

**Universidad de Ciencias Médicas**  
**Ciego de Ávila**

**Título:** Intervención educativa sobre enfermedades de transmisión sexual en adolescentes del consultorio 10, del policlínico de Baraguá.

**Autora:** Dra. Dianelys De la Caridad Canino Rodríguez.

Aspirante a especialista en Primer Grado en Medicina General Integral.

**Tutor:** Dr. Leosdany Mellor Duarte.

Especialista de Primer Grado en Pediatría.

Profesor asistente.

Tesis para optar por el título de especialista de 1er Grado en  
Medicina General Integral.

Ciego de Ávila  
2019

## **Dedicatoria**

- A mi mama que siempre está dispuesta a darme parte de su tiempo, sin reclamar.
- A mi esposo por ser comprensivo, paciente y ayudarme en todo momento que lo necesitaba.
- A todos los que de una forma u otra me han brindado su ayuda desinteresadamente.

## **RESUMEN**

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes-después para evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención para elevar conocimientos relacionados con las infecciones de transmisión sexual en adolescentes del consultorio no. 10, del área de salud del policlínico de Baraguá en Ciego de Ávila; en el periodo comprendido entre mayo 2018 a febrero 2019. El Universo de estudio está constituido por 35 adolescentes, con edades comprendidas entre 15 y 18 años. Se realizó la prueba T de student para la comparación de medias en variables cuantitativas con normalidad de los datos. Para el análisis de la efectividad de la intervención educativa se empleó la prueba estadísticas Mc. Nemar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento sobre las ITS, antes y después de la aplicación del programa educativo. Predominó el sexo masculino sin diferencias significativas entre las edades de los adolescentes. La mayoría de los adolescentes presentaban un adecuado nivel de conocimientos inicial sobre infecciones transmitidas por vía sexual, mientras que en las temáticas de factores de riesgo, consecuencias de contraer una infección de transmisión sexual y medidas de prevención para estas, el nivel de conocimientos inicial era bajo en la gran mayoría de ellos. Al terminar la intervención se logró una modificación positiva y significativa respecto al nivel de conocimientos de todos los temas tratados y de la evaluación global de conocimientos, por lo que se consideró efectiva la intervención realizada.

**Palabras clave:** Intervención comunitaria, Infecciones de transmisión sexual.

# ÍNDICE

<i>Contenido</i>	<i>Páginas</i>
▪ Resumen	
▪ Introducción.....	1
▪ Objetivos.....	6
▪ Marco teórico.....	7
▪ Método.....	20
▪ Análisis y discusión de los resultados.....	24
▪ Conclusiones.....	31
▪ Anexos	



Universidad de Ciencias Médicas  
Ciego de Ávila

Intervención educativa sobre enfermedades de transmisión sexual en adolescentes del consultorio 10, del policlínico de Baraguá.

**Autora:** Dra. Dianelys De la Caridad Canino Rodríguez.

Tesis para optar por el título de especialista en 1er Grado de Medicina General Integral.

Ciego de Ávila  
2019

## INTRODUCCIÓN

Las ITS constituyen uno de los eventos negativos que más altas tasas de prevalencia e incidencia muestran en las personas menores de 24 años. En los adolescentes sexualmente activos dichas infecciones son tres veces más frecuente que en las personas adultas <sup>(1,2)</sup>.

Según Bouscarat durante el transcurso de la humanidad las sociedades estuvieron atadas a tabúes y creencias religiosas, por lo que el sexo fuera del matrimonio era castigado; sin embargo, en la medida que se fueron desarrollando, estas prohibiciones desaparecieron, y con ello se incrementaron las relaciones sexuales en edades tempranas de la vida, lo que provocó que las ITS tuvieran una incidencia vertiginosa y se convirtieran en un problema de salud para la sociedad <sup>(1)</sup>.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) continúan siendo un importante problema de salud pública a escala mundial. Constituyen la principal causa de morbilidad ginecológica con consecuencias devastadoras para la salud, lo social y lo económico <sup>(3)</sup>.

Su distribución en el Mundo no es uniforme, la incidencia de los diferentes gérmenes patógenos varía en dependencia del área geográfica que se estudie, del nivel socio-económico de la población que la habita, de los hábitos sexuales imperantes en ella y de la educación sexual de sus individuos, entre otros aspectos <sup>(4)</sup>.

Cada año aproximadamente 120 millones de mujeres en todo el mundo, y probablemente el mismo número de hombres, se infectan con *Trichomonas vaginalis*. Es común que en los países en desarrollo la prevalencia sea de 15 % o mayor. También anualmente se producen cerca de 3 millones de casos nuevos de gonorrea, que incluye ambos sexos; de manera que la tricomoniasis y la gonorrea se encuentran entre las enfermedades de transmisión sexual más comunes <sup>(1)</sup>.

Estudios estadísticos muestran que una de cada 10 personas del grupo etario de 15-20 años ha tenido una infección de transmisión sexual. Por su parte, la OMS estima que estos procesos infecciosos, incluido el VIH/sida, constituyen a escala mundial la causa de enfermedad más importante (después de las causas maternas) en mujeres jóvenes de países en vía de desarrollo. Según los cálculos recientes, anualmente se presentan en todo el mundo más de 340 millones de casos y por lo menos un millón de contagios ocurren cada día. Solamente en Latinoamérica y el Caribe se estimaron 35 y 40 millones de afectados, respectivamente, con más de 100 000 infecciones por día <sup>(1)</sup>.

Informes emitidos por la Organización Mundial de Salud han reflejado que en América Latina el 65,3% de los pacientes que son diagnosticados por Infección de Transmisión Sexual se corresponde con los estratos sociales más bajos existentes en sus países de origen. Los expertos consideran que el número debe ser mayor, teniendo en cuenta que muchos de ellos no solicitan atención médica por no contar con los medios necesarios para pagar el servicio. La situación en el cuerno sudafricano es más crítica aun, reportándose el 82,2% de las Infecciones de Transmisión Sexual en personas indigentes <sup>(5)</sup>.

Existen más de 30 bacterias, virus y parásitos diferentes, transmisibles sexualmente. Según estimaciones hechas en el 2005 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año se producen en el mundo 448 millones de nuevas infecciones por vía sexual en adultos de 15 a 49 años, que son curables (sífilis, gonorrea, candidiasis y tricomoniasis) <sup>(1)</sup>.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) están comprendidas dentro del grupo de afecciones contagiosas que se propagan principalmente por contacto sexual, y que en la actualidad han cobrado auge por el desconocimiento que poseen los adolescentes sobre las mismas, y por la iniciación temprana de las relaciones sexuales. Esta etapa enmarca una serie de cambios y bruscas transiciones, donde se toman las primeras decisiones definitivas y se aprende

a asumir el mundo, constituye un grupo ideal para la promoción de salud. A pesar de los notables adelantos en los conocimientos médicos y el desarrollo de la atención primaria en nuestro medio, así como de los innumerables programas educativos, tanto curriculares como extracurriculares, ha habido un incremento de las infecciones de transmisión sexual (ITS), principalmente en los jóvenes y dentro de ellos, los adolescentes son el grupo etario más severamente afectado <sup>(6)</sup>.

El incremento observado ha sido contribuido por diferentes factores que contribuyeron a su ascenso entre los que se destacan cambios en el comportamiento sexual y social debido a la urbanización e industrialización y facilidades de viaje, los cambios en la mentalidad con respecto a la virginidad, la tendencia actual a una mayor precocidad y promiscuidad sexual, aparejada a una menarquia cada vez más temprana, y a factores de machismo que imperan en algunos países del mundo <sup>(7)</sup>.

La disminución de las ITS depende del comportamiento y actitudes sociales, de la disponibilidad de servicios para el diagnóstico e identificación de los contactos, así como también de los cambios de la virulencia y sensibilidad de los organismos causantes <sup>(8)</sup>.

La falta de información para protegerse de las ITS/VIH/SIDA y la actividad sexual indiscriminada y sin protección, son factores y conductas de riesgos más relevantes para la adquisición de estas enfermedades <sup>(9)</sup>.

El condón es un producto o tecnología reconocida hasta el momento como altamente efectivo para evitar las ITS, actúa como barrera mecánica, lo que facilitaría el control de la diseminación de estas siempre que se logre una aceptación amplia del producto <sup>(10-13)</sup>.

En Cuba las ITS poseen una gran incidencia tanto en hombres como en mujeres, aunque el mayor número de casos con formas asintomáticas ocurre de 20-90 % en la mujer. A pesar de que existe un trabajo de prevención de las ITS, y la población recibe información al respecto a través de los medios de difusión

masiva, se aprecia una alta incidencia de las infecciones en los últimos años, fundamentalmente en adolescentes y jóvenes, quienes inician sus relaciones sexuales sin tener conocimiento sobre tales enfermedades y sin protegerse (1,12-14).

Desde el triunfo de la Revolución el 1ro de Enero de 1959, un de los objetivos principales que se trazó el naciente Ministerio de Salud Pública, fue la reducción inmediata del elevado número de enfermedades relacionadas con las conductas sexuales de riesgo. Para cumplir esta ambiciosa meta se crearon a nivel de todo el país las redes de laboratorio encargadas de la realización de los diagnósticos etiológicos, los cuales cumplieron con las expectativas al lograr reducciones muy significativas de las tasas de prevalencia de estas enfermedades. Sin embargo a partir de 1990 se ha observado un decrecimiento en cuanto al total de casos notificados por padecer de ITS, lo cual no se corresponde con la elevación de enfermedades consideradas en la gran mayoría de los casos (11,12).

Desde el 2008 Cuba se adscribe a la declaración ministerial “Prevenir con Educación” que se aprobó en el marco de la primera reunión de Ministros de Salud y Educación para detener el VIH en Latinoamérica y el Caribe (12,14-16).

Para las acciones de prevención de las ITS y el VIH/SIDA, el Centro Nacional de Prevención ha desarrollado estrategias específicas para este grupo de población.

La formación de educadores pares juveniles estando actualmente activos más de 2 000 promotores en todo el país a la vez que se mantienen en el centro de la respuesta les permite actuar como líderes y agentes de cambio (12,16).

Su accionar alcanza cada comunidad, encontrándose activos en el nivel primario de atención más de 7000 círculos de adolescentes; donde se convierten en multiplicadores o facilitadores de los procesos que se desarrollan con otros adolescentes (12-16).

De igual manera, en ese ámbito se realizan actividades de sensibilización centradas en la familia teniendo en cuenta la influencia determinante que

tienen en las aspiraciones y elecciones de los más jóvenes <sup>(16)</sup> .

Otra de las principales estrategias de prevención de las ITS y del VIH en los más jóvenes, lo constituyen las actividades movilizativas de “Hazte la Prueba”, centradas en las áreas de salud más afectadas y encaminadas a aumentar el número de jóvenes que conocen su condición serológica y a fomentar el uso de los servicios de salud <sup>(12,16)</sup>.

**Problema:** ¿Cuál sería el nivel de conocimiento acerca de las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes del consultorio no. 10, del policlínico de Baraguá en Ciego de Ávila?

## **OBJETIVOS**

**Objetivo general:** Evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención sobre conocimientos de infecciones de transmisión sexual en adolescentes del consultorio no. 10, de Baraguá en Ciego de Ávila.

### **Objetivos específicos:**

1. Caracterizar la muestra según variables sociodemográficas en la población de estudio.
2. Determinar el nivel de conocimiento de los adolescentes sobre las enfermedades de transmisión sexual.
3. Diseñar y aplicar una estrategia de intervención para la educación a partir de las necesidades de aprendizaje detectados.
4. Determinar la eficacia y evaluar la modificación del nivel de conocimientos después de la intervención.

## MARCO TEÓRICO

El desarrollo que van alcanzando los seres humanos en el transcurso de su vida es un proceso muy complejo; que va ocurriendo como una espiral. El ser humano actual es resultado de la interrelación de una serie de premisas que hicieron posible su evolución filogenético como portador de la forma superior de reflejo psíquico: la conciencia. Tales premisas son factores o condiciones que actúan de forma constante y que poseen una significación fundamental en el desarrollo de cualquier fenómeno. Las premisas que actúan en el desarrollo humano se integran en dos grandes grupos: biológicas y sociales. En tal proceso se dan cambios por acumulación cuantitativa y saltos cualitativos, básicamente en tres direcciones: física, social y psíquica <sup>(13)</sup>.

Una de estas etapas de gran trascendencia para la vida humana es la adolescencia, la cual se caracteriza, como el período de transición entre la niñez y la edad adulta. Se evidencia que la adolescencia no ocurre de inmediato, ni está determinada sólo por los cambios de la pubertad, sino que constituye un lento proceso de aprendizaje que lleva implícito diversas transformaciones <sup>(13,14)</sup>.

Podría entonces definirse la adolescencia como la etapa de la vida del individuo en la que se producen intensos cambios biológicos, psicológicos y sociales que preparan la personalidad para el logro de la autodeterminación de su vida futura. Carlyle Guerra (director de la OPS), define la adolescencia como un proceso principalmente biológico que trasciende al área psicosocial y que constituye un período durante el cual se inicia y se busca perfeccionar la madurez de la personalidad. La maduración sexual es otra característica de la etapa, apareciendo los caracteres sexuales secundarios <sup>(15,16)</sup>.

El perfeccionamiento y madurez de las características psicosociales se desplazan, en el adolescente, a edades más avanzadas de la vida, a diferencia de la precoz madurez biológica imperante en esta etapa. Todo esto unido a la desinformación y la falta de educación en el orden sexual, posibilita que los adolescentes practiquen relaciones sexuales de riesgo y sin protección, por lo que se considera este período

como importante grupo de riesgo en la salud sexual, que pudieran dar lugar a una enfermedad venérea <sup>(16,17)</sup>.

En la adolescencia, se desarrollan particularidades del pensamiento como la consecutividad, la independencia, la capacidad de crítica y la intencionalidad de sus reflexiones. El pensamiento constituye cada vez más un reflejo abstracto y generalizado de la realidad. Otro elemento que participa en la configuración cognitiva de la personalidad es la adquisición y el desarrollo del lenguaje ya que permite trascender el plano de la relación práctica e inmediata con los objetos a una relación más abstracta, o sea mediada por los símbolos de significación lingüística <sup>(18,19)</sup>.

La población mundial de adolescentes ha ascendido a más de 100 millones y en los países en desarrollo uno de cada cuatro personas está en la adolescencia, a diferencia de uno de cada siete en los países desarrollados. Las relaciones sexuales en edades cada vez más tempranas es un problema social y de salud pública de alcance mundial. Afecta a todos los estratos sociales, pero predomina en la clase de bajo nivel socioeconómico, en parte debido a la falta de educación sexual, al desconocimiento de los métodos de control de la natalidad y de los riesgos médicos, psicosociales, para la familia y el hijo que este produce <sup>(19)</sup>.

Ante la pregunta ¿por qué se enferman los adolescentes con ITS?, muchos autores han descrito que esto ocurre debido a: reducción de la edad de la pubertad, por inicio precoz de las relaciones sexuales, por la falta de instrucción académica, por desconocimiento de la sexualidad, por no uso de protección contraceptiva, para "aguantar" a la pareja, buscando afecto, por problemas domésticos, por escasa percepción del riesgo y por la educación sexual "que no llega" <sup>(20)</sup>.

Se asiste en los últimos tiempos a lo que se ha dado en llamar revolución sexual determinada por la temprana iniciación de las relaciones sexuales, debido entre otras cosas a cambios en la actitud social hacia la sexualidad y a una maduración sexual más temprana. Para poder comprender mejor esta situación, se debe recordar que alrededor del 50 % de las adolescentes entre 15 y 19 años, tienen una

vida sexual activa. Hay autores que plantean un incremento del 10 % anual de mujeres con relaciones sexuales a partir de los 12 hasta los 19 años <sup>(20)</sup>.

Por otro lado, el 25 % de las adolescentes con experiencia sexual se embarazan, ocurriendo el 60 % de estas gestaciones en los primeros seis meses posteriores al inicio de las relaciones sexuales <sup>(21,22)</sup>.

Las condiciones socio-educativas constituyen un factor esencial, por lo general las madres adolescentes o que contraen ITS, provienen de hogares mal constituidos, son hijos de madres solteras, divorciadas, sin comunicación adecuada, con nivel educativo bajo, donde no se da importancia a la educación sexual <sup>(23)</sup>.

Por estas razones se considera que las ITS en la adolescencia se comporta como riesgo elevado, haciéndose necesario el desarrollo de una política de salud y sobre todo de educación sexual y sanitaria, que encaminen a la reducción de las tasas de enfermedad en este grupo de edades, garantizando un mejor pronóstico de vida y una recuperación positiva en el desarrollo futuro de la sociedad <sup>(23)</sup>.

Una de las aristas para realizar la prevención de las ITS en estas edades se centra en garantizar conocimientos en las adolescentes en cuanto a riesgos, causas y condiciones que lo favorecen <sup>(24)</sup>.

Entre los índices que integran las Prioridades Sociales, las ITS en la adolescencia actualmente se ubica entre los seis primeros criterios (dimensión sociodemográfica); índice que permite la focalización prioritaria de recursos en los diferentes territorios. De todo lo anteriormente expuesto se desprende la interrelación de las enfermedades venéreas en la adolescencia con otras problemáticas de orden sociocultural, y en este sentido su enfrentamiento constituye un factor sinérgico que potencia la resolución de diversos problemas y fenómenos presentes en la sociedad actual <sup>(25- 27)</sup>.

Es una de las principales preocupaciones médicas derivadas de la conducta sexual irresponsable de las adolescentes, como resultado de la precocidad y promiscuidad de las relaciones sexuales, asociadas al uso inadecuado de los métodos de planificación familiar <sup>(28,29)</sup>.

En los Estados Unidos de Norteamérica esto ocurre en el 8% de la población adolescente. Hathaway, afirma que cada año se embarazan en Estados Unidos 1.2 millones de adolescentes, lo que representa el 20% de nacimientos. Un 25% de estas niñas embarazadas tienen apenas 14 años de edad, y una de cada siete están decididas a abortar. Cabe señalar que la mayoría de las adolescentes embarazadas tienen entre 14 y 16 años de edad, encontrándose en la clasificación de adolescentes en edad media <sup>(30)</sup>.

Silber y colaboradores, refieren que cada año 3 312 000 adolescentes latinoamericanas llevarán a término su embarazo. Se ignora el número de abortos. Sin embargo, en la adolescencia se relaciona a factores que incluyen nivel socioeconómico bajo, inestabilidad familiar, iniciación de la actividad sexual a muy temprana edad, por falta de conocimientos en educación sexual e irresponsabilidad por parte de las adolescentes <sup>(31-33)</sup>.

Inicio de la actividad sexual (ITS).

La iniciación de la actividad sexual es cada día más pronto, con menos años cumplidos de edad, cuando la vulnerabilidad no es fácilmente admitida y se subestima el riesgo que se corre de un embarazo no planeado e infecciones de transmisión sexual <sup>(34,35)</sup>.

Las infecciones de transmisión sexual, en general, y de manera especial el VIH/SIDA en los adolescentes y jóvenes, constituyen un serio problema de salud y el riesgo de padecerlas está muy relacionado con el comportamiento sexual y las formas de protegerse, entre otros factores <sup>(36)</sup>.

Desde el inicio de la epidemia en Cuba a la semana 14 del año 2007, del total de casos diagnosticados como seropositivos (5488 casos), 10,79 % correspondió a los adolescentes de 10-19 años y 1,16 %, de estos habían desarrollado el SIDA con respecto al total de seropositivos diagnosticados, para esa misma fecha (Cuba: Ministerio de Salud Pública/ Dirección Nacional de Epidemiología. Estadística VIH/SIDA) <sup>(37,38)</sup>.

La falta de información para protegerse de las ITS/VIH/SIDA y la actividad sexual indiscriminada y sin protección, son factores y conductas de riesgo más relevantes para la adquisición de estas enfermedades <sup>(39-42)</sup>.

La infección por VIH/SIDA se ha convertido en una pandemia que ha cobrado millones de víctimas y amenaza la vida de más de 40 millones de personas actualmente. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es una enfermedad crónica transmisible, causada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), en la cual se establece una relación muy diversa entre hospedero y virus, que al final favorece la aparición de afecciones oportunistas o tumores raros, inevitablemente mortales <sup>(43)</sup>.

Por otro lado, el nivel de conocimientos sobre la prevención del SIDA y los esfuerzos por llevarla a cabo, aún resultan insuficientes. La práctica de un sexo seguro con la utilización del preservativo continúa siendo muy limitada y varía según el nivel de instrucción <sup>(44)</sup>.

No obstante, la expansión creciente de esta pandemia en el nuevo siglo (junto a los escasos recursos para detenerla) demanda el uso más eficiente de intervenciones de salud, encaminadas fundamentalmente a programas de promoción y prevención, ya que en esto radica la clave del Éxito, porque es indiscutible el pobre nivel de conocimientos que tiene la población (sobre todo con riesgo) sobre la transmisión de las ITS/VIH/SIDA y su repercusión en la calidad y expectativa de vida del hombre <sup>(45,46)</sup>.

Se calcula que hay alrededor de 40 millones de personas afectadas por la epidemia del VIH/sida, que ha costado más de 20 millones de vidas a escala mundial; de ellas, 3 millones en el 2003, de las cuales 2,5 correspondieron a adultos; 1,2 millones a mujeres y 100 000 a menores de 15 años, según estimaciones de ONU-SIDA <sup>(45,46)</sup>.

Por otra parte, en América Latina y el Caribe existe un peligro inminente de que dicha epidemia continúe propagándose a gran velocidad, si no se adoptan medidas enérgicas e inmediatas al respecto <sup>(45,46)</sup>.

Múltiples factores favorecen la propagación del VIH/sida en Las Américas, donde se combinan perfiles desiguales de desarrollo demográfico y socioeconómico, elevado número de migraciones y una situación de profundas inequidades, con el consabido predominio de las injustas consecuencias del subdesarrollo <sup>(45,46)</sup>.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) consideran que cada día se producen entre 600 y 700 nuevas infecciones por el VIH en la Región y que hasta el 2000 había muerto más de medio millón de individuos por esta causa. En el Caribe, la gran mayoría de personas se infectan con VIH por mantener relaciones heterosexuales sin protección <sup>(45,46)</sup>.

Estimaciones de ONUSIDA revelan que entre el 2002 y el 2020 ocurrirán alrededor de 68 millones de defunciones en los 45 países más afectados <sup>(47-55)</sup>.

De todo lo anterior se infiere que las ITS/VIH/SIDA implica un costo social creciente, al destruir a tantas familias, hogares y comunidades, porque afecta a personas jóvenes, sobre todo entre 15 y 19 años, quienes representan la población más activa sexualmente (por tanto, con mayor probabilidad de infección) y la fuerza productiva principal de las sociedades, lo cual repercute en sus oportunidades de trabajo e ingresos y acorta la esperanza de vida <sup>(55)</sup>.

No se sabe con exactitud la carga de enfermedad que representan las ITS. Esto se debe no sólo a las insuficiencias de los sistemas de vigilancia epidemiológica, inexistentes o de escasa calidad incluso en los países más desarrollados, sino también a otros factores que influyen en la calidad y exhaustividad de la información epidemiológica sobre las ITS, como son la historia natural de cada enfermedad, la disponibilidad de métodos diagnósticos, los patrones de búsqueda de asistencia entre los pacientes y los programas de búsqueda activa de casos <sup>(46)</sup>.

En los países en vías de desarrollo las ITS y sus complicaciones se encuentran entre las cinco causas más comunes de demanda de atención sanitaria. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en 1999 se produjeron en el mundo 340 millones de casos nuevos de las cuatro ITS más comunes: sífilis (12

millones), gonorrea (62 millones), infección por clamidia (92 millones) y trichomoniasis (174 millones). La incidencia suele ser mayor en personas que viven en áreas urbanas, solteras y jóvenes y el riesgo de infectarse por estos patógenos aumenta con el escaso uso de preservativo y con el mayor número de parejas sexuales <sup>(46)</sup>.

Los datos epidemiológicos existentes en los países de la Unión Europea (UE) muestran en la mayoría de ellos un descenso progresivo de las ITS hasta principios de la década de 1990, atribuido sobre todo a los cambios de los comportamientos sexuales producidos tras la aparición del VIH. A partir de 1996, sin embargo, se produjeron incrementos en los casos declarados de gonococia en el Reino Unido, Irlanda, Holanda y Suecia. Los casos de sífilis aumentaron a partir de esa fecha en varios países del norte y oeste de Europa, y se han descrito numerosos brotes en ciudades europeas afectando principalmente a personas jóvenes, hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH), contactos heterosexuales de prostitución y usuarios de drogas. Otras ITS, como las infecciones por clamidias, el herpes genital y las verrugas genitales, también han experimentado incrementos y se han descrito varios brotes de linfogranuloma venéreo (LGV) en distintos países europeos con afectación de HSH infectados por el VIH en España y Portugal también se han detectado casos de LGV en personas heterosexuales <sup>(52-55)</sup>.

En 2008 la información epidemiológica muestra que la infección por *Chlamydia trachomatis*, que afecta principalmente a mujeres jóvenes, es la ITS bacteriana más frecuentemente notificada en Europa, a pesar de que no todos los países tienen implantada su vigilancia. La infección gonocócica ha aumentado con respecto a años previos, aunque no de forma consistente en todos los países, y, al igual que la sífilis que también ha experimentado un crecimiento, es más común entre HSH <sup>(55)</sup>.

En España, los datos del sistema de información de enfermedades de declaración obligatoria (EDO), muestran una tendencia descendente en la incidencia de sífilis y gonococia, desde 1995 hasta 2001, cuando la tasa de sífilis era de 1,8 casos/100.000 habitantes y la de gonococia 2,0/100.000. Desde entonces se han

registrado ascensos continuos en la incidencia de ambas enfermedades y en 2009 las tasas respectivas de estas enfermedades fueron 5,3/100.000 y 4,3/100.000 habitantes. Los datos del Sistema de Información Microbiológica (SIM) siguen la misma tendencia, con incrementos de los diagnósticos de gonococo, clamidia y herpes a partir de 2002. Como en otros países europeos, los más afectados por este recrudecimiento de las ITS, sobre todo en el caso de la sífilis, parecen ser los HSH (47-50).

### Prevención y control de las ITS.

Las medidas de prevención y control de las ITS se basan fundamentalmente en la educación sanitaria y la promoción del sexo seguro, la detección de infecciones sintomáticas y asintomáticas, la investigación de los contactos sexuales de los pacientes, la inmunización frente a las ITS para las que se dispone de vacuna y la vigilancia epidemiológica (51,52).

El preservativo de látex es muy efectivo para la prevención de las ITS. Su tasa de rotura o deslizamiento durante el coito está en torno al 2%. Para evitar éstos y otros fallos en la prevención se han de usar preservativos homologados, seguir las instrucciones de uso, utilizar lubricantes cuando sea necesario (siempre de base acuosa si se usan condones de látex) y retirar el preservativo con el pene todavía erecto. El condón femenino es una membrana de poliuretano o nitrilo, con un anillo en cada extremo, que se inserta en la vagina. Ha demostrado ser una barrera efectiva contra el semen y las ITS, y entre sus ventajas cabe señalar que admite cualquier lubricante, tiene menor riesgo de rotura y deslizamiento y se puede colocar antes del inicio del coito. Son más caros que los condones masculinos, pero pueden ser útiles como alternativa a ellos cuando éstos no puedan utilizarse (51).

El diagnóstico y tratamiento precoz de las ITS es importante para yugular su transmisión y evitar las secuelas que producen. Cuando se trata de pacientes sintomáticos que solicitan asistencia, una anamnesis adecuada es esencial para orientar el diagnóstico clínico y las pruebas complementarias a solicitar. Además de revisar la presencia de síntomas y/o signos clínicos y completar los epígrafes

habituales de la historia clínica, es necesario recoger información sobre conducta sexual que dirija la toma de muestras para diagnóstico microbiológico según prácticas sexuales y sirva para valorar comportamientos de riesgo para las ITS sobre los que actuar a través del consejo preventivo. Asimismo, se recomienda recoger información sobre antecedentes de ITS y tratamientos recibidos, uso de drogas y vía de administración, estado serológico/vacunación frente a hepatitis A y B, estado serológico frente a hepatitis C y VIH y utilización de métodos anticonceptivos e historia reproductiva en mujeres. Cuando se trata de enfermos asintomáticos o que, aun presentado síntomas no buscan asistencia por razones varias, la única forma de identificarlos es mediante programas de detección precoz. Un ejemplo clásico de estos es el cribado prenatal para detectar VIH y otras ITS que, además de permitir el diagnóstico precoz de las embarazadas infectadas, es una medida de prevención primaria de primer orden al reducir la transmisión vertical de las ITS. En el caso de ITS con alta frecuencia de infecciones asintomáticas, como por ejemplo la infección por clamidia, la extensión y calidad de los programas de cribado determinan el conocimiento de la carga de enfermedad de la infección <sup>(51,52)</sup>.

La búsqueda activa de casos entre los contactos de los pacientes con ITS es esencial para cortar la transmisión de éstas y prevenir la reinfección del paciente, pero no es una actividad fácil, tanto por razones prácticas como por las connotaciones éticas y emocionales que la rodean. El objetivo del estudio de contactos no sólo es informar a las parejas sexuales del caso índice de su posible exposición, diagnosticarlas y tratarlas si fuera necesario, sino también aconsejar sobre la prevención de infecciones futuras <sup>(45)</sup>.

No hay estudios definitivos que determinen si la investigación de contactos en las ITS reduce la prevalencia e incidencia de éstas en la población, pero hay trabajos que evalúan indicadores intermedios -como el número de reinfecciones del caso índice- que sí han puesto de manifiesto su utilidad. El consenso general es que la investigación de contactos tiene efectos beneficiosos en las ITS de mayor morbi-mortalidad (gonococo, C. trachomatis, sífilis y VIH). Existen dos modalidades para llevar a cabo el estudio de contactos: a) el caso índice informa a sus contactos

(notificación realizada por el caso) y b) el médico responsable del caso u otros sanitarios, dedicados expresamente a esta tarea, realizan el estudio, bien en todos los pacientes o sólo en aquellos que no informen a sus parejas en un tiempo acordado. No existe acuerdo claro sobre cuál es la mejor estrategia. En una revisión sistemática realizada en 2001, la notificación realizada por un sanitario se mostró más efectiva en algunas ITS como la gonococia o sífilis pero otros autores destacan que este abordaje es más costoso en recursos y menos aceptado por los pacientes aunque esto último puede variar según el tipo de ITS, características del paciente y recursos disponibles. La OMS recomienda que sea el paciente el que notifique a sus contactos y los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) no se decantan por un sistema u otro <sup>(52-55)</sup>.

Cuando el paciente es el encargado de realizar este proceso, en algunas situaciones se le proporciona tratamiento para que él se lo dé a su pareja. Este procedimiento, denominado "dispensación directa de medicación por parte del caso índice", suele realizarse cuando existe sospecha fundada de que la/s pareja/s del caso no acudirán a un centro sanitario, y sólo se recomienda para las infecciones por clamidia o gonococo en las que, en población heterosexual, se ha constatado que disminuye el número de recurrencias y reinfecciones de los casos índice; no obstante, presenta limitaciones como la falta de control de los efectos adversos de la medicación, la posible generación de resistencias bacterianas por uso inadecuado y la pérdida de la oportunidad de que un sanitario asesore al contacto para modificar conductas de riesgo. Esta práctica tampoco es apropiada en subgrupos de población, como los HSH, en los que la prevalencia de co-infección con otras ITS es elevada <sup>(48)</sup>.

Algunas ITS, como la hepatitis A y B, se pueden prevenir mediante la vacunación. En España, las estrategias de vacunación frente a la hepatitis B en niños y adolescentes han conseguido que la gran mayoría de los nacidos a partir de 1980 estén inmunizados, pero todavía son muchos los adultos no vacunados que mantienen prácticas de riesgo para su transmisión, por lo que debe vacunarse a todo paciente evaluado por cualquier ITS que no haya pasado la infección ni esté vacunado frente a ella. La vacuna de la hepatitis A está indicada en HSH, en

usuarios de drogas por vía parenteral, personas con múltiples relaciones sexuales y trabajadores sexuales. Existe vacuna combinada de hepatitis A y B <sup>(47,48)</sup>.

Desde fechas recientes se dispone de dos vacunas frente al virus del papiloma humano (VPH): una bivalente, que incluye los tipos oncogénicos principales (tipos 16 y 18), responsables de casi el 70% de los casos de cáncer de cuello uterino y lesiones precancerosas; y otra tetravalente, que incluye además de los tipos anteriores otros asociados a verrugas genitales (tipos 6 y 11). Estas vacunas sirven para prevenir infecciones por VPH, y deben aplicarse antes de tener la infección por VPH por lo que su administración se recomienda antes del inicio de las relaciones sexuales <sup>(51,52)</sup>.

Vigilancia epidemiológica.

El conocimiento de la incidencia de las ITS y su tendencia, así como la caracterización de los enfermos, es un elemento clave para su control.

En el ámbito europeo, la vigilancia de las ITS en los distintos países es muy heterogénea lo cual hace difícil realizar comparaciones entre ellos. En el año 2009 el Centro Europeo de Control de Enfermedades (European Centre for Disease Control and Prevention, ECDC) comenzó a coordinar la vigilancia de las ITS en la UE, por lo que es previsible una mejora de la situación en fechas futuras. Los principales cambios en la vigilancia epidemiológica de las ITS que han realizado las autoridades europeas son los siguientes: a) inclusión de la infección por *C. trachomatis* y el LGV entre las enfermedades de declaración obligatoria y b) recogida de un conjunto mínimo de variables para todas las ITS sometidas a vigilancia <sup>(53)</sup>.

- Las ITS incluyen patologías producidas por virus, bacterias, hongos, protozoos y ectoparásitos, en las que la transmisión sexual es relevante desde el punto de vista de salud pública.

- La carga de enfermedad que suponen las ITS globalmente es desconocida al no existir vigilancia epidemiológica en muchas regiones. En la UE, hay deficiencias en los sistemas de información de los países que, además, son heterogéneos por lo que es difícil compararlos.

- Las ITS bacterianas de notificación obligatoria muestran una tendencia ascendente en España en el periodo 2002-2009.
- La co-infección entre el VIH y otras ITS es muy frecuente. Debe ofertarse la prueba del VIH a toda persona que solicite asistencia por sospecha de ITS.
- Las infecciones asintomáticas son frecuentes en muchas ITS. En cualquier enfermo que presente una de ellas debe descartarse la co-infección con otros patógenos. Esto es especialmente importante para identificar infecciones por clamidia, la ITS más común en Europa, en la que la ausencia de síntomas es la norma.
- La prevención y control de las ITS se basa en la educación sanitaria, el diagnóstico y tratamiento correcto, la detección de las infecciones asintomáticas, el tratamiento y consejo de los contactos y la inmunización en los casos en que se dispone de vacuna.

Resulta, por tanto, impostergable trazar una estrategia integral contra las ITS/VIH/SIDA, que vincule la educación, la prevención, el tratamiento, así como la atención y el apoyo a las personas enfermas.

Por todo lo anterior, y debido a la alta incidencia de las enfermedades de transmisión sexual en los adolescentes, cuyo diagnóstico se ve casi siempre precedida de conductas negativas como son: la infidelidad, el cambio frecuente de parejas y la falta de una adecuada y correcta cultura sexual, es que se propone un programa educativo sobre las enfermedades de transmisión sexual y su prevención para modificar el nivel de conocimiento acerca del tema en este grupo de edades <sup>(33)</sup>.

Es evidente la falta de información que tienen los adolescentes sobre las ITS/VIH/SIDA en estas edades, sus causas, sus riesgos, las transformaciones que trae para la adolescente, la familia, la sociedad y el rol que necesariamente deben asumir <sup>(33)</sup>.

**Hipótesis de investigación:** El diseño y aplicación de una propuesta de intervención educativa, pudiera elevar el nivel de conocimientos de los adolescentes,

sobre las enfermedades de transmisión sexual en el consultorio no. 10, del área de salud del policlínico de Baraguá en Ciego de Ávila.

## **METODOLOGÍA**

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes-después para evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención para elevar conocimientos relacionados con las infecciones de transmisión sexual en adolescentes del consultorio no. 10, del área de salud del policlínico de Baraguá en Ciego de Ávila; en el periodo comprendido entre mayo 2018 a febrero 2019.

### **Universo y muestra**

La Universo de estudio está constituido por 35 adolescentes, con edades comprendidas entre 15 y 18 años pertenecientes al área de salud en estudio. Se trabajó con la totalidad de los pacientes del universo por cumplir con los criterios de inclusión y ninguno de exclusión.

### **Criterios de inclusión:**

1. Adolescentes que han aceptado participar en el estudio y cuyos padres (en caso de ser menores de edad) han firmado el consentimiento informado (ver anexo I).

### **Criterios de exclusión:**

1. Residentes temporales en el área de salud.
2. Adolescentes que presenten algún impedimento físico o mental que les impida responder a las preguntas de la investigación.

### **Criterios de Salida:**

1. Abandono por decisión propia.

### **Métodos de obtención de información**

Los datos fueron recogidos a través de un cuestionario (ver anexo II), fuente de información primaria de la investigación, aplicada un antes y después; creada por la autora y aprobada por criterio de expertos del servicio de Medicina General Integral del policlínico de Baraguá en Ciego de Ávila.

Dada las características de búsqueda de información rápida y económica se aplicó la encuesta inicialmente, luego se aplicó la estrategia de intervención educativa (ver anexo III), diseñada para elevar el nivel de conocimientos relacionados con las infecciones de transmisión sexual en la muestra de estudio; luego de esto se aplicó en un segundo momento la encuesta, una semana después de concluida la intervención, para de esta forma dar salida a los objetivos específicos.

Aplicación de la estrategia educativa: Consta de las siguientes etapas: diagnóstica, intervención propiamente dicha y de evaluación.

*Etapas diagnóstica:* los conocimientos sobre ITS fueron identificados utilizando un cuestionario y sobre las necesidades educativas se elaboró el Programa de Intervención Educativa.

*Etapas de intervención propiamente dicha:* la muestra se conformó por un grupo de 35 adolescentes. La intervención se planificó para impartirla en un período de 2 meses, y para ello se desarrollaron 5 sesiones de trabajo, con una frecuencia de una vez por semana. Cada encuentro incluyó conferencias y técnicas participativas.

*Etapas evaluación:* se aplicó la misma encuesta inicial y evaluaron bajo los principios que la inicial, una semana después de finalizada la intervención educativa.

Se utilizó una complementación de la metodología cualitativa y cuantitativa a la luz del materialismo dialéctico.

**Métodos del nivel empírico** (Técnica de recolección de la información):

Cuestionario: Es un método empírico (complementario) de investigación que supone la elaboración de un cuestionario, cuya aplicación masiva permite conocer las opiniones y valoraciones que sobre determinados asuntos poseen los sujetos (encuestados) seleccionados en la muestra.

## Operacionalización de las variables

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continua	Valor numérico	Según años cumplidos.	Media y desviación estándar.
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino Femenino	Según sexo biológico de pertenencia.	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Nivel de conocimientos (*)	Cualitativa nominal dicotómica	Correctas Incorrectas	Según aplicación del cuestionario antes y después (ver anexo II)	Número y porcentaje según grupo de pertenencia

### Plan de análisis de los resultados

Se confeccionó una base de datos en el programa Excel para sintetizar toda la información y fue resumida en frecuencias absolutas y porcentajes.

Para el análisis de las variables socio-demográficas se utilizó estadística descriptiva de media y desviación estándar. Además se realizó la prueba T de student para la comparación de medias en variables cuantitativas con normalidad de los datos.

Para el análisis de la efectividad de la intervención educativa se empleó la prueba estadísticas Mc. Nemar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento sobre las ITS, antes y después de la aplicación del programa educativo.

## **Aspectos éticos**

Esta investigación se realizó en correspondencia con las regulaciones establecidas en la declaración de Helsinki (Somerset West, República de Sudáfrica; octubre de 1996).

Se pidió a todos los encuestados o padres (de aquellos que sean menores de edad) seleccionados su consentimiento para participar en el estudio. Se explicó el carácter voluntario, se insistió en el carácter confidencial de los datos y el manejo anónimo de los participantes, con el uso de códigos de identificación. La autonomía se mantuvo desde la decisión individual de participar o no en la investigación, por lo que cada sujeto leyó, en presencia del investigador, la información necesaria y oportuna sobre el estudio, para posteriormente ambos firmar el acta de consentimiento informado.

Se sostuvo una interacción justa y benéfica con los pacientes. Siguiendo de esta forma los principios de Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia y Justicia.

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1. Participantes según edad y sexo. Ciego de Ávila. 2019.

	Sexo	N	%	Media	Desv. típ.	p*
Edad	Masculino	23	65,7	16,830	0,984	0,495
	Femenino	12	34,3	16,580	0,996	
	Total	35	100,0	16,740	0,980	

\*Prueba T para la igualdad de medias

Fuente: cuestionario

La tabla 1 muestra la distribución de participantes según el sexo de pertenencia y las medidas de tendencia central y de dispersión de la edad.

Se pudo observar que la mayoría de los participantes pertenecían al sexo masculino (23), para un 65,7%, mientras que 12 eran féminas para un 34,3%.

Los participantes del sexo masculino presentaron una media de edades superior (16,8 años), pero muy cercana a la media de edades de las féminas con 16,6 años, mientras que los primeros presentaban las observaciones más cercanas a su media con una desviación estándar de 0,98 años, que resultó ligeramente menor que los 0,99 años de promedio de dispersión de edades en las féminas.

En la actualidad, los jóvenes se hacen sexualmente activos a una edad más temprana y es irrealista esperar que dejen las actividades sexuales para una etapa más tardía del desarrollo <sup>(56)</sup>. En los últimos años, de forma universal, la revolución sexual se ha caracterizado por el inicio de las relaciones sexuales antes de los 14 años, en uno y otro sexo <sup>(57)</sup>. Algunos autores como Valdés encuentran en un total de 276 jóvenes encuestados, el 55% (152) fueron mujeres y el 45% (124) hombres, con un promedio de edad de 15.7 años (14 a 19 años) <sup>(58)</sup>.

Tabla 2. Participantes según nivel de conocimientos sobre infecciones transmitidas por vía sexual y momento de evaluación.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	22	62,9	33	94,3
Inadecuado	13	37,1	2	5,7
Total	35	100,0	35	100,0

Prueba de McNemar

$p = 0,001$

Fuente: cuestionario

La tabla 2 muestra la distribución de pacientes según el nivel de conocimientos sobre infecciones transmitidas por vía sexual, evaluado antes y después de desarrollar la intervención comunitaria.

Se observó que en la encuesta diagnóstica realizada al comienzo de la investigación, solo 22 de los participantes presentaban un nivel de conocimientos adecuado sobre las infecciones que pueden ser adquiridas por vía sexual para el 62,9% de la muestra, y 13 personas (37,1%) no marcaban los ítems correctos de la encuesta.

Una vez terminado el proceso de intervención y aplicada la encuesta nuevamente, las respuestas correctas se elevaron a 33 de los participantes para un 94,3% lo que resultó en una modificación significativa y positiva.

En relación con el conocimiento sobre ETS, investigaciones sobre el tema señalan resultados que evidencian el papel de una adecuada educación sexual entre los adolescentes para el reconocimiento de los primeros indicios que hacen sospechar una ETS, pues a través de la educación realizada con poblaciones susceptibles, es que se logra elevar el nivel de conocimientos sobre un determinado tema, que para este caso particular sería sobre ETS <sup>(59)</sup>.

Tabla 3. Participantes según nivel de conocimientos sobre factores de riesgo de ITS y momento de evaluación.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	13	37,1	23	65,7
Inadecuado	22	62,9	12	34,3
Total	35	100,0	35	100,0

Prueba de McNemar

$p = 0,013$

Fuente: cuestionario

La tabla 3 muestra la distribución de pacientes según el nivel de conocimientos sobre factores de riesgo de infecciones de transmisión sexual, evaluado antes y después de desarrollar el programa capacitante.

Se pudo observar que antes de comenzar la intervención, 13 de los participantes presentaron un nivel de conocimientos adecuados sobre los mencionados factores de riesgo, para un 37,1% del total, mientras que 22 (62,9%), respondían erradamente los ítems consignados en el cuestionario.

Una vez finalizada la capacitación, el nivel de conocimientos adecuados aumentó hasta 23 pacientes (65,7%) y este elevado número de respuestas adecuadas, condicionó que la modificación de conocimientos resultara significativa según los resultados de la prueba.

Entre los factores de riesgo de VIH-SIDA se invocan, entre otros, la promiscuidad, sobre la cual se recoge abundante información en la bibliografía consultada. Rodríguez M. plantea como hallazgo a resaltar la estrecha relación entre el antecedente de 3 o más parejas sexuales y el padecimiento de las ITS <sup>(60)</sup>. Otros autores plantean en sus estudios que los adolescentes piensan en muchas ocasiones que no adquirirán una ITS en su primer contacto sexual, conocido como «el pensamiento mágico de los adolescentes» <sup>(61)</sup>.

Tabla 4. Participantes según nivel de conocimientos sobre cuál es el uso apropiado del condón y momento de evaluación.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	8	22,9	19	54,3
Inadecuado	27	77,1	16	45,7
Total	35	100,0	35	100,0

Prueba de McNemar

$p = 0,012$

Fuente: cuestionario

La tabla 4 muestra la distribución de pacientes según el nivel de conocimientos sobre cuál es el uso apropiado del condón, evaluado antes y después de desarrollar la intervención educativa.

Se pudo observar que en la evaluación inicial, solo 8 de los participantes presentaban un conocimiento adecuado sobre cuál es el uso apropiado del condón para un 17,1% del total mientras que 27 de ellos (77,1%,) no lograban responder adecuadamente las preguntas del cuestionario para este fin.

Al terminar la aplicación del programa y esperar un tiempo prudencial, se repite la aplicación del cuestionario con un total de 19 participantes respondiendo adecuadamente este acápite y elevando el porcentaje de respuestas correctas hasta 54,3%. Esta modificación positiva del nivel de conocimiento, resultó significativa según la interpretación del resultado de la prueba estadística utilizada.

En un estudio realizado en Hong Kong el 22.8% nunca los utilizó y el 50.3% los usó alguna vez. En general el estudio realizado concluye en la importancia del conocimiento y asesoramiento de los jóvenes en el uso correcto y regular del condón, contando con la cooperación de la pareja <sup>(62)</sup>.

Otros estudios en los que se trabaja directamente con poblaciones jóvenes menores de 20 años, destacan el pobre conocimiento sobre los factores de exposición (de riesgo) explorados, creándose así un falso sentido de invulnerabilidad y seguridad con respecto a las ITS <sup>(63)</sup>.

Tabla 5. Participantes según nivel de conocimientos sobre medidas de prevención para ITS y momento de evaluación.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	12	34,3	24	68,6
Inadecuado	23	65,7	11	31,4
Total	35	100,0	35	100,0

Prueba de McNemar

$p = 0,008$

Fuente: cuestionario

La tabla 5 muestra la distribución de pacientes según el nivel de conocimientos sobre medidas de prevención para infecciones de transmisión sexual, evaluado antes y después de desarrollar la intervención comunitaria.

Se pudo observar que en la evaluación inicial, 12 de los participantes presentaban un adecuado nivel de conocimientos para un 34,3% de la muestra mientras que 23 de ellos (65,7%), no lograban identificar las respuestas correctas de los ítems consignados en la encuesta.

Una vez finalizado el programa educativo y reaplicado el cuestionario, el número de participantes con conocimientos adecuados se elevó a 24 (68,6%), siendo esta modificación, positiva y significativa en base al resultado de la prueba estadística con un valor de la  $p$  calculada muy inferior a 0,05.

Toledano Grave de Peralta Y., refirió en 2006 un alto nivel de conocimientos en adolescentes guatemaltecos del Instituto de Magisterio de Fray Bartolomé sobre medidas de prevención basadas en el uso del condón, por ser la más conocida por ellos, señalándola como la conducta más útil. Al ser la prevención el método más eficaz en la lucha contra las infecciones de transmisión sexual, se necesita que todo

el mundo se sienta implicado y se muestre solidario. Esta contienda debe recaer en la responsabilidad de cada uno y en la solidaridad de todos <sup>(64)</sup>.

Tabla 6. Participantes según nivel global de conocimientos sobre diferentes aspectos de las ITS y momento de evaluación.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	11	31,4	28	80,0
Inadecuado	24	68,6	7	20,0
Total	35	100,0	35	100,0

Prueba de McNemar

$p = 0,000$

Fuente: cuestionario

La tabla 6 muestra la distribución de pacientes según nivel global de conocimientos sobre diferentes aspectos de las infecciones de transmisión sexual, evaluado antes y después de desarrollar la intervención comunitaria.

Se observó que antes de la aplicación de la intervención capacitante, solo 11 de los participantes presentaban un nivel de conocimientos adecuado respecto a la totalidad de los temas evaluados en los cuadros anteriores para el 31,4% del total mientras que 24 de ellos (68,6%) no calificaban con respuestas correctas en los diferentes acápites del cuestionario.

Al aplicar por segunda vez la encuesta, y a un tiempo prudencial de terminar con la intervención comunitaria, los participantes con respuestas consideradas adecuadas aumentaron a 28 para un 80,0% que resultó en un aumento porcentual considerable y suficiente para ser considerado significativo por la prueba de McNemar.

Con este estudio se ha percibido que existe un bajo nivel de conocimientos en los adolescentes sobre el VIH/SIDA y otras ITS, carencias en mensajes educativos,

pocos programas de control y prevención sobre el tema, pero a través de este brindamos información básica mediante un método didáctico, participativo y asequible que estimula la discusión de ideas, sin distinción de sexo, raza, credo, y nivel cultural o social.

Las ETS son un mal temido en estos tiempos, en los que la promiscuidad y la precocidad en las relaciones sexuales amenazan con tornar la sexualidad en un completo caos. Los adolescentes, grupo sensible y frágil, son, sin dudas, de los más expuestos; es por ello que toda labor educativa al respecto es poca la prevención de salud son las únicas armas con que se cuenta.

La intervención educativa realizada mostró ser eficaz al modificar los conocimientos que posean los adolescentes participantes en la investigación.

## **CONCLUSIONES**

Predominó el sexo masculino sin diferencias significativas entre las edades de los adolescentes. La mayoría de los adolescentes presentaban un adecuado nivel de conocimientos inicial sobre infecciones transmitidas por vía sexual, mientras que en las temáticas de factores de riesgo, consecuencias de contraer una infección de transmisión sexual y medidas de prevención para estas, el nivel de conocimientos inicial era bajo en la gran mayoría de ellos. Al terminar la intervención se logró una modificación positiva y significativa respecto al nivel de conocimientos de todos los temas tratados y de la evaluación global de conocimientos, por lo que se consideró efectiva la intervención realizada.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aranda Ramos Dora Ester, López Sifones Manuel, Leyva Luz Angélica, Delgado Ceballos Rita María. Condiloma acuminado en adolescentes y adultos jóvenes del área de salud "Tula Aguilera" en el municipio de Camagüey. *MEDISAN* [Internet]. 2014[citado 7 de mayo del 2018]; 17(8): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v17n8/san11178.pdf>
2. Calero Jorge Luis, Vázquez Juan Carlos y Domínguez Emma. Las infecciones de transmisión sexual desde el hacer y el saber de estudiantes de deportes. *Rev. Cubana Salud Pública* [Internet]. 2014[citado 22 de mayo del 2018]; 39(1): [aprox.12 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v39s1/spu07513.pdf>
3. Chirino Acosta Pedro Antonio [et al]. Identificación de necesidades de aprendizaje sobre infecciones de transmisión sexual. *Rev. Ciencias Médicas* [Internet]. 2014[citado 7 de mayo del 2018]; 15(3): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v15n3/rpr07311.pdf>
4. Ecu Red: Enciclopedia colaborativa en la informatización cubana. Infecciones de transmisión sexual. 2014.
5. Sánchez Pórtela Joel Ramón, Verga Tirado Belkis y Sánchez Cámara Luanda. Variables epidemiológicas relacionadas con las infecciones de transmisión sexual. *Rev. Ciencias Médicas* [Internet]. 2013[citado 7 de mayo del 2018]; 36(17): [aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v17n6/rpr07613.pdf>
6. Fernández Borbón Hugo, Cuní González Víctor. Intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes. *Rev. Ciencias Médicas* [Internet]. 2010[citado 7 de mayo del 2018]; 14(3): [aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v14n3/rpr03310.pdf>
7. Fdragas Fernández Alejandro, Valdés Sánchez Maydelín y Fernández Machín Luis Manuel. Caracterización del nivel de información sobre

- ITS/VIH/sida en adolescentes de la escuela secundaria básica "José Luis Arruñada". *Rev. Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2012[citado 7 de mayo del 2018]; 28(1): [aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v28n1/mgi03112.pdf>
8. Ríos Chacón Bladimir, Yera Álvarez Maris Lienis y Guerrero Montero Mayda. Conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes de Barrio Adentro. *AMC* [Internet]. 2009[citado 7 de mayo del 2018]; 13(2): [aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v13n2/amc080209.pdf>
  9. Fernández Borbón Hugo, Cuní González Víctor. Intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes. *Rev. Ciencias Médicas* [Internet]. 2010[citado 7 de mayo del 2018]; 14(3): [aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v14n3/rpr03310.pdf>
  10. García Alum Nury Esther [et al]. Actitudes hacia el uso del condón masculino para la prevención del VIH/sida en estudiantes de medicina. *Rev. Ciencias Médicas* [Internet]. 2011[citado 22 de mayo del 2018]; 15(3): [aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v15n3/rpr05311.pdf>
  11. Sánchez Portela Joel Ramón, Díaz Rodríguez Delia R, Verga Tirado Belkis, Sánchez Cámara Luanda. Efectividad del manejo sintomático para reducir las complicaciones de las infecciones de transmisión sexual. *Rev. Ciencias Médicas* [Internet]. 2010[citado 7 de mayo del 2018]; 14(1): [aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v14n1/rpr12110.pdf>
  12. Ministerio de Salud Pública. Plan estratégico Nacional para la prevención y el control de las ITS y el VIH/SIDA 2014-2018. Disponible en: <http://files.sld.cu/sida/2014/05/12/plan-estrategico-nacional-2014-2018/>
  13. Organización Panamericana de la Salud. Salud del Adolescente. Washington; 2001.
  14. Pineda Pérez S, Aliño Santiago M. El concepto de adolescencia. En: MINSAP. Manual de práctica clínica para la atención integral a la salud del adolescente. 2ed. La Habana; 2006
  15. Peláez MJ. Adolescencia y Juventud: Desafíos actuales. La Habana: Editorial



16. García Nápoles JE. Atención al adolescente. En: Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial. Ciencias Médicas; 2001.
17. Vázquez Márquez A, de la Cruz Vázquez F, Almirall Chávez AM, Sánchez Pérez M. Repercusión materna del embarazo precoz. Rev. Cubana Obstet Ginecol [serie en internet]. 2015[citado 15 de Marzo 2018]; 21(1): [aprox 3p]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X1995000](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X1995000).
18. Cortés A, Sordo ME, Cumbá C, García R, Fuentes J. Comportamiento sexual y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de la secundaria básica de Ciudad de la Habana. Rev Cubana Hig Epidemiol 2015; 38(1): 116-21.
19. Tabares Cabral F. Estudio de la identidad, Afectividad y características de la socialización en adolescentes [Trabajo de Diploma].UCLA. 2006
20. Organización Panamericana de la Salud. Manual de Salud para la atención al adolescente. Serie paltex. 2006
21. Amador A. Socialización y Educación de la personalidad: Curso 17 Pedagogía. La Habana; 1999.p15.
22. Dirección General de Salud Reproductiva. Secretaria de Salud México. En Buen Plan. Curso de atención a la Salud Reproductiva para Adolescentes. México D.F. SSR. 2006: 34-41.
23. Vázquez Márquez A, de la Cruz Vázquez F, Almirall Chávez AM, Sánchez Pérez M. Repercusión materna del embarazo precoz. Rev Cubana Obstet Ginecol[serie en Internet]. 2015[citado 15 de Marzo 2018]; 1(2)-40: [aprox 3p]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X1995000](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X1995000).
24. García Imía I, Ávila Gálvez Elena, González Antonio L, Lara Carmona Maricela. Conocimientos de los adolescentes sobre aspectos de la sexualidad. Rev. Cubana MGI 2014; 18(2):5-12.

25. Estereotipos ponen en peligro la salud sexual: se retan a los criterios tradicionales para fomentar el comportamiento sexual de menor riesgo. Rev. Network en español, Family Health International 2015; 21(4):13.
26. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Atención Materno Infantil. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 1989.
27. Feldman R, Maposhere C. La exposición al riesgo suele ser mayor ahora. Rev Network en español; 2016
28. Sánchez P. Embarazo en la adolescencia más allá del riesgo médico [Boletín Informativo]. 2015; 1(2):1-5
29. Espinosa A, Mejía G. Adolescencia. En: Abreu M, Méndez L. Compendio de Medicina General. México: Editorial CV; 2017.p26-31.
30. Fariñas AT. Funciones esénciale de Salud Pública en el sistema Nacional de salud cubano. [Documento de trabajo]. La Habana ENSAP; 2002
31. Jones Hathaway y col. made pregnant women's prevalence of hushed resources Medical Center, 200 W. Arbor Dr., San Diego, CA 92103. 2015. USA.
32. Silber T, Munist MM, Magdalena M, Suárez O. Salud reproductiva En: OPS. Manual de Medicina de la Adolescencia. Washington D.C; 2014.p.473-518
33. MINSAP. Informe presentado al Balance Anual del Programa Materno Infantil de Cuba. La Habana: MINSAP; 2008.
34. OMS. Informe sobre la salud en el mundo. En: OPS-OMS 5ta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Informe Técnico 6. México; 2000
35. Cortés Alfaro A, García Roche´ R, Lantero Abreu M, Gonzáles Cruz R, Suárez Medina R. El VIH/SIDA en la adolescencia, Cuba, 1987 hasta abril 2004: un enfoque epidemiológico. Rev Cubana Med Trop [revista en la Internet]. 2016 Dic [citado el 18 de marzo de 2017]; 58(3): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0375-07602006000300013&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602006000300013&lng=es).
36. Ugarte Díaz RM. La familia como factores de riesgo, protección y resiliencia en la prevención del abuso de drogas en adolescentes. Capítulo 5. 2016.

37. Domínguez Ayllón Y. Adolescencia-Salud. 2016.
38. Patsdaughter C, Kelley B, Babington L, Dyer J. A comparison of sexual risk behaviors of Dominicans adolescents in their homeland and in the United States. *J Multicult Nurs Health* 2015; 11: 63-68.
39. Porras Fernández E, Romero González, Conde Saure P, Jiménez Cardoso J. Conocimiento en adolescentes de la Parroquia Las Delicias en Venezuela sobre ITS. *Gaceta Médica Espirituana* 2007; 9(1): Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.\(1\)\\_10/p10.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.(1)_10/p10.html).
40. García Roche RG., Cortés Alfaro A, Vila Aguilera LE, Hernández Sánchez M, Mesquia Valera A. Comportamiento sexual y uso del preservativo en adolescentes y jóvenes de un área de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr* [revista en la Internet]. 2006 Mar [citado 2017 Jul 30]; 22(1): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252006000100003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000100003&lng=es).
41. Ochoa Soto R, Pérez Pérez F, Regueiro Pérez R, Orman Reyes AL, Squirre Valdés E, Duque Santana, et al. Manual Práctico Metodológico para el trabajo multisectorial en VIH/SIDA. La Habana. Cuba: Ministerio de Salud Pública / Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo; 2006.
42. Cortés Alfaro A, García Roche R, Monterrey Gutiérrez P, Fuentes Abreu J, Pérez Sosa D. Sida, adolescencia y riesgos. *Rev Cubana Med Gen Integr* [revista en la Internet]. 2016 Jun [citado 2018 Jul 30]; 16(3): 253-260. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252000000300005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000300005&lng=es)
43. Roca Goderich R. Temas de Medicina Interna. En: *Enfermedades microbianas y parasitarias*. 4ed. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas, 2014; t3: 579-95.
44. Epstein D. Se emprenden nuevas iniciativas para controlar el SIDA en el Caribe. *Perspectivas de Salud* 2001; 6(1):10-5

45. Lebreo MF. Prevención de enfermedades VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual. En: Organización Panamericana de la salud. La salud en las Américas. Washington, DC: OPS/OMS, 2014; vol 1:278-82. (Publicación científica: nr. 587).
46. Organización Panamericana de la Salud. Cuba: VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual. En: La salud en las Américas. Washington, DC: OPS/OMS, 2014; vol 2: 207-8 (Publicación científica: nr 587).
47. ONUSIDA/OMS. Resumen mundial de la epidemia de VIH/SIDA. Ginebra: ONUSIDA/OMS, 2014:1-37.
48. ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA, 2002. Panorama mundial de la epidemia. Ginebra: ONUSIDA, 2015:22-42.
49. Informe sobre la salud en el mundo 2014. Cambiemos el rumbo de la historia. En: Information Productos Catalogue: World Health Organization. Spring 2014: 46-7.
50. Ávila Figueroa C. XIII Conferencia Internacional sobre el SIDA. Impacto económico de la epidemia por VIH/ SIDA. México, DF: Instituto Nacional de Salud, 2000:41-50.
51. Uribe Zúñiga P, Rodríguez C. La respuesta mexicana al SIDA. Mejores prácticas. Consejo Nacional para la prevención y control del SIDA .México, DF: Secretara de salud, 2015:56120.
52. OMS/UNICEF/ONUSIDA. Los jóvenes y el VIH/SIDA. Una oportunidad en un momento crucial. Ginebra: OMS, 2015:2-5.
53. ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA, 2002. El impacto creciente. Ginebra: ONUSIDA, 2015:41-62.
54. Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA, 2002. La lucha contra el SIDA: una nueva decisión mundial. Ginebra: ONUSIDA, 2015:10-20.
55. Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA, 2015. Respuestas nacionales: Cómo convertir el compromiso en acción. Ginebra: ONUSIDA, 2002:176-90.
56. Miranda Martín, MA. Orientación general para educadores de la enseñanza media superior, sobre sexualidad en la adolescencia, en Contribuciones a las

- Ciencias Sociales. [Monografía en internet], 2008 dic. Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/cccss/02/mamm.htm> [citado 2018 Feb 18]
57. Consuegra Núñez RJ. Problemas médicos de los adolescentes. La Habana: Edit. Científico Técnica; 2004: p.85-93
58. Valdés C, Valenzuela A, Viertel P, Román JC, Zúñiga C. Conocimiento de las enfermedades de transmisión sexual en dos liceos de la comuna de Los Andes. Rev. Ped. Elec. 2016; 3(2).
59. Andina L, Cacace PJ, Casares F, Font G, Coppolillo FE, Gimenez Lascano G, et-al. Evaluación de comportamientos sexuales de riesgo en una población universitaria de la Provincia de Buenos Aires. Archivos de Medicina Familiar y General. 2015; 1(3).
60. Arnold Rodríguez M, Bacallao Flores V, Bello Rodríguez B. Conocimiento de los adolescentes acerca de las infecciones de transmisión sexual en la ESBU "Martín Klein". Varadero. 2005. Revista Médica Electrónica 2016; 29 (5).Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202007/vol5%202007/tema05.htm>
61. Ríos Chacón B, Yera Álvarez ML, Guerrero Montero M. Conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes de Barrio Adentro. AMC [revista en la Internet]. 2009 Abr [citado 2018 Feb 18]; 13(2): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552009000200008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552009000200008&lng=es)
62. Wong KH, Lee S, Lo Y. Condom use among female commercial sex workers and male clients in Hong Kong. Int J STD AIDS 1999; 5(4):287-9.
63. Brito Méndez EC, Guerra Rosales JM, Rodríguez Báez R. Conducta de riesgo en infecciones de transmisión sexual y embarazo. Rev Cubana Med Gen Integr [periódico en la Internet]. 2003 Feb [citado 2018 Feb 18]; 19(1):

Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-212520030001000008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-212520030001000008&lng=es)

64. Toledano Grave de Peralta Y, Campos Muñoz M, Silveria Digón S, Pérez Castillo L. Modificación de conocimientos sobre VIH/ SIDA en adolescentes guatemaltecos del Instituto de Magisterio de Frayle Bartolomé. MEDISAN. 2016; 10(3). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10\\_03\\_06/san05306.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_03_06/san05306.pdf)

## **ANEXOS**

Anexo I

### **ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

El que suscribe\_\_\_\_\_

Hago constar por este medio, mi disposición y consentimiento a participar en el estudio, declaro que he sido informado del objetivo del estudio, por lo cual se me aplicará una encuesta, así mismo se me explicó las ventajas para nuestra Salud Pública y para la familia.

Doy mi consentimiento para que realice la encuesta de acuerdo a la valoración médica y criterios de inclusión para la admisión de esta investigación y para constancia de lo antes expuesto firmo este documento.

En Baraguá, Ciego de Ávila, a los\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_del año 2019.

Firma del sujeto

Firma del investigador

### Cuestionario de recogida de información

**Edad:** \_\_\_\_\_

**Sexo:**

\_\_\_\_\_ Masculino

\_\_\_\_\_ Femenino

1- Cuáles de las siguientes enfermedades usted considera que son transmitidas por vía sexual. Marque con una x las que considere correcta.

- a)  Sífilis
- b)  Neumonía
- c)  Gonorrea
- d)  VIH/SIDA
- e)  Gastritis
- f)  Condiloma
- g)  Moniliasis

2- Identifique los principales factores de riesgo para contraer enfermedades de transmisión sexual. Marque con una x la que considere correcta.

- a)  Por el uso de cubiertos, vasos, y otros objetos.
- b)  Teniendo contacto con sangre contaminada.
- c)  Tener relaciones sexuales desprotegidas.
- d)  Teniendo sexo oral.
- e)  Teniendo relaciones sexuales apresuradas.
- f)  Teniendo relaciones sexuales en salidas ocasionales.
- g)  Cambiar frecuentemente de parejas sexuales

3- Según sus conocimientos marca con una x. ¿Cuál es el uso apropiado del condón?

- a) \_\_\_ Usar el mismo condón en varias relaciones sexuales.
- b) \_\_\_ No usar un condón demasiado flojo, pues puede hacer fracasar la barrera.
- c) \_\_\_ Usar el condón muy apretado.
- d) \_\_\_ No voltear el condón después de haber terminado, aunque no haya habido eyaculación.
- e) \_\_\_ El condón se puede dejar en cualquier lugar con calor.
- f) \_\_\_ Evitar el doble uso de condón, pues la fricción entre ambos puede hacer que se rompan.

4- Señala con una x, según tus conocimientos. ¿Cuáles son las medidas de prevención para evitar contraer enfermedades de transmisión sexual?

- a) \_\_\_ Realizar el sexo solo después de pasada la menstruación de la mujer sin protección.
- b) \_\_\_ Educación sexual oportuna para conocer las enfermedades de este tipo y la forma de contagio.
- c) \_\_\_ Práctica del sexo desprotegido
- d) \_\_\_ Usar preservativos siempre que se mantenga relaciones sexuales esporádicas o con personas desconocidas.
- e) \_\_\_ Garantiza seguridad y confianza durante el acto sexual mediante la propuesta de un sexo seguro.
- f) \_\_\_ Protegerse a través del uso del condón.

**Nivel de conocimientos:**

Pregunta 1:

Satisfactorio: Contestar 5 incisos

Insatisfactorio: Contestar 2 incisos.

Pregunta 2:

Satisfactorio: Contestar 4 incisos

Insatisfactorio: Contestar 1 inciso.

Pregunta 3:

Satisfactorio: Contestar 4 incisos

Insatisfactorio: Contestar 1 inciso.

Pregunta 4:

Satisfactorio: Contestar 2 incisos

Insatisfactorio: Contestar 1 inciso.

Calificación Final:

Satisfactorio: Contestar 4 preguntas.

Insatisfactorio: Contestar 2 preguntas.

### **Programa de intervención educativa**

Las actividades de intervención comunitaria constarán de 5 actividades que serán impartidas todos los jueves en horario de la tarde. Impartidas por médicos y enfermeras en la policlínica del área de salud de Baraguá, Ciego de Ávila.

#### **Primer encuentro:**

Título: introducción a la intervención educativa.

Objetivos: 1- Presentación de los participantes involucrados.

2-Comenzar la intervención.

Duración: 50 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Hojas blancas.

3- pancarta educativa (será elaborado por la autora de la Intervención).

Técnica participativa: Encuentro

Introducción: Durante este primer encuentro se procedió a la presentación de cada uno de los participante de acuerdo a su nombre, edad y procedió a presentarse uno a uno, momento en el cual cada uno contaran el motivo por el cual quisieran participar en cada una de las actividades

Desarrollo: una vez concluida el primer momento se procedió a informar el horario, fechas y lugares previsto, se habló acerca de los objetivos del proyecto para promover salud y de esta manera aumentar el conocimiento en la población sobre las ITS y en especial el VIH-Sida. Se dará a conocer todo lo referido al proyecto y se les informó que cada cual es libre de decidir su participación en el mismo o si deciden en el transcurso del mismo abandonarlo están en absoluto derecho.

Al finalizar, se le hizo la presentación de tres personas promotoras de salud las cuales a padecidos de infecciones de transmisión sexual contarán su historia y de esta manera enfatizarán la necesidad de que cada participante modifique modos y estilos de vida saludables. Exhortándolos a participar en la próxima encuentro.

### **Segundo encuentro:**

Título: Factores de riesgo de las infecciones de transmisión sexual

Objetivo:

- 1- Enfatizar sobre el medio de protección por excelencia contra las ITS, y como utilizarlo, el condón.
- 2- Analizar los principales factores de riesgo de las infecciones de transmisión sexual.

Tipo de actividad: Conferencia, clase práctica.

Duración: 50 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Una computadora.

4- Maqueta y condones.

5- Sobres.

### **Técnica participativa: “La sorpresa”.**

Desarrollo: Para dar comienzo a la actividad se utilizó la técnica participativa: la sorpresa, que consiste en repartir un sobre sellado a cada participante, los mismos en su interior están cargados de frases, fragmentos de poesías y refranes. Que cada participante deberá abrir y simultáneamente leer todo el contenido, esto se realizarán con el objetivo de motivar y hacer amena la actividad.

En un segundo momento se impartirá una conferencia utilizando un Power Point, donde se tratará los factores de riesgos de estas infecciones, luego de eso se hará

una demostración de colocación del condón mediante una maqueta y su mejor forma de colocación y uso del mismo.

### **Tercer encuentro:**

Título: Incidencia de los factores de riesgo.

Objetivos:

1- Ventajas del uso del condón

2- Consecuencias de contraer una infección de transmisión sexual

Duración: 40 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Charla educativa.

### **Técnica participativa: charla de grupo**

Introducción: Se comenzará recordando todo lo relacionado con la actividad anterior y se realizará preguntas de comprobación.

Desarrollo: Se comenzó explicando a los participantes en que consiste la charla de grupo; en la misma cada miembro expondrá con sus palabras el significado que posee acerca del uso del condón y cuáles son sus beneficios. Que significa para ellos un factor de riesgo, luego se procederá a explicar por parte del médico los beneficios potenciales del uso del condón en la prevención de las ITS y así concluir con la explicación sobre las consecuencias de contraer una enfermedad de ITS.

Al finalizar concluiremos con una pregunta para promover la próxima actividad. ¿Sabe usted cuáles son las posibles manifestaciones clínicas de las infecciones de transmisión sexual?

### **Cuarto encuentro:**

Título: Promiscuidad, ¿un mito en la sociedad masculina?

Objetivos:

1- Orientar sobre el factor de riesgo negativo del cambio frecuente de pareja.

2- Medidas de prevención para ITS.

Tipo de actividad: Charla educativa.

Duración: 40 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Pancarta educativa.

***Técnica participativa:*** “¿Qué crees de la vida?”

Introducción: Comenzaremos la actividad dando una breve reseña de la clase anterior y realizaremos preguntas al azar para comprobar los contenidos impartidos.

Desarrollo:

Se llevará a cabo como inicio de la actividad la técnica de animación "¿Qué crees de la vida?", la misma consistirá en que cada participante opinará que significa la vida desde su punto de vista y porque es importante vivir. En un segundo momento mostraremos una pancarta educativa con las diferentes formas de presentación de las infecciones de transmisión sexual. Luego impartiremos una conferencia guiada por un Power Point, que abarcará temas relacionados con el cambio frecuente de pareja como factor desencadenante para contraer una ITS y las medidas de prevención contra las ITS (el condón).

**Quinto encuentro:**

Título: Culminación de la intervención.

Objetivo: Fortalecer los vínculos creados entre los participantes.

Duración: 50 minutos.

Recursos: 1- Médico.

Técnica Participativa: Despedida

Introducción: Se realizará un breve resumen de la intervención, y se recordarán los datos más importantes de la misma.

Desarrollo: En esta última actividad se realizará la técnica de animación "despedida", la misma consistirá en que los participantes expresará como se han sentido durante todas las secciones, que aprendieron de la misma, cuáles han sido su experiencia y si lograron aprender de las mismas. Al culminar la intervención se les entregará a los participantes un recuerdo de su participación durante la intervención.