de mujeres en edad fértil según conocimiento de las vías de transmisión vemos que un 41 % tiene un conocimiento bajo, el 36,5% con un conocimiento medio y el 22,4 % de mujeres en edad fértil poseían un conocimiento alto. Después de la intervención se incrementa el nivel de conocimientos de las vías de transmisión de ITS a un 51.9 % representando el nivel alto. Los comportamientos sexuales sin protección que implican el contacto con otra persona o con sus líquidos corporales pueden implicar un riesgo de infecciones de transmisión sexual. La mayor parte de la atención se ha centrado en controlar el VIH, que causa el SIDA, olvidando un tanto las otras ITS y que cada una de ella presenta una situación diferente. No es posible contraer ninguna infección de transmisión sexual a partir de una actividad sexual protegida o con una persona sana (40).

TABLA No 7: Distribución de mujeres según conocimiento de las manifestaciones clínicas de las ITS

Conocimientos de las manifestaciones clínicas	Antes		Después	
	No	%	No	%
Alto	40	25,6%	83	53,2%
Medio	60	38,5%	66	42,3%
Bajo	56	35,9%	7	4,5%
Total	156	100,0%	156	100,0%

En relación al conocimiento sobre manifestaciones clínicas en las ITS en la Tabla 7 observamos 35,9% de mujeres en edad fértil tienen conocimientos bajos, el 38,5 % tienen un conocimiento medio y solo el 25.6 % de las mujeres en edad fértil tienen un conocimiento alto. En bibliografías revisadas algunos autores hacen referencia a la relación entre la promiscuidad de las mujeres y su déficit de conocimiento lo que les hace más vulnerables a la infección es la conducta inadecuada y no el tipo de relación sexual (41), lo cual coincide con nuestro estudio donde prevalece el bajo conocimiento sobre manifestaciones de ITS.

TABLA No 8: Distribución de mujeres en edad fértil según conocimiento de las complicaciones de ITS.

Conocimientos de las complicaciones	Antes		Después	
	No	%	No	%
Alto	40	25,6%	75	48,1%
Medio	54	34,6%	68	43,6%
Bajo	62	39,7%	13	8,3%
Total	156	100,0%	156	100,0%

Podemos contactar en Tabla 8 según conocimiento de las complicaciones de ITS que el 39.7 % de las mujeres en edad fértil tiene un bajo conocimiento, seguido de las que tienen un conocimiento medio con un 34,6%, después las que tienen un conocimiento alto 25,6 %. Genius en su investigación refiere al bajo conocimiento de las ITS que se corresponde con lo encontrado en nuestro trabajo (42).

TABLA No 9: Distribución de mujeres en edad fértil según conocimiento de las medidas de prevención de las ITS

Conocimientos de las medidas de prevención	Antes		Después	
	No	%	No	%
Alto	43	27,6%	74	47,4%
Medio	55	35,3%	68	43,6%
Bajo	58	37,2%	14	9,0%
Total	156	100,0%	156	100,0%

En cuanto al conocimiento de mujeres en edad fértil sobre las medidas de prevención de las Infecciones de transmisión sexual en la tabla 9 contactamos que el 37,2% de mujeres en edad fértil tienen un conocimiento bajo sobre las medidas preventivas, el 35,3% tiene un conocimiento medio y el 27.6% posee un conocimiento alto de las medidas preventivas. Coincidiendo con las investigaciones realizadas por el autor Gerbase (43), quien habla sobre los escasos de información para prevenir las ITS. Es necesario que mundialmente se potencialice la voluntad política, divulgación masiva de información sobre las ITS, actividades educativas orientadas a grupos de riesgo, comunidades particularmente vulnerables, amplio acceso a preservativos, provisión de servicios de calidad para el tratamiento de estas infecciones. Muchos son los centros de investigación y personalidades que están enfrascados en la realización de diferentes métodos de prevención para las infecciones de transmisión sexual, el cual ha sido infructuoso, es menester la responsabilidad individual, esta sigue siendo el elemento base, no es el sexo como tal el que afecta y exponen a las ITS, es el sexo no protegido.

TABLA No 10: Nivel de conocimiento de las mujeres en edad fértil sobre ITS antes y después de la intervención

Conocimientos general sobre ITS	Antes		Después	
	No	%	No	%
Alto	45	28.8	122	78.2
Medio	51	32.7	26	16.7
Bajo	60	38.5	8	5.1
Total	156	100.0	100.0	100.0

$$(X^2) = 10.06 \text{ gl} = 1 \quad p = 0.05 \quad (X^2_{(0.05)} (1)) = 3.84$$

Antes de efectuar la intervención educativa, la mayoría de las pacientes presentaron niveles de conocimientos que oscilaban en más del 70.0% entre bajo y medio, mientras que al evaluar ese mismo comportamiento después de la intervención el 78,2% de las mujeres ya tenían conocimientos que se calificaban como altos. (Tabla No 10) Estas diferencias entre el antes y el después resultan significativas pues el Chi Cuadrado Calculado (10.06) es mayor que el tabulado (3.84).

Estos resultados son similares a los encontrados por Hernández y Gutiérrez (44) y otros en su estudio sobre ITS, pues las respuestas coincidieron con niveles de conocimientos insuficientes antes de la intervención, que luego se manifestó en un incremento de más del 75.0% con un predominio de conocimientos suficientes después de la intervención.

CONCLUSIONES

Las variables que se utilizaron para caracterizar las mujeres del estudio fueron edad, nivel escolar, tipo de relación con la pareja y para Identificar las necesidades de Aprendizaje se usaron variables para conocer el nivel de conocimientos de ITS respecto al concepto, tipos, vías de transmisión, manifestaciones clínicas, medidas preventivas y complicaciones de las mismas.

Podemos concluir que en la presente investigación antes de aplicar el programa de intervención educativa la mayoría de las pacientes en edad fértil pertenecientes al consultorio Médico de la Familia No 26 del Área Norte presentaron niveles de conocimientos que oscilaban entre bajo y medio y después de aplicado el programa de intervención educativa predominó el nivel de conocimiento alto con un 95% de confianza entre el antes y el después resultando significativas en cuanto a los conocimientos sobre las ITS.

RECOMENDACIONES

- Realizar las acciones propuestas en el programa de intervención educativa, para enfrentar conscientemente las infecciones de transmisión sexual a los pacientes masculinos del CMF No 26 del área norte de Morón.
- Proponer a otros niveles de enseñanza, centros de trabajos, la implementación del programa de intervención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización mundial de la salud. Lucha contra las enfermedades de transmisión sexual. 2013
2. Dr. Orlando Rigol Ricardo. Dra.C. Stalina Rafaela Santisteban Alba. Dr.C. Eduardo Cutié León. Obstetricia y Ginecología. 3ra ed. Editorial Ciencias Médicas. La Habana 2014
3. Wang B, et al. Vaginal douching, condom use, and sexually transmitted infections among Chinese female sex workers. Sex Transm Dis. 2005; 32: 696-702.
4. Programa de atención integral a la familia en: Programa de trabajo del médico y la enfermera de la familia, el policlínico y el hospital. La Habana; Ed. Pueblo y Educación, 2013.
5. Lourdes Pichs Rodríguez. Infecciones de Transmisión Sexual: Un problema de suma importancia. Periódico ahora [internet] 2013 agost. (Consultado 12 de enero de 2017) disponible en: <https://www.ahora.cu>
6. Álvarez Castillo O, Rodríguez Cabella C., Ais Fernández M. Métodos empleados en las vaginitis por candidiasis. Revolución cubana. Medicina General Integral, 2000.
7. Silvia Martinez. Disponible en [www.monografía.com.trabajos](http://www.monografía.com/trabajos) 2015
8. Pérez GR, Alegret RM, Sanchez BR, et al. Búsqueda de un programa de promoción para reducir las enfermedades de transmisión sexual. Rev. Cubana de Higiene y Epidemiología; 34 (2): 71-80. 2008
9. Woods, Samuel G. Todo lo que necesitas saber sobre las enfermedades de transmisión sexual. The Rosen Publishing Group, ISBN 0-8239-3580-9. 2003
10. OMS. Atención a pacientes con enfermedades de transmisión sexual. Serie de informaciones técnica; 810. 1999
11. Salud. Enfermedades de transmisión sexual [biblioteca virtual en línea] <<http://www.solonosotras.com/ardion/30/salarticulo2101202.htm>>. [consulta: 16 febrero 2006].

12. Ness RB, Randall H, Richter HE, et al. Condom use and the risk of recurrent pelvic inflammatory disease, chronic pelvic pain, or infertility following an episode of pelvic inflammatory disease. *Am J Public Health* 2004;94:1327-9.
13. Beers M. H. (2007). *El Manual Merck de diagnóstico y tratamiento*. Ed. ELSEVIER Merck and Company, New Jersey. 11ed.
14. Organización Panamericana de la salud. ITS-VIH-SIDA. Estadísticas. 2004
15. Robert B. Taylor, Alan K, David. *Medicina de Familia, Principios y Prácticas*. 5ta ed. Springer-Verlag Ibérica, Barcelona 1995, 1999
16. Conde González, Carlos; Uribe-Salas, Felipe. *Gonorrea: la perspectiva clásica y la actual*. Salud pública México, Cuernavaca. 2013.
17. WHO. *Control of Sexually Transmitted Diseases*. Second edition. 2011.
18. *Enciclopedia de la sexualidad. Enfermedades de transmisión sexual. El lado oscuro del sexo*. Barcelona: Editorial Órgano Oficial; 2006.
19. Roberto Álvares Sintes, Griselda Hernández Cabrera, Juan C. Baster Moro, Rubén D. García Nuñez. *Medicina General Integral* 3ra ed. aumentada y corregida. Editorial Ciencias Médicas. La Habana 2014
20. Lugones Botell, Miguel A; Molinet Duarte, Isabel Quintana Riverón, Tania Yamilé. Sífilis y gonorrea; parte de su historia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. La Habana, Cuba. 2013
21. World Health Organization. *Global action plan to control the spread and impact of antimicrobial resistance in Neisseria gonorrhoeae*. Geneva, Suiza. 2012
22. Benedek, Thomas G. Gonorrhea and the Beginnings of Clinical Research Ethics. *Perspectives in Biology and Medicine* 48 (1): 54-73. 2013.
23. Newman, Lori M., John S. Moran y Kimberly A. Workowski. Update on the Management of Gonorrhea in Adults in the United States. *Clinical Infectious Diseases*; 44:S84–S101. 2012
24. Valenzuela Bravo, María Teresa *Alerta de resistencia en infección por Neisseria gonorrhoeae*. Boletín Laboratorio y vigilancia al día. 2014
25. *Secrets of the Dead Interview, The Syphilis Enigma*. PBS. Archivado desde el original el 1 de diciembre de 2015. Consultado el 9 de noviembre de 2006.

26. John E. Lobdell y Douglas Owsley. The origin of syphilis. artículo en el Journal of Sex Research, vol. 10: 1 págs. 76-79, agosto de 1974. Ingresado vía JSTOR 5 de agosto de 2012
27. Centers for Disease Control (CDC). STD Facts - Syphilis. Centers for Disease Control. Consultado el 30 de mayo de 2007.
28. Cann, Alan J. (2007). Principles of Molecular Virology. 4 edición. Burlington, USA: Elsevier. ISBN 0-12-088787-8. 2007
29. Christensen ND. CRPV. Antivir. Chem. Chemother. 16 (6): 355-62 2013
30. Documento sobre intervenciones individualizadas en asistencia y prevención Plan regional sobre el sida, Comunidad Autónoma de Madrid, Madrid, 1996
31. Santén PM. Las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA. Resumed; 13(2): 53. 2013
32. Serrano I. la familia y el SIDA. Rev Fed planificación familiar de España; (11): 35-39. 2009
33. García Hernández R, Rodríguez Ferra T, Castaño Hernández S. Efectividad de las técnicas participativas en los conocimientos de adolescentes sobre infecciones de transmisión sexual. Rev Cubana Med Gen Integr; 15 (5): 536-540. 2005
34. Enfoque de la Salud Pública para el Control de las ETS. ONUSIDA 2008
35. Heredia Hernández B, Velazco Boza A, Cutié León E, Álvarez Pineda AB. Enfermedades de transmisión sexual y su relación con el embarazo. Rev Cubana Obst Ginecol 2004.
36. Martínez A. La Salud en las Américas. Rev. Educación 2002; 8(5): 215-216
37. Feijó SI. Educación sexual y planificación familiar. Trabajo para optar por el Título de Especialista de Medicina General Integral. Guantánamo: Policlínica Mártires 4 de Agosto; 2002.
38. Cruz Romero FA, Et Al. Información en jóvenes de la zona rural. Rev Cubana Med Gen Integr; 10 (3):96-105. 2003
39. Salud de la Reproducción. Rev Network en español 2002; 17(3):9-11
40. Enfoque de la Salud Pública para el Control de las ETS. ONUSIDA 2008

41. González E. Infección hospitalaria, magnitud, factores incluyentes y grupo de alto riesgo. Revista Cubana de Epidemiología 2009
42. Genuis SJ. The Dilemma of adolescent Sexuality Part I. The Onslaught of Sexuality Transmitted Disease, JSOOG 2003; 15(2): 555-565.
43. Gerbase AC y colaboradores. Las infecciones de transmisión sexual en América latina y el Caribe. Rev Pan de salud Pública noviembre; 6 (5): 362. 2014
44. Hernández y Gutiérrez J M. Intervención educativa sobre sexualidad y enfermedades de transmisión sexual México. 27-44. 2010