

**Facultad de Ciencias Médicas
"Dr. José Assef Yara"
Ciego de Ávila
Policlínico Universitario Primero de Enero**

INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA ELEVAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE ITS EN LOS ADOLESCENTES DEL ESBU INTI PEREDO

Autor: Dr. Reinerio Rubio Rojas.

Especialista de Primer Grado en Ginecología y Obstetricia.

Profesor Instructor.

**Facultad de Ciencias Médicas
"Dr. José Assef Yara"
Ciego de Ávila
Policlínico Universitario Primero de Enero**

**INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA
ELEVAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS**

Tesis para optar por el título de *maestría* en atención integral a la mujer

SOBRE LAS ITS EN LOS ADOLESCENTES DEL ESBU INTI PEREDO LEIGUE.



Autor: Dr. Reinerio Rubio Rojas.
Especialista de Primer Grado en Ginecología y
Obstetricia.
Profesor Instructor.

Tutor: Dr Ricardo Ignacio Pila Díaz.
MSc. en Atención Integral a la Mujer.
Especialista de Segundo Grado en Ginecología y
Obstetricia.
Profesor Instructor.

Asesor: Dr. Roberto M. González Noy.
Especialista de Primer Grado en MGI. Especialista
de
Primer Grado en Ginecología y Obstetricia.
Profesor Instructor.
Lic. Yamilia Lois Díaz.
MSc. en Atención Integral a la Mujer.
Profesor Asistente.

**Tesis para optar por el título de máster en atención
integral a la mujer.**

Año 2008

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 mi esposa: Por su dedicación y ayuda constantes.

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

PENSAMIENTO.

“... Nuestra sociedad actual ha creado la adolescencia y tiene la obligación de preocuparse por ella, de infiltrarle responsabilidad y esperanza, de darle una nueva ética, en la que impere el concepto del derecho a nacer deseado y protegido...”

Yarelys Rico
(Revista “Somos Jóvenes”)

INDICE

DENOMINACIONES

Pág.

RESUMEN	-
INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	3
CAPITULO I: FUNDAMENTACION TEORICA	4
CAPITULO II: MATERIAL Y METODOS	18
CAPITULO III: ANÁLISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS	31
CONCLUSIONES	42
RECOMENDACIONES	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
ANEXOS	-

RESUMEN.

Se realizó un estudio de intervención educativa del tipo antes – después con el objetivo de elevar el nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual en los adolescentes de la ESBU Inti Peredo Leigue del área de salud Pedro Ballester en el municipio de Primero de Enero, para lograr conductas responsables que favorezcan una sexualidad sana, durante el período de Septiembre del 2006 hasta Julio del 2007. La muestra estuvo representada por 127 adolescentes entre 12 y 15 años de edad, a los cuales se les aplicó el instrumento antes y después de la intervención educativa, Obteniéndose los resultados siguientes: el 40.9% de los encuestados eran femeninos y el 66.9 % estaban en el grupo de edades de 14 - 15 años de edad. El 59% han tenido relaciones sexuales y de ellos el 57.4% comenzaron la misma a los 15 años de edad. El 65.3% no usaron medios de protección en su primera relación sexual. Después de la intervención el condón o preservativo fue referido en un 100% como medio de protección para prevenir las infecciones de transmisión sexual. La intervención educativa logró elevar el nivel de conocimientos de los adolescentes sobre las infecciones de transmisión sexual en un 93.7%.

PALABRAS CLAVES: Intervención educativa / infecciones de transmisión sexual /

adolescencia.

Declaración Jurada del autor:

Por medio de la presente declaro que la tesis titulada Intervención Educativa para elevar el nivel de conocimientos de los adolescentes sobre las Infecciones de transmisión sexual es de mi propia autoría, no contiene material escrito por otra persona que no haya sido referenciado debidamente en el texto, parte de ella o en su totalidad no ha sido aceptada para el otorgamiento de cualquier otro diploma de una institución nacional o extranjera.

Dado en Morón el 1º de Julio del 2008.

Dr. Reinerio Rubio Rojas.

Policlínico Jose A. Mas Naranjo

Primero de Enero

Ciego de Ávila.

INTRODUCCION.

El proceso de globalización e integración ha creado condiciones favorables para el desarrollo en todos los países del mundo, pero también nos ha traído muchos problemas de carácter global. Uno de ellos son las infecciones de transmisión sexual (I.T.S), incluyendo el VIH/SIDA, que se han expandido por todo el mundo a merced de este proceso. (1)

A partir de los años 60 y como consecuencia de profundos cambios socioculturales, se produjo un notable incremento de las I.T.S. Estadísticas actuales muestran que las poblaciones con mayor riesgo para enfermar de cualquiera de las I.T.S, son adolescentes y jóvenes adultos, heterosexuales entre 14 y 24 años. La Organización Mundial de la Salud (OMS.) en 1989, reportó que uno de cada 20 adolescentes y jóvenes adultos en el mundo contraería alguna de las I.T.S. Cada año, este incremento de las mismas, obliga a los médicos a refamiliarizarse con estas enfermedades. La incidencia de algunas de estas enfermedades (por ej., sífilis y gonorrea) disminuyó desde mediados de los 80 a mediados de los 90 en Estados Unidos y en otros lugares. La uretritis inespecífica, la trichomoniasis, las infecciones por clamidias, el herpes y las verrugas genitales y anorrectales así como la sarna, la pediculosis del pubis y el molluscum contagiosum son probablemente más frecuentes que las cinco enfermedades venéreas definidas históricamente: sífilis, gonorrea, chancro blando, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal. Sin embargo, puesto que estas últimas enfermedades se declaran de forma más regular, no se conoce la incidencia verdadera de los otros procesos. (2- 4)

En 1995 se estimó que la incidencia mundial de gonorrea era mayor de 250 millones de casos; la cifra correspondiente a la sífilis era de unos 50 millones de casos (alrededor de 70.000 en Estados Unidos, incluyendo unos 16.000 casos primarios y secundarios y 1.500 casos congénitos). Existe una fuerte asociación entre el cáncer cervical y las infecciones por papiloma virus (VIH). El VIH se ha extendido con rapidez en varios grupos de población. Cálculos recientes reportan que cada año se presentan en todo el mundo más de 340

millones de casos de ITS curables, y que por lo menos un millón de contagios ocurren cada día. En Cuba se notifican entre 40 y 50 mil casos anualmente solo de sífilis, gonorrea y condiloma acuminado con tendencia al incremento desde hace varios años. (3, 5-7)

El aumento de incidencias de estas enfermedades en los últimos años es múltiple, pero las más frecuentes aparecen alrededor de la pubertad, cada día más temprano como consecuencia de las influencias ambientales sin que los jóvenes tengan suficientes conocimientos acerca de su sexo y la sexualidad, también debido a la práctica sexual desprotegida. (8)

Tratar de un tema tan amplio no es fácil, y abarcarlo por completo en esta investigación resultaría imposible. Por lo tanto, no pretendemos que el lector se convierta en un especialista que domine todos los aspectos de las infecciones de transmisión, pero sí que comprenda los elementos básicos para que puedan evitarlas y que sensibilice a los demás.

Por todo lo anterior es que precisamos el siguiente problema de investigación:

¿Cómo elevar el nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual en los adolescentes que estudian en la ESBU Inti Peredo Leigue del área de salud Pedro Ballester?

Hipótesis.

Si se aplica un programa de intervención educativa basado en las necesidades de aprendizaje para elevar el nivel de conocimientos relacionado con las infecciones de transmisión sexual, entonces se lograra una salud sexual adecuada de los adolescentes que estudian en la ESBU Inti Peredo Leigue del área de salud Pedro Ballester.

OBJETIVOS

General:

Elevar el nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual en los adolescentes de la ESBU Inti Peredo Leigue del área de salud Pedro Ballester en el municipio de Primero de Enero, durante el período de Septiembre del 2006 hasta Julio del 2007, para lograr conductas responsables que favorezcan una sexualidad sana.

Específicos:

1. Distribuir los estudiantes de 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.

2. Identificar antes y después de la intervención educativa el nivel de conocimiento acerca

de:

- 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.
- Responsabilidad del uso del preservativo.

3. Evaluar antes y después de la intervención educativa el nivel de conocimientos

sobre las Infecciones de Transmisión Sexual.

CAPITULO I: FUNDAMENTACION TEORICA.

ANTECEDENTES HISTORICOS.

Las Infecciones de Transmisión Sexual son un conjunto de infecciones 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. (1, 9, 10)

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. (11-13)

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 ITS 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)

Las ITS 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. (11, 15)

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 *ptirium pubis* y *sarcoptes scabiei*. (1, 16)

Entre las ITS 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 I.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 infecciones pueden provocar problemas serios de la salud, esterilidad, impotencia, inmunodeficiencia, retraso mental y la muerte. (11, 15, 17, 18)

Los síntomas más comunes de las ITS 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 (*Trichomona vaginalis*) y parásitos (*Pthirus pubis*, *Sarcoptes scabiei*). (13, 19, 20)

Las infecciones del tractus reproductor comprometen desproporcionadamente la salud de las mujeres, ellas están más expuestas que los hombres a las I.T.S. debido a la carencia de disponibilidad de métodos de barrera controlados por 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 I.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 I.T.S. (N.Gonorrhoeae, C. trachomatis) es más difícil en la mujer que en el hombre. Por otra parte, la potencial extensión de la infección 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. (20- 22)

Como hemos analizado, la principal forma de transmisión de las ITS 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 Clamidas), o después del parto (VIH, VHB) y través de transfusiones u otro contacto con sangre y hemoderivados (Sífilis, VIH y VHB). (9, 10, 23)

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 ITS. El riesgo de las jóvenes aumenta cuando tienen actividad sexual en la pubertad temprana.

Sexo

Las mujeres se contagian de ITS 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 ITS que los no circuncidados. (8, 24)

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. (9, 13, 25)

En cuanto a lo del comportamiento que aumenta el riesgo de ITS 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 ITS.
- Seguir teniendo relaciones sexuales a pesar de tener síntomas de ITS.
- No informar a las parejas sexuales de que uno tiene una ITS 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. (13, 17, 19, 26)

Todos estos factores biológicos, sociales y del comportamiento que influyen en el aumento de la transmisión de las ITS, a la vez aumentan la vulnerabilidad a los grupos de alto riesgo de ITS 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. (5, 9)

Para poder lograr la prevención y el control de las ITS, 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 I.T.S. (13, 26)

A continuación mencionaremos algunas de las ITS 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). (14)

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. (2, 15, 27)

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. (13, 28)

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. (11, 13, 15, 29)

El VIH/SIDA se ha convertido en una de las enfermedades más terribles 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. (13, 19)

Las ITS, 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 ITS 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. (29, 30)

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 o 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. (2, 28, 31)

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. (24, 32)

2) BLENORRAGIA O GONORREA:

Es una infección de transmisión sexual causada por la especie *Neisseria Gonorrhoeae*, que afecta el epitelio columnar y de transición de la uretra, endocérnix, faringe, ano y conjuntiva, caracterizada por un espectro clínico muy variado. (33)

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 I.T.S más frecuentes. (4)

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. (19)

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 la gonorrea y *clamydia*, los cuales causan enfermedad inflamatoria pélvica (E.I.P). 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 I.T.S, también está asociada con E.I.P. previa y la oclusión incompleta de la luz tubaria. Las mujeres que han padecido de E.I.P. 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.I.P. 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 I.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. (21)

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. (20)

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 Clamydia, 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. (19)

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. (18)

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. (19)

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 Girolano Fracastorius 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 Francés Lavodoti 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.(33, 34)

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. (19)

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. (33)

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. (19, 20)

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. (3)

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 I.T.S. (19)

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. (19, 33)

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. (6, 19)

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. (7, 19, 35)

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. (21, 36)

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 I.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, traquea y recto. (19)

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. (18, 19)

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.

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 gingivostomatitis 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.

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 excretoras 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. (19, 20)

CAPITULO II: MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio experimental de intervención educativa del tipo (antes-después) con el objetivo de elevar el nivel de conocimiento acerca de las diferentes Infecciones de transmisión sexual en los adolescentes de la ESBU “Inti Peredo Leigue” del poblado Pedro Ballester, municipio Primero de Enero, en el período comprendido de Septiembre del 2006 hasta Julio del 2007.

El universo de trabajo estuvo constituido por 384 adolescentes, luego de aplicado los criterios de inclusión, se trabajo con una muestra constituida por 127 adolescentes entre 12 y 15 años representando el 33% del universo, que fueron seleccionados de forma aleatoria simple, a quienes se les aplicó la encuesta (Anexo # 2) para medir su nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual antes y después de la intervención. Esta encuesta fue aplicada por personal médico capacitado para este trabajo.

Criterios de inclusión:

- Estudiar y permanecer físicamente en la ESBU “Inti Peredo Leigue” durante el período de 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

Las 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 Infecciones 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 Infecciones de Transmisión Sexual por el 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 las adolescentes de la ESBU "Inti Peredo Leigue objetos de estudio para saber los conocimientos que tienen los mismos sobre las diferentes Infecciones de Transmisión Sexual. 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 Infecciones de Transmisión Sexual.

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 Nivel de conocimiento al inicio de la investigación.

2.2 De intervención educativa.

2.3 Nivel de conocimiento después de la intervención.

2.1 Nivel de conocimiento al inicio de la investigación.

En esta etapa se identificó el nivel de conocimiento sobre las diferentes Infecciones de Transmisión Sexual en los adolescentes seleccionados para la investigación, para ello se realizó un formulario (Anexo 2) dicha encuesta contó de 11 ítems que evaluaron variables de interés, los cuales se categorizaron de la siguiente manera:

1. Edad: variable cuantitativa continua. 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. 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?

Se respondió dicotómicamente 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 que edad fue su primera relación sexual (Primer coito):

Se respondió politómicamente 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?

Se respondió dicotómicamente 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 que vía obtuvo la información:

Se respondió politómicamente con una o más cruces según correspondió en las posibilidades de respuestas. Todas las posibilidades de respuestas son adecuadas.

7. Marque con una x: ¿Que entiende por infeccion de transmision sexual (ITS)?

Se respondió dicotómicamente con una cruz como correcto el inciso b) y como incorrecto el a) y c).

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

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

9. 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?

Se respondió politómicamente 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).

10. Marque con una x cuales de las siguientes enfermedades constituyen una Infección de Transmisión Sexual.

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

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

Se respondió dicotómicamente 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 un programa educativo que contó de tres fases y siete sesiones educativas. Los encuentros se adecuaron al tiempo libre de los estudiantes con previa coordinación con la Dirección del centro. 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)

Se confeccionaron seis preguntas para medir el nivel de conocimientos otorgándole 6 puntos a los incisos respondidos correctamente para un valor total de 90 puntos. El nivel de conocimientos quedó evaluado de la siguiente forma:

Correcto ----- de 60 a 90 puntos.

Incorrecto ----- menor de 60 puntos.

Programa educativo para formar conductas responsables ante la sexualidad.

Programa de intervención:

Programa de intervención educativa " Infecciones de Transmisión Sexual en Adolescentes " creado por el Doctor Reinerio Rubio Rojas, a partir de criterios propios según las diversas acciones relacionadas con el tema. Programa educativo 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. El nivel de conocimiento se midió de forma incorrecta y correcta.

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 Especialista en Ginecología y Obstetricia del área de salud "Pedro Ballester".

Participantes: Alumnos de la ESBU Inti Peredo Leigue.

FASE 2: Trabajo educativo y prevención.

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

Sumario:

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

Objetivo: Generalidades sobre las Infecciones de Transmisión Sexual.

Tipo de actividad: Video-Debate

Recursos: Televisor, video, local

Frecuencia: Una vez

Responsable: Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia del área de salud.

Participantes: Alumnos de la ESBU Inti Peredo Leigue

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

Sumario:

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

Objetivo: Valorar los conocimientos acerca del tema.

Tipo de actividad:

- Exposición oral del tema "Clasificación de las Infecciones de Transmisión Sexual".

- Presentación sobre las formas de adquisición de las Infecciones de Transmisión Sexual.

Recursos: Hojas, lápices, papelógrafo

Frecuencia: Una vez

Responsable: Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia del área de salud.

Participantes: Alumnos de la ESBU Inti Peredo Leigue

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

Sumario:

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

Objetivo:

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

Tipo de actividad:

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

Recursos: Hojas, lápices, papelógrafo

Frecuencia: Una vez

Responsable: Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia

Participantes: Alumnos de la ESBU Inti Peredo Leigue

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

Sumario:

1. Conducta a seguir en caso de ser contraída y tratamiento de las diversas

Infecciones de Transmisión Sexual.

2. Complicaciones fundamentales y secuelas de las Infecciones de Transmisión

Sexual.

3. Principales medidas para prevenir las Infecciones de Transmisión Sexual.

4. Uso del preservativo o condón en todas las relaciones sexuales.

Objetivo:

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

Tipo de actividad:

- Exposición oral del tema: “Tratamiento de las Infecciones 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 con una Infección de Transmisión Sexual.
- Video - debate.

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

Frecuencia: Una vez

Responsable: Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia

Participantes: Alumnos de la ESBU Inti Peredo Leigue

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 Especialista en Ginecología y Obstetricia

Participantes: Alumnos de la ESBU Inti Peredo Leigue

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 Especialista en Ginecología y Obstetricia

Participantes: Alumnos de la ESBU Inti Peredo Leigue

2.3 Nivel de conocimiento después de la intervención.

Después de aplicado el programa educativo 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 de nivel de 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 certeza).

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.

APORTE PRÁCTICO DE LA INVESTIGACIÓN.

La investigación tiene como un propósito inicial identificar el nivel de conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual que tienen los adolescentes y una vez realizado el diagnóstico inicial sobre los mismos instruirlos y brindándoles la información disponible con la finalidad de elevar el nivel de conocimiento a través de una intervención educativa apoyada en medios de enseñanzas.

Los estudiantes 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 infecciones de transmisión sexual.

El programa educativo 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.

Las acciones que en ella se diseñan serán ejecutadas en el ESBU “Inti Peredo Leigue” del poblado Pedro Ballester y los ejecutores de cada actividad se seleccionarán tomando en cuenta a los profesionales más preparados, de mayor calificación y experiencia.

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 concuerda 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 de las I.T.S. y 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.

Alcance comunitario de la intervención educativa.

Mediante esta intervención se instruye a los jóvenes sobre conductas sexuales responsables logrando elevar el nivel de conocimientos acerca de las I.T.S para alcanzar un cambio de actitud positiva y lograr mejorar la calidad de su salud reproductiva.

CAPITULO III: ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS.

Tabla # 1: Distribución de los adolescentes encuestados según edad y sexo en en la ESBU Inti Peredo Legue del poblado Pedro Ballester durante el período comprendido de Septiembre del 2006 hasta Julio del 2007.

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 en el ESBU Inti Peredo Legue durante el período de Septiembre del 2006 hasta Julio del 2007. Del total de encuestados el 55.1 % son del sexo femenino y 85 encuestados, para un 66.9 %, están en el grupo de edades de 14 y 15 años.

Nuestros resultados se corresponden con el estudio del Dr. Balmaceda realizado en el poblado Camilo Cienfuegos 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. Garcías en el que predomino el grupo de 15 a 20 años. (37,38)

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, 75 adolescente refirieron haber

tenido relaciones sexuales, para un 59 %. 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 por el Dr. M. Garcías realizado en el poblado de Venezuela donde más de la mitad de los adolescentes que se estudiaron ya habían tenido relaciones sexuales. (38)

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. Ignacio Chávez Balmaceda el cual en su intervención comunitaria realizada en el Consejo Popular Camilo Cienfuegos encontró que el mayor número de adolescentes comenzaron a tener relaciones sexuales entre los 13 y 16 años. (37)

El Dr. M. Garcías también encontró resultados similares al nuestro en su estudio, los adolescentes iniciaron con más frecuencia sus relaciones sexuales entre los 14 y 16 años. (38)

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 con uso de medios de protección en la primera relación sexual, el 65.3 % han

referido no haberlo usados, lo cual nos muestra el alto riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual en su inicio en las relaciones sexuales.

Existiendo relación entre estos resultados y los obtenidos por el Dr. Chávez B. en su estudio en el que casi el 70% no usaron medios de protecciones. (37) Además Dr. M. Garcías encontró resultados más acuciantes en su estudio ya que el 90% de sus adolescentes no usaron medios de protección en su primera relación sexual. (38)

Tabla # 5: Distribución de los adolescentes según vías por las que han adquirido información acerca de las infecciones de transmisión sexual.

Vías por las que han recibido información	#	n 127
		%
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

La tabla # 5 expresa las vías por las que los adolescentes adquirieron la información sobre las I.T.S. Nos muestra que los adolescentes recibieron mayor información través de sus padres para un 33.9%.

Nuestros resultados no coinciden con los datos mostrados en el estudio realizado por el Dr. M. Garcías en el municipio de Venezuela en el cual la información se transmitió a través del medico de la familia jugando esto un papel importante en la comunidad. (38)

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

Medios de protección para prevenir una I.T.S.	Antes		Después	
	#	%	#	%
Condón o preservativo	51	40.1	127	100.0*
Tabletas 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

* p< 0.05

En la Tabla # 6 se evidencia que el 40.1% de los adolescentes refirieron (antes) que los condones es el método más usado para prevenir una I.T.S y después el 100 % refirieron el condón o preservativo como el medio de protección más ideal para prevenir una Infección de Transmisión Sexual, resultado con significación estadística $p < 0.05$.

Nuestro trabajo no coincide con los resultados obtenidos en el estudio realizado por el Dr. Ignacio Chávez Balmaceda 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. (37)

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	
	#	%	#	%
I.T.S	19	15.1	-	-
Embarazo	41	32.3	-	-
I.T.S y Embarazo	67	52.6	127	100.0*
Censura de los adultos	-	-	-	-
Otros (cuáles)	-	-	-	-
Total	127	100.0	127	100.0

* $p < 0.05$

En cuanto al conocimiento de los adolescentes sobre los peligros principales al realizar relaciones sexuales desprotegidas, podemos apreciar que antes de la intervención, del total de adolescentes encuestados ,52.6% correspondiente a 67 encuestados, refirieron que los peligros principales que poseen los adolescentes cuando tienen relaciones sexuales desprotegidas, son el embarazo y las infecciones de transmisión sexual; y después de la misma, el 100%(127 encuestados).

En nuestro estudio los resultados encontrados coincidieron con los del Dr. Chávez en el que las infecciones de transmisión sexual como el embarazo constituyen peligros potenciales al tener sexo desprotegido. (37)

Tabla # 8: Distribución de los encuestados antes y después de la intervención según conocimientos sobre tipos de infecciones de transmisión sexual (I.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	112	88.1
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
Vaginosis Bacteriana	20	15.7	125	98.4
Linfogranuloma Venereo	0	-	124	97.6
Chancro blando	0	-	125	98.4

* $p < 0.05$

La tabla # 8 muestra los diferentes tipos de Infecciones de Transmisión Sexual y el reconocimiento de las adolescentes antes y después de la aplicación del programa.

La mayor parte de los encuestados señalo antes del programa fundamentalmente el VIH (87.4%) y la Gonorrea o Blenorragia (70.9%) sin embargo no se comportó de la misma forma con las otras infecciones planteadas, que son de conocimiento general, resultado con significación estadística $p < 0.05$.

Estos resultados se asemejan a las investigaciones realizadas por González Fortaleza en el año 1999, con adolescentes, donde también reconocen en el mayor por ciento el SIDA, Gonorrea y Sífilis como I.T.S. (22)

Tabla # 9: 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

* $p < 0.05$

Se puede observar que antes de aplicar el programa de intervención educativa la mayor parte de los adolescentes encuestadas el 87.4% refirieron que es responsabilidad del hombre, resultados con significación estadística $p < 0.05$ y después de la intervención el 98.4% refirieron que es responsabilidad de ambos; y solamente 2 encuestados, para un 1.6 %, refirió (después) que es responsabilidad solamente del hombre. Esto demuestra el nivel de 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%.(37)

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. (8)

Tabla10: Distribución de los adolescentes según el nivel de conocimiento antes – despues
acerca de las ITS.

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

* $p < 0.05$

En esta tabla se muestra que antes de la intervención predominaron las respuestas incorrectas con un 68.5 % y las correctas con un 39.4 % y después de la intervención el predominio fue de las respuestas Correctas con un 93.7%; resultados con significación estadística $p < 0.05$; lo cual demuestra la importancia de la aplicación de estos programas educativos en los adolescentes para elevar sus conocimientos sobre conductas sexuales responsables.

Estos resultados obtenidos son muy semejantes a los encontrados por el Dr. Chávez y Garcías en los dos estudios que por separado realizaron en dos comunidades diferentes de nuestra provincia donde lograron cambiar conductas erróneas y mejorar la calidad de vida de nuestros adolescentes.(37,38)

CONCLUSIONES.

Se logró elevar el nivel de conocimientos de los adolescentes pertenecientes a la ESBU “Inti Peredo Leigue”, del municipio Primero de Enero sobre las diferentes Infecciones de Transmisión Sexual con la aplicación de un Programa Educativo sobre el tema dirigido especialmente a este grupo etéreo.

RECOMENDACIONES.

Divulgar los resultados obtenidos en la investigación, logrando apoyo en los médicos de familia y personal de educación que laboran en este Consejo

Popular (Pedro Ballester), para extender los conocimientos sobre I.T.S y sus medios o métodos de prevención, sistematizando el trabajo educativo sobre educación sexual en los adolescentes. Continuar esta investigación durante cinco años para al final evaluar los resultados a largo plazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Hagop S. Akiskal, Katherine A. Albert, James K. Alexander, Chloe G. Alexon, Terry D. Allen, Roy D. Altman, et al. Enfermedades de Transmisión

sexual. En: Manual Merck, 10³ ed, edición del centenario. 1999; Capítulo 164 (Secc.13).

2. Rodríguez F. La pandemia del SIDA sigue sin detenerse. Bolipk. La Habana Agosto 2000; 10 (32): 251.

3. MINSAP. Dirección Nacional de Epidemiología. Reunión VIH/SIDA/ITS. Municipios más afectados en Cuba. La Habana 24 mayo del 2002.

4. Who. Sexually Transmitted Disease. Fact sheet, Geneva, Who. 1996; 110.

5. Gala González A. Nuevos orígenes de las infecciones del SIDA. BOLIPK. La Habana. Julio 2002; 9 (26): 204-205.

6. Sánchez H.M, Huerta P.M., Rivera T.J, Rosales P.M. Infección por VPH y cáncer cervicouterino. Revista Mex Patol Clin 2005; 52(4):222-233.

7. Castellanos M.M. Cáncer cervicouterino y el VPH. Opciones de detección. Rev. Fac Mec (Mex) 2003;46(2):63-66

8. Álvarez L.E. Conversando íntimamente con el adolescente varón. 2^{da} edición. Editorial Científico Técnico; 2004: 15-19.

9. 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.

10. Gala González A. Identifican tratamiento para impedir infecciones del SIDA de madre a hijo. Bolipk. La Habana. Julio 1999; 9 (26): 204-205.

11. Ho D. They originals of AIDS. Institute Aaron Diamond. New York. Revista Nature. Diciembre, 2000; (1401): 34-38.

12. 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.

13. 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. Info Red SIDA. Nuevo México. ¿Qué es el SIDA?

www.aidsinfonet.organfored.html. 2003: 101 E.

14. Conde Martínez J. Tras los orígenes del SIDA. La Habana. BOLIPK. Enero del 2001; 11(2):12-13.

15. Gala González A. El SIDA es uno de los principales retos para el desarrollo. BOLIPK. La Habana. Julio 1999; 9 (26): 204.

16. MINSAP. Programa de Control y Prevención del VIH/SIDA. Cuba, 2001.

17. CDC. Guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. MMWR 1998; 47 (RR- 1): 1-118.

18. 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. Editorial de Ciencias Médicas. La Habana, 2001. V-II: 417-421.

19. 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. Editorial Ciencias Médicas. La Habana, 2004: 391-399.

20. Cunningham Gary F. Gant Norman F. Leveno Kenneth J. G Larry C. Haut. J C. Enfermedades de Transmisión sexual. En. William Obstetricia. 21th edición. Editorial Ciencias Médicas. La Habana, 2007: 1252-1271.

21. Info Red SIDA. Nuevo México. La nutrición del PVVIH. www.aidsinfonet.organfored.html. 2003: 600.

22. González Fortaleza C. Al borde de la muerte. Problemática del SIDA en adolescentes. Rev Salud Mental; 1999, 22: 140-8.

23. Robinsón Ethan T. 33 millones de personas infectadas por el VIH. Network en Español. Family Health International, 2000; 20 (1): 2.

24. Rodríguez F. El SIDA avanza. BOLIPK. La Habana. Julio, 2000; 10 (30): 237. Petraccil M. SIDA: Medios de comunicación y campaña en Ubacyl. Buenos Aires; 1998: 46-67.

25. Molina R. Los casos de SIDA declarados se reducen en España un 15% durante 1998. BOLIPK. La Habana. Diciembre 1994; 10 (30): 250-53.

26. Woods, G1. Update on laboratory diagnosis of sexually transmitted diseases. Clin Lab Med 1995; 15(3): 665-84.

27. El VIH pone en peligro la vida de los jóvenes africanos. Network en Español. Family Health International, 2000; 20 (3): 200-206.

28. Komblit A., Jiménez L., Méndez D, Petracci M y Vujosevich J. Y... el SIDA está entre nosotros. Ediciones Corregidor. Buenos Aires; 1997: 12-16.
29. 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.
30. Pedroso P. Alerta OMS sobre peligroso vínculo entre el SIDA y la Tuberculosis. BOLIPK. La Habana. Marzo 2001; 11(12): 90-91.
31. Fernandez Hernández, Vaquero W. Dermatología. Editorial Pueblo y Educación. 4^{ta} Reimpresión. 1994: 300-400.
32. Drobacheff C. y Laurent R. Primary and secondary syphilis. Epidemiology, diagnosis, treatment. Rev Prat 1997; 47 (20): 2315-18.
33. Castellanos M. El virus del papiloma humano y el cáncer cervicouterino. Rev Fac (Mex) 2004; 47(1):35-36.
34. Gutierrez H. M., Baltazar R. L., Flores Bam. Identificación de ADN de papiloma virus humano en pacientes con algunas neoplasias intraepitelial cervical o cáncer cervicouterino mediante técnicas moleculares. Bioquímica 2004; 29 Supl (1):108.
36. Torres Cueto, M.A. ¿Quieres saber sobre ITS/VIH/SIDA? 100 preguntas y respuestas. Primera edición, 2003. Ministerio de Educación, Primera reedición, 2004.
37. 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.
38. 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.