

REPÚBLICA DE CUBA  
FILIAL DE CIENCIAS DE LA SALUD  
MORÓN  
POLICLÍNICO UNIVERSITARIO SUR MUNICIPIO MORÓN



**TÍTULO:** INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN LOS ADOLESCENTES DEL INSTITUTO POLITÉCNICO DE INFORMÁTICA DEL MUNICIPIO DE MORÓN.

**Autora:** Dra. Lidia Amalia Reitor Díaz.  
Especialista en Medicina General Integral.

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE MÁSTER  
EN ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER.

Año 2010

REPÚBLICA DE CUBA  
FILIAL DE CIENCIAS DE LA SALUD  
MORÓN  
POLICLÍNICO UNIVERSITARIO SUR MUNICIPIO MORÓN



**TÍTULO:** INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN LOS ADOLESCENTES DEL INSTITUTO POLITÉCNICO DE INFORMÁTICA DEL MUNICIPIO DE MORÓN.

**Autora:** Dra. Lidia Amalia Reitor Díaz.  
Especialista en Medicina General Integral.

**Tutora:** Dra. MsC. Nancy Acosta Alonso.  
Especialista en Medicina General Integral.  
Profesora Auxiliar FCM Ciego de Ávila.

**Asesora:** MsC. Gizet de los Ángeles del Toro Mosquera.  
Profesora Asistente FCM Ciego de Ávila.

Año 2010

## *DEDICATORIA*

*A mis padres por su apoyo incondicional,*

*A mis hijos por su infinita ternura y amor,*

*A mi esposo por su paciencia y ayuda,*

*A mi suegro por poder cumplir su sueño de verme  
superada profesionalmente, aunque no esté entre  
nosotros.*

## *AGRADECIMIENTOS*

*A mí tutora por su confianza en mí,*

*A mí asesora por su ayuda y horas de dedicación,*

*A todos mis amigos y profesores que de una forma u otra me han ayudado a llevar adelante mi empeño.*

*PENSAMIENTO*



*... “En Prever está todo el arte de salvar”...*

*José Martí*

# *INDICE*

	<b>Páginas.</b>
Introducción	1-4
Objetivos	5
Marco Teórico	6-22
Material y Método	23-37
Análisis y Discusión de los Resultados	38-48
Conclusiones	49
Recomendaciones	50
Referencias Bibliográficas	51-53
Anexos	54-57

## **RESUMEN**

Teniendo en cuenta la tendencia creciente a la sexualidad que existe en la etapa de la adolescencia, decidimos diagnosticar el conocimiento sobre las ITS (Infección de Transmisión Sexual) en el Politécnico de Informática Rafael Morales Gonzáles de Morón en el curso 2009 -2010. Para ello se realizó un estudio pre -experimental de intervención del tipo antes y después , el universo estuvo constituido por la totalidad de los estudiantes ( 476) , para la muestra se seleccionó los estudiantes de 3er año ( 149 ) el objetivo general consistió ,en elevar el conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual en los adolescentes. Antes de la intervención fueron evaluados de mal el 41.5 % de las féminas y el 50 % de los masculinos, definieron incorrectamente las ITS el 86% y el 96.4% de los estudiantes respectivamente. Las vías por las que se contagian en el sexo femenino el 87.6 % y en el masculino 90.4 % fueron respondidas incorrectamente al igual que señalan como principal medio de prevención la higiene adecuada de los genitales en un 66.1 % y un 61.8 % respectivamente. Solo el 34.5 % de los masculinos reconocen como signo las que cursan con lesiones ulcerativas y en el femenino el dolor al contacto sexual en un 47.6 %. La intervención educativa apoyada por medios de enseñanzas elevó el nivel de conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual en los adolescentes del Politécnico de informática de Morón. La totalidad reconoce el SIDA como un tipo de ITS.

**Palabras claves: Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)  
Adolescencia**

## **INTRODUCCIÓN**

La adolescencia es un período único de rápido crecimiento y desarrollo, que incluye las esferas físicas, emocional, cognitiva y social, a través de la cual se pasa de la infancia a la adultez. Esta comienza con los cambios de la pubertad y termina cuando emerge un adulto joven autónomo que puede funcionar a nivel intelectual, sexual y tener vocaciones aceptables para la sociedad, esta etapa de la vida, trae consigo crecimientos, cambios, oportunidades y, con bastante frecuencia, riesgos para la salud sexual y reproductiva. Investigaciones realizadas en Cuba han demostrado que estos riesgos son desconocidos por la mayoría de los adolescentes. (1,3)

La sexualidad constituye sin lugar a dudas, un importante desafío para todos los que, desde la perspectiva de la educación integral, persiguen un mejoramiento de la calidad de vida y el perfeccionamiento de los modos de actuación en torno a la vida sexual y reproductiva, en las parejas y en las familias. (4,5)

Los cambios y reacciones que ocurren en esta etapa de la vida pueden llevar a los adolescentes a ocultar sus impulsos y conductas sexuales, lo que hace más difícil la comunicación acerca del desarrollo sano de la sexualidad y limita la existencia de relaciones afectuosas y responsables entre los jóvenes y con sus familiares al abordar este aspecto tan importante de la vida. (6,7)

El hecho de que adolescentes de diferentes sexo expresen ideas similares con un enfoque machista, llama a la reflexión sobre la necesidad de considerar las formas de pensar de los adolescentes para hacer acciones que modifiquen sus pensamientos y logren valorar de forma responsable y con un enfoque de género adecuado su sexualidad y los riesgos a los que se exponen respecto a su salud sexual y reproductiva en nuestra sociedad, ya que la adolescencia es la base para el desarrollo futuro de la personalidad.

Es necesario incrementar las actividades educativas en salud sexual y reproductiva, pues los sentimientos y las decisiones están relacionados con un comportamiento responsable o no. En muchos países este problema en el adolescente está presente, las estrategias educativas, en gran medida, están dirigidas a medicalizar la atención a

los adolescentes y no a tratarlos con un enfoque social; estas estrategias y las habilidades en algunos programas no toman en cuenta la comunicación.

Debido a ello, los resultados de esta labor educativa, cuando más, logran un individuo informado, pero esto no indica que esta información se traduzca en una conducta sexualmente responsable. Por ello, para lograr resultados en las estrategias dirigidas a los adolescentes es necesario fortalecer el comportamiento sexual responsable, donde un componente fundamental es el dominio sobre cómo protegerse en las relaciones sexuales

Un aspecto muy importante a considerar para disminuir los riesgos en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, sería lograr la participación efectiva de ellos en el diseño, planificación, monitoreo, y desde una forma integral, en todos los escenarios donde se desarrollan las acciones dirigidas a la salud del adolescente, incluidas en los programas de salud. Esto podría contribuir a implantar en los adolescentes un comportamiento sexual responsable, donde un componente fundamental es el dominio sobre cómo protegerse en las relaciones sexuales.

En esta etapa aunque con capacidad biológica para la reproducción, los adolescentes no se encuentran maduros en lo psíquico, social y emocional para enfrentar dicho proceso, lo que provoca que muchos inicien una actividad sexual precoz, basada en relaciones pasajeras, carentes de amor, donde el continuo cambio de pareja es habitual, lo cual convierte sus conductas sexuales en un factor de alto riesgo para padecer Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

En nuestro país se ha producido en los últimos 20 años una situación que complica aun más las acciones de salud sobre estas enfermedades, mientras se evidencia una liberalización en las relaciones sexuales con cambios frecuentes de parejas que elevan el riesgo entre la población, especialmente en los jóvenes, por otro lado se mantienen los prejuicios y limitaciones en los momentos que resulte necesario hablar sobre ellas y las personas que han sido contactos sexuales. Posiblemente estas mismas circunstancias hacen que las ITS constituyan un serio problema de salud en el mundo entero.

Los adolescentes requieren de programas especiales que atiendan sus necesidades de salud y muy en particular, aquellos relativos a su conducta sexual y reproductiva.

Para lograr buenos resultados en éstos se deben conocer, desde la perspectiva del adolescente, las percepciones sobre su vida sexual y reproductiva, así como educarlos para que asuman comportamientos responsables, sustentados en fuertes vínculos con la pareja, con su familia y la comunidad (10,11,12).

El diagnóstico efectuado, la revisión de otras investigaciones relacionadas con el tema de las infecciones de transmisión sexual, la observación sistemática y la experiencia práctica como profesional de la salud que labora en un centro docente como especialista en Medicina General Integral, han permitido comprobar que existe desconocimiento en la mayoría de los estudiantes del Instituto Politécnico de Informática del municipio de Morón, pues carecen de información necesaria sobre el tema de las ITS, lo que nos demuestra que se hace imprescindible el desarrollo de programas educativos en aras de elevar el nivel de conocimiento de nuestros adolescentes en este tema, para poder cambiar conductas negativas por conductas responsables y favorecer así la calidad de vida de éstos.

Es por todo lo anterior que precisamos el siguiente **problema de investigación:**

¿Cómo elevar el nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual en los adolescentes del Instituto Politécnico de Informática del municipio de Morón?

### **CAUSAS QUE ORIGINAN EL PROBLEMA.**

- Desconocimiento de los tipos de Infecciones de transmisión sexual que existen.
- Desconocimiento por parte de los adolescentes de las vías de contagio de algunas ITS.
- A pesar de la campaña de promoción que existe por todos los medios de comunicación social, todavía muchos de los adolescentes no le prestan la suficiente atención a la importancia del uso del condón o preservativo.
- Deficiente comunicación con sus padres, lo que hace que encuentren respuestas incorrectas sobre las ITS en el círculo de los amigos o vecinos.
- Miedo de acudir al Médico de la familia ante cualquier molestia o sospecha de ITS, lo que hace que en ocasiones se agrave el problema.

## **HIPÓTESIS**

Si se aplica un diagnóstico adecuado basado en las necesidades de aprendizaje sobre las infecciones de transmisión sexual, entonces podrá elaborarse y aplicarse un programa de intervención educativa que contribuya a elevar el nivel de conocimientos sobre el tema, en los adolescentes del Instituto Politécnico de Informática del municipio de Morón.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General:**

Elevar el nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual en los adolescentes del Instituto Politécnico de Informática del municipio de Morón.

### **Específicos.**

- Distribuir la población estudiada según variables demográficas: Edad, Sexo.
- Diagnosticar el nivel de conocimiento que tienen los adolescentes sobre las infecciones de transmisión sexual antes y después de la intervención.
- Elaborar un programa de intervención educativa relacionado con las infecciones de transmisión sexual.
- Implementar el programa de intervención educativa elaborado.
- Evaluar los resultados del programa de intervención educativa implementado.

## **FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

### **ANTECEDENTES HISTÓRICOS.**

El profesional de la salud que aspire a atender correctamente a los adolescentes deberá conocer, comprender y asumir el concepto de salud integral del adolescente. Es importante esta consciente toma de posición ante una situación comúnmente observada, en la que se asevera que el ser humano es una unidad bio-psico-social, pero que en la práctica suele reducirse a la concentración de esfuerzos de los programas de salud en el área biológica. El objetivo de los programas debe ser el desarrollo integral de adolescentes y jóvenes para que puedan desplegar todas sus capacidades físicas, psicológicas, afectivas e intelectuales, así como reducir las situaciones de riesgo psicosocial a las que se exponen de manera especial quienes viven en situaciones menos favorables.

El concepto de salud integral del adolescente abarca la interacción entre lo biológico, psicológico y social. (1,2)

El desarrollo humano se entiende como una sucesión evolutiva de “momentos” por donde el individuo va transitando, inmerso en un proceso histórico dinámico y a menudo contradictorio.

Todo desarrollo humano se realiza en la interdependencia de dos procesos, uno de maduración y otro de mutación o cambio. El primero lleva al segundo y el paso entre ambos corresponde a lo que comúnmente se denomina “crisis”. Éstas, también denominadas estadios o etapas, son a la vez liberadoras y generadoras de conflicto y angustia. Una de estas etapas es la adolescencia. Se caracteriza fundamentalmente por ser un período de transición entre la pubertad y el estadio adulto del desarrollo. El término *transición* remite a la idea de dinamismo y pasaje que no debe estar en contradicción con la delimitación de características propias y definitorias. (3,4)

Adolescencia viene de la palabra latina “adoleceré”, que nos remite al verbo adolecer y que en lengua castellana tiene dos significados: tener cierta imperfección o defecto y crecer.

La adolescencia se contempla ya en los tratados más antiguos. Siempre se ha considerado una época de los individuos a medio camino entre la infancia y la edad

adulta, por ello muchas tribus y pueblos establecieron claramente una serie de ritos de iniciación para marcar y favorecer el paso entre una y otra. En nuestra cultura debemos considerarla simplemente como una fase de notables cambios en cuanto al cuerpo, a los sentimientos y sensaciones o como una etapa original y capital de la metamorfosis de niño a adulto. (5)

Pero también es cierto que en los tiempos actuales asistimos a cambios acelerados de muchas de las tradiciones, que en el mundo occidental han sido una ayuda para esta transición. El progreso tecnológico, las comunicaciones, las multinacionales de la moda, la música y la imagen, los cambios de valores provocados por el contacto con otras culturas debidos a la migración, el turismo y los medios de comunicación, son algunos de los factores que influyen en los hábitos, costumbres y formas de vida de la adolescencia y juventud.

Estos hechos, determinan que, socialmente la edad adolescente y juvenil se prolongue, según algunos autores, hasta los 25 años, y se difuminen en gran manera las peculiaridades de esta etapa, tendiendo a una homogeneización de sus hábitos, costumbres y formas de vida.

Así, la adolescencia puede variar en las diferentes sociedades y épocas, igual que varía el reconocimiento de la identidad adulta que se le da al individuo. El tiempo de la adolescencia está relacionado con el tiempo de expectativa de vida de los sujetos de una comunidad y varía en función de los niveles de vida, económicos, posibilidades educativas, necesidades de mano de obra o falta de empleo, etc. (6)

### **PROCESO DE LA ADOLESCENCIA. ETAPAS EVOLUTIVAS.**

La adolescencia ha de ser entendida, pues, como un proceso universal de cambio, de desprendimiento que se teñirá con connotaciones externas, peculiares de cada cultura, que la favorecerán o dificultarán según las circunstancias.

El adolescente se encuentra en la búsqueda de su identidad adulta, y en su recorrido se ve obligado a renunciar a su identidad de niño/a. Ello le exigirá una labor lenta, a menudo dolorosa, de “duelo” y de adaptación a las nuevas sensaciones y sentimientos que afectaran al cuerpo, la mente y a las relaciones de objeto e identificatorias.

En este recorrido la *sexualidad* tiene un papel esencial. El ser humano nace sexuado biológicamente, pero su sexualidad se irá construyendo a lo largo de toda la vida y se

mostrará de diferentes maneras en cada edad o momento de su evolución. La sexualidad y su expresión tendrán mucho que ver con la universalidad de la persona, y no solamente con el compromiso genital. Hay pocas dudas de que la vivencia y expresión de la sexualidad es una de las cuestiones más trascendentales de la etapa adolescente. En todo este proceso el/la adolescente necesita de la familia y de la sociedad.

El adolescente se mira y se reconoce, en el reconocimiento que de él/ella hacen los demás. Si la familia y la sociedad acogen y consideran sus cambios, el/la adolescente hace su recorrido con mayor tranquilidad y aceptación, e incluso con orgullo y seguridad. En cambio, si esto no ocurre, el/la adolescente esconde su cuerpo, se encierra en sí mismo o bien “actúa” para llamar la atención, exponiéndose a riesgos innecesarios.

El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, define adolescencia como “la edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo”. (8, 9,10)

Así su comienzo tiene lugar con la aparición de los caracteres sexuales secundarios y termina cuando cesa el crecimiento somático.

La OMS la delimita cronológicamente entre los 10 y 19 años, aunque actualmente diferencia tres períodos, que la extienden hasta los 24 años:

- Pre-adolescencia o temprana de 10 a 14 años, correspondiente a la pubertad.
- Adolescencia media o propiamente dicha, de 14 a 18 años.
- Adolescencia tardía de 19 a 24 años.

Existen otras descripciones cronológicas distintas, según sean establecidas por psicólogos, sociólogos, endocrinólogos o neurólogos. Pero en vez de situarnos sobre una pirámide etaria, sería más interesante buscar un consenso, por encima de controversias, que contemplara de forma más abierta, el amplio espectro de esta época de grandes metamorfosis.

Es importante resaltar que el crecimiento biológico, social, emocional e intelectual de los/las adolescentes, suele ser totalmente asincrónico y con frecuentes períodos de regresión.

Aunque en todas las edades se puede hablar de evolución y cambio, aspectos como la rapidez en las transformaciones y el aumento de estatura son muy superiores en la adolescencia, motivados en gran medida por la eclosión de los cambios fisiológicos y morfológicos, que marcaran una ruptura definitiva con la infancia. A menudo “el espejo” les devuelve una imagen no reconocida o distorsionada, ello exige al chico y a la chica readaptaciones continuas.

La desarmonía en el proceso de crecimiento durante la adolescencia, por el desajuste entre el desarrollo corporal y el desarrollo intelectual y emocional, lleva consigo numerosos conflictos y a menudo conductas de riesgo. Los acontecimientos y problemas que surgen durante este período sorprenden y desconciertan a los padres, a los profesionales de la salud y a los propios adolescentes.

Volviendo a las etapas delimitadas por la OMS, cada una de ellas tiene sus propias características fisiológicas y psico-sociales, aunque no se deben interpretar como compartimentos estancos. La adolescencia sólo podrá ser suficientemente entendida, con carácter de continuidad e interconexión, en íntima relación con el medio familiar y social. La forma en que se irá desarrollando dependerá en gran manera de las estructuras psicológicas y sobre todo de las vivencias individuales de la infancia y en relación al entorno más cercano.

En este sentido, los/as adolescentes no forman un grupo homogéneo sino que presentan una gran diversidad en cuanto al crecimiento biológico, social, emocional e intelectual; los profesionales no debemos olvidar que cada adolescente desde su individualidad, responderá de una forma única y personal a las oportunidades y exigencias de la vida.

### **PSICOSEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA. IDENTIDAD SEXUAL.**

En la adolescencia la sexualidad tiene un papel esencial: “Hay pocas dudas de que la vivencia y expresión de la sexualidad es una de las cuestiones más trascendentales de la etapa adolescente” (Rosa Ros Rahola).

Efectivamente, es la constitución psíquica de la identidad sexual y la elección amorosa lo que está en juego en los años adolescentes. Es un período de indecisión subjetiva y de incertidumbre social, durante el cual la familia y las instituciones exigen, empujan a que el sujeto se reconozca como niño o como adulto; es decir a que se reconozca.

Para reconocerse ha de abocarse en un trabajo de consolidación: hacer, de las diferentes “versiones” identificatorias que se le presentan, una “versión definitiva”, para que la identidad sexual se mantenga ya en calidad de invariante. Pero antes de llegar a consolidarse, debe hacer renunciaciones, resolver contradicciones: pues a diferencia del mundo infantil en donde les daban un lugar y les sostenían los ensayos, les falta construirse un nuevo lugar tanto a nivel físico como psíquico y social. Y sufrirá por ello una verdadera metamorfosis que va:

- De la infancia a la juventud: con sus cambios biológicos, que hacen que su cuerpo ya no sea el mismo, lo que le hace sentir extraño, raro.

-Psíquicos, el cambio de su imagen y sociales, modificaciones de las expectativas del entorno familiar y social.

- De una sexualidad infantil auto erótica a una sexualidad genital que implica a otro. El cuerpo de sus semejantes entra en escena como objeto posible de deseo porque la *genitalidad* ocupa ahora un lugar clave para el sujeto.

Aparecen los enamoramientos, la seducción, los “ligues” y las primeras experiencias sexuales. Se vuelve un imperativo el poner en juego su sexualidad, de ponerse a prueba. La relación con el otro sexo interroga al adolescente sobre cómo tomar posición en cuanto a la sexualidad.

- De una indefinición sexual a la definición de una posición sexuada: a través de los procesos de identificación. La identidad sexual se conquista en la pertenencia a uno de los dos sexos. (etimológicamente sexo deriva del latín *secare*: separar, cortar). Posición que no implica el mismo camino para la chica que para el chico. Es en la adolescencia donde se realiza esta divergencia. (11, 12,13)

### **PSICOSEXUALIDAD.**

La anatomía es insuficiente para establecer la identidad sexual, ya que no hay un saber innato sobre el sexo. Tampoco los estereotipos sociales alcanzan a determinar cómo se llega a ser hombre o mujer.

Ese saber se irá construyendo, por ello la identidad sexuada es un proceso complejo, una construcción inconsciente –que el saber de la razón no alcanza a discernir, por medio de la cual el sujeto humano se define, toma posición de un lado u otro de la diferencia; del lado hombre o del lado mujer.

Por eso hablamos de psicosexualidad, al considerar que la sexualidad no hace referencia única y exclusivamente a los órganos genitales, sino a todas y cada una de las manifestaciones subjetivas que en la realidad y en la fantasía son la expresión del deseo humano, ese motor que nos impulsa, que nos orienta hacia lo que nos falta; ya que deseamos aquello que no tenemos, lo que es diferente de uno mismo.

El sujeto humano anhela una satisfacción completa, pero el deseo suele encontrar límites, represiones, prohibiciones, de manera tal que puede procurarse placer —a través de la satisfacción siempre parcial, del mismo o sufrimiento, puesto que no siempre ve cumplidos sus sueños, cuestión que genera un malestar, una falta de armonía.

Entendemos la psicosexualidad como la capacidad del cuerpo para gozar y experimentar placer o dolor. Un cuerpo es sexuado porque disfruta o sufre y porque su constitución está determinada por las identificaciones que, establecidas desde la primera infancia lo definirán como masculino o femenino, y decidirán las orientaciones y deseos sexuales que acompañarán y marcarán al sujeto toda su vida. (14, 15,16)

Desde esta teorización diferenciamos el cuerpo del organismo biológico, pues está afectado por el simbolismo y esto nos crea una representación psíquica o mental del mismo, que llamamos imagen corporal.

Esta es una construcción psíquica que se elabora en la historia del sujeto. Funciona para nosotros, los humanos, como una segunda columna vertebral, que nos posibilita sostenernos.

Se organiza durante el período infantil y se consolida, en el pasaje por la adolescencia. Si bien se ancla en el cuerpo, necesita un soporte para constituirse; por ello es que aparece como un acto psíquico producido por los primeros cuidados.

Así es como cuerpo y psiquismo se acompañan, se relacionan y se determinan en su constitución, soldándose entre ambos una alianza desde el nacimiento hasta la muerte.

### **NACIMIENTO DE LA SEXUALIDAD.**

La sexualidad comienza a establecerse desde el nacimiento. La indefensión con que nacemos nos hace fuertemente dependientes del sostén de otro para nuestra

existencia orgánica y psíquica. Los primeros cuidados van más allá de la satisfacción de las necesidades de conservación.

La madre, con caricias, con palabras erogeiniza el cuerpo de los hijos. Y así surgen las primeras sensaciones placenteras, origen de la sexualidad.

Una vez resueltas las necesidades, el niño/a pide más, pide repetir esas primeras experiencias de satisfacción.

Paulatinamente los niños sienten el placer al tocarse, al acariciarse, y así descubren su sexo. La sexualidad en este primer momento tiene un carácter auto erótico, porque la obtención de placer está puesta en el propio cuerpo, marcado por el narcisismo infantil.

Más adelante, mediante el juego buscan saber sobre la sexualidad en el cuerpo, en sus semejantes, en el interior de los muñecos, en los juguetes, etc.; a la vez que se representan sus propias teorías o fantasías que dan “respuesta” a sus preguntas: ¿cómo vienen los niños al mundo?; ¿por qué hay dos sexos diferenciados?; ¿cómo son las relaciones sexuales de los padres y otros adultos?

Interrogan a los mayores, investigan, y a medida que avanzan en el dominio del lenguaje, aumenta la posibilidad de encontrar respuestas y de elaborarlas. Calman su curiosidad y desvían sus intereses hacia diferentes cuestiones.

La imagen del cuerpo se funda con el narcisismo infantil. A los seis meses de vida el niño puede reconocer como propia la imagen de sí cuando está delante de un espejo. Ese reconocimiento lo llena de júbilo porque la imagen de su cuerpo le brinda una unidad –grandiosa, omnipotente que le anticipa una madurez que aún no tiene y le aparece como promesa de lo que en el futuro será.

Con esta imagen del cuerpo gana autonomía en función de soportes identificatorios provistos por el otro –la madre que lo sostiene y reconocen.

Comienza a tenerse de pie y a contar para otros. El niño/a va a organizar el mundo de los objetos en función de esta imagen del cuerpo que varía de un sujeto a otro, de una cultura a otra, pero siempre designa los límites de la piel y articula el funcionamiento corporal.

Esta posibilidad de verse por primera vez fuera de sí mismo, sella su dependencia de las representaciones exteriores y produce un desdoblamiento entre su persona y su

imagen, su subjetividad y su cuerpo: dualidad o duplicidad que lo acompañará durante toda su vida y no dejará de propiciar o interferir las relaciones consigo mismo y con sus semejantes.

La imagen de sí se reelabora cuando el niño/a es introducido en el complejo edípico<sup>1</sup>. La entrada del padre en la escena psíquica –como pareja de la madre y como diferente organiza la percepción de la diversidad, al precio de una decepción: el desmoronamiento de la fantasía de un mundo narcisista, asexuado y pleno.

Si bien conocían la diferencia de género hombre, mujer-, no la habían relacionado con una diversidad de genitales. Suponían a todos los seres vivos hechos a su imagen y semejanza, considerándolos a la luz de la teoría infantil del “unisexo”. La presencia paterna al lado de la madre les da acceso a diferenciarse y significar lo masculino y lo femenino en relación a la conformación anatómica que ahora adquiere característica sexual. De esta manera se reorganiza la sexualidad infantil y se inscribe en el psiquismo la diferencia de los sexos como un hecho nuevo. La prohibición de la madre como objeto erótico permite la sexualidad regida por una ley humanizada: la intimidad sexual con los parientes cercanos le está vedada definitivamente. A cambio, le deja una promesa: más adelante podrá encontrar sus objetos amorosos y sexuales por fuera del ámbito familiar.

A partir de ese momento los caminos de ambos –niña y niño serán divergentes. El niño intentará parecerse a su padre y podrá, en el futuro, conquistar a otra mujer. Pareciéndose e identificándose con él, reprime la conflictiva edípica.

Por el contrario, la vida de la niña estará signada por el cambio de su objeto amoroso. Ahora el padre hereda el primitivo amor que tenía por su madre, con la que deberá identificarse para darle una orientación a su feminidad. Es a través de las identificaciones que se resuelve el problema de la diferencia de sexos y se asume una posición sexual. Identificándose con el progenitor del mismo sexo se llega a la heterosexualidad, que se caracteriza por tener que colocarse de uno u otro lado de la diferencia: siendo un sexo diferente del otro, la diferencia se convertirá en promotora del deseo. Su cuerpo necesitará de otro, para experimentar el goce sexual.

Pasado el momento edípico –aproximadamente entre los 6 y los 11 años, la sexualidad infantil entrará en otro tiempo, que se ha dado en denominar período de

latencia. El niño/a cobra valor de elemento vivo en la sociedad: se integra a la cultura, coincidiendo con el ingreso a la escolaridad. Su sexualidad no se ausenta, se canaliza en el placer por el aprendizaje, por los deportes y las expresiones artísticas. Aparecen los sentimientos de ternura, amistad, vergüenza y persiste la satisfacción auto erótica de la masturbación. Sus recursos internos enriquecen la regulación de su autoestima, y la dependencia del apoyo parental es paulatinamente reemplazada por la aprobación social de sus logros.

Podemos decir que es un período de calma antes del estallido de la pubertad, antes de que el deseo apaciguado despierte con ímpetu, en lo que se llama crisis de la adolescencia. (17)

### **EL RENACIMIENTO DE LA SEXUALIDAD: PUBERTAD Y ADOLESCENCIA.**

La pubertad desde el punto de vista biológico, aparece como el cumplimiento del desarrollo, como la finalización de la maduración armónica.

Pero la madurez biológica se adelanta a la madurez psíquica. Si bien lo corporal y lo psíquico no van uno sin el otro, lo hacen a ritmos diferentes, de manera desfasada.

Las metamorfosis corporales producen una intensificación del interés y la angustia ante el propio cuerpo. No es raro ver a los jóvenes pasarse mucho tiempo frente al espejo: la imagen que éste les devuelve no corresponde a la que han ido elaborando durante los años de la niñez, cuando su cuerpo crecía pero sufría pocos cambios cualitativos. Cabe mencionar al chico que se afeita todos los días porque le molestan los “pelos negros”; o la chica que controla la transformación corporal con rituales alimentarios, intentando poner freno a aquello que vive como desarrollo “disarmónico”, producido por la aparición de los pechos o las caderas, significantes de un cuerpo femenino.

Los cambios corporales suponen la pérdida del cuerpo infantil y de su imagen; del niño/a ideal que ha sido, tanto para sí mismo como para sus padres; y de éstos como soportes del yo infantil.

Se produce un retraimiento narcisista: los jóvenes se encuentran fascinados por sus búsquedas y descubrimientos interiores que deben cristalizar en su propia imagen.

Se sienten desorientados por la pérdida de sus puntos de referencia y notan que algo irremediablemente se está acabando; por eso empiezan a hablar de la muerte y captan el mundo de otra manera.

Los padres ya no se perciben como omnipotentes, sabios e infalibles; pasan a ser cuestionados, lo que se traduce en un distanciamiento (largos encierros en su habitación; ausencias prolongadas del hogar familiar, malhumor).

La necesidad de apartarse de sus objetos originarios conduce al desinterés por el mundo exterior: la libido se centra en el yo y se intenta compensar las pérdidas y heridas narcisistas mediante el engrandecimiento de su propia imagen. Se sienten incomprendidos, diferentes, excepcionales.

Así se pone en evidencia que la pubertad es vivida como una ruptura. Su cuerpo no sólo se vuelve diferente, sino que cambia de valor por el lugar clave que ocupa la genitalidad, ya que ahora se hace posible la realización del acto sexual por primera vez.

Las pulsiones sexuales los empujan hacia adelante y les surge el deseo –pero también el temor de aproximarse a sus semejantes reconocidos como objetos de amor o de amistad, revelándose así cuál es la transformación más importante de la pubertad: la necesidad de entablar relaciones con los otros.

El resurgimiento del interés y curiosidad de los años infantiles por el otro sexo es lo que le posibilita salir gradualmente de la matriz narcisista: es el encuentro con el otro lo que hará posible la resolución de la crisis, en tanto se le reconozca como objeto del deseo y no como parte de sí mismo.

La entrada en la adolescencia implica un aluvión de cosas nuevas, una curiosidad por la vida destinada al descubrimiento de sí mismo y los otros y un interés por lo diferente.

Ya no es más el tiempo de la utopía, ahora debe reconocerse y buscar un lugar diferente en el mundo, en las generaciones y en las diferencias sexuales. Una pregunta que los atraviesa y pasa a primer plano, interrogándolos profundamente es la referida a la identidad sexual: ¿para qué?, ¿con quién?, ¿seré homosexual o heterosexual? Al ser un hecho la maduración sexual, se reactualizan las fantasías,

teorías y experiencias infantiles edípicas: ¡todo puede llegar a ocurrir realmente! Por ello los contactos familiares se rehúsen y el conflicto se torna inevitable.

La sexualidad busca una salida y, por la prohibición, los padres quedan excluidos expresamente como objetos eróticos, por tanto hay una exigencia de cambio de objeto de amor. El/la adolescente debe encontrar su propio lugar fuera de la familia.

El nuevo valor del cuerpo en la adolescencia –objeto posible para el deseo de otro impone reorganizar la imagen del cuerpo para ponerla a prueba, más allá de la mirada de los padres.

El adolescente necesita reubicar los primitivos soportes identificatorios: si el soporte de la crianza ha sido la madre y el del Edipo ambos padres, en la adolescencia está relacionado con el otro sexo. Y esos soportes no llevan las mismas vías, ni tienen el mismo valor en la chica y en el chico.

En la joven se produce una reactivación del narcisismo. Es habitual que la aparición de las reglas provoque sentimientos de vergüenza y orgullo, que están en el origen del pudor femenino.

Las modificaciones del cuerpo centran el interés por su apariencia, que ahora se asemeja a la de su madre y revive con ella la ambivalencia edípica. Es importante que la madre no responda al mismo nivel de la hija para no impedirle una discriminación adecuada, pues a pesar de la apariencia de “ser ya una mujer”, la hija es frágil y precisa aún ser sostenida.

Aquello que la joven busca en sus padres, familiares o amigos es una mirada que confirme que su cuerpo ha cambiado y que es aceptado. La coquetería, la preocupación por el arreglo, el gusto por la ropa, los piercings, los tatuajes, son prueba de su anhelo de ofrecer una imagen deseable para los otros. El deseo que emerge en el otro sexo, posibilitará el surgimiento del suyo.

Para el chico, la voz es un medio de aproximación al otro sexo. En la vida del joven hay un episodio, que habitualmente se olvida: el período más o menos largo del “cambio” de voz, que a veces es acompañado de afonía y origina angustia por la pérdida de dominio que le supone. La voz más grave, lo asemejará a su padre, con el cual se confrontará.

Creer implica parecerse al padre del mismo sexo. En la adolescencia se realiza la comparación y confrontación con la imagen parental idealizada o no.

Es el momento de las semejanzas y diferencias: no se trata de entablar una lucha en donde el hijo ocupe el lugar del padre o la hija el de la madre, sino de llegar a ser hombre o mujer, a la manera en que ellos lo son.

Hay muchos adolescentes que se precipitan en la sexualidad, van lanzados e intentan ligar sin límites, de forma compulsiva. Esta premura tiende más a resolver dudas, que a la posibilidad de establecer una verdadera relación con el otro/a. Quieren comprobar su identidad sexual quemando etapas, acortando el camino, buscando atajos que simplifiquen la complejidad del momento. Confunden el hacer con el ser. Por su parte, el varón necesita probar su virilidad, su potencia y su capacidad de conquista.

Muchas veces la poca claridad ante la sexualidad suelen confundirlos y esto sólo trae consigo fracasos y conductas irresponsables como embarazos en épocas muy tempranas, pueden las adolescentes esconder la gestación hasta límites peligrosos, o abortar en edad gestacional avanzada, con toda la problemática que esto conlleva y en otras ocasiones contraer infecciones de transmisión sexual, muchas como el VIH sin cura en la actualidad, es por ello que debemos orientar a nuestros adolescentes de manera oportuna y clara, debemos prepararlos para que asuman su sexualidad sin riesgos y puedan disfrutar de una vida plena y feliz. Esto será posible si utilizamos las oportunidades que nos brinda la promoción de salud. (19,20)

### **PROMOCIÓN DE SALUD.**

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario. (21)

Las condiciones económicas, políticas y sociales que dieron origen a esta concepción han cambiado y por tanto se hizo necesario reajustar el concepto a la realidad de un mundo globalizado, en Bangkok se realizó en el año 2005 una nueva carta para la promoción de la salud en el mundo globalizado.

Según la carta de Bangkok en el año 2005 La promoción de la salud se basa en ese derecho humano fundamental y refleja un concepto positivo e incluyente de la salud como factor determinante de la calidad de vida, que abarca el bienestar mental y espiritual.

La promoción de la salud consiste en capacitar a la gente para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud y mejorar así ésta. Es una función central de la salud pública, que coadyuva a los esfuerzos invertidos para afrontar las enfermedades transmisibles, las no transmisibles y otras amenazas para la salud. (22)

La OPS considera que la Promoción de la Salud en adolescentes y jóvenes puede llevarse a cabo de manera más eficaz mediante programas que, por una parte, asistan a esta población en particular y a la comunidad en general en la adopción de decisiones adecuadas para la protección de su salud y, por otra parte, apoyen los desarrollos institucionales que aseguren disponibilidad de los servicios y las tecnologías necesarias para resolver los problemas de los adolescentes y jóvenes.

### **INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.**

En las adolescentes las infecciones de transmisión sexual constituyen un importante problema en la morbilidad materno infantil, debida entre otras causas a abortos espontáneos, muerte fetal y/o materna, partos prematuros, bajo peso al nacer, infección ocular y pulmonar en los neonatos.

Cálculos recientes reportan que cada año se presentan en todo el mundo más de 340 millones de casos de infecciones de transmisión sexual, curables (que incluyen solo aquellas infecciones bacterianas, fúngicas y parasitarias susceptibles de tratamientos efectivos) y que por lo menos un millón de contagios ocurren cada día. Solamente para Latinoamérica y el Caribe se estimaron entre 35 y 40 millones de caso de estas con más de cien mil infecciones por día. (23)

La infección cervicovaginal, los agentes involucrados en ella, los datos clínicos y el diagnóstico diferencial han sido motivo de estudio por un sin número de

investigadores. Las primeras experiencias se basan en las observaciones de los microorganismos involucrados en la secreción normal en donde la participación de Döderlein es fundamental; posteriormente Curtis, quien se abocó a describir sobre la etiología y bacteriología de la leucorrea, no sólo mencionando a los lactobacilos, sino a otros morfotipos bacterianos encontrados en el tracto genital inferior, dejando camino abierto para la investigación. Cruickshank en 1934, describió algunos de los hallazgos en la vaginitis de adolescentes y en la Leucorrea no infectiva de la paciente gestante.

La vaginosis bacteriana se reconoció como una entidad nosológica a partir de 1955 en donde Herman L. Gardner y Charles D. Dukes la definieron, no sin dejar de reconocer los esfuerzos de otros profesionistas, quienes al no encontrar ni candida ni tricomonas en el fluido vaginal, se interesaron en buscar la etiología del problema infeccioso de sus pacientes de tal forma que esta patología se denominó durante mucho tiempo "vaginitis no específica". (24,25)

De hecho, las características taxonómicas de *Gardnerella vaginalis* se fueron modificando a través del tiempo. Inicialmente se conocía como *Haemophilus vaginalis* y posteriormente se designó como *Corynebacterium vaginalis*; al no cumplir los requerimientos para clasificarla en este grupo se le denominó finalmente como *Gardnerella vaginalis*. Se manifiesta por la presencia de fluido transvaginal fétido abundante, homogéneo, grisáceo, por lo general sin datos clínicos de inflamación. Refieren al interrogatorio algunos síntomas como prurito y ardor vulvar. A la exploración física se encuentra ligero eritema y/o edema vulvar y rara vez vaginal. (26) Estos hallazgos también los hemos encontrado en algunas de las pacientes con vaginosis bacteriana que acuden a la Clínica de Enfermedades de Transmisión Sexual del Instituto Nacional de Perinatología.

El dato principal que la paciente refiere, es la presencia de leucorrea fétida, en muchas ocasiones de larga evolución, confirmándose mediante un estudio llevado a cabo por Hillier y Holmes en 661 mujeres que se atendieron en una clínica de enfermedades de transmisión sexual; 311 de ellas con vaginosis bacteriana y 350 sin vaginosis bacteriana, encontrando en estos dos grupos diferencias estadísticamente

significativas en la presencia de secreción homogénea de mal olor, prurito, prueba de liberación de aminas positiva y células guía en el examen en fresco. (27, 28,29)

Recientemente se ha publicado que el uso de anticonceptivos locales como el nonoxinol-9 que puede proteger contra la tricomoniasis y la vaginosis bacteriana; en este último caso los hormonales orales no ejercen ninguna influencia. Otro factor que propicia la enfermedad son las múltiples parejas sexuales, no así la frecuencia del coito.

La candidiasis vulvovaginal ocupa entre el primero y segundo lugar de las causas más frecuentes de infección genital en el mundo. En México, la Dirección General de Epidemiología reportó en 1996 17821 casos de candidiasis y hasta la semana No. 8 de 1997, hay 18 001 casos notificados. Es producida por la *Candida Albicans*, pequeño hongo Gram. positivo que desarrolla filamentos (sudomicelios), crecen en carbohidratos y prefieren los ácidos (PH 5.0- 6.5).

Representa entre el 20 y el 25 % de las infecciones vulvo vaginales. Es más frecuente en el embarazo, uso contraceptivos orales, pacientes diabéticas, con el uso de antibióticos y en obesas. Se manifiesta sobre todo con prurito vaginal y preferentemente vulvar, flujo blanco, espeso, grumoso, que tiende a formar placas ligeramente adheridas a la pared vaginal, las cuales al desprenderse dejan manchas hemorrágicas múltiples, irritación local, gran enrojecimiento vulvo vaginal y dispareunia. El diagnóstico positivo se hace por examen microscópico de los hongos, se prepara una extensión del exudado y se coloca con Gram. Las principales formas de infección son a través de las manos, toallas, coito, ropa, agua de baño y otros utensilios.

La Tricomoniasis es un padecimiento que se caracteriza por ser efectivamente de transmisión sexual. El Sistema de Vigilancia Epidemiológica reportó en 1996 34 353 casos en toda la República Mexicana y en lo que ha transcurrido en el presente año, hasta la semana 22 se refieren 45 599 casos.

Esta infección se considera clásicamente como una enfermedad de transmisión sexual, a diferencia de la vaginosis bacteriana o la candidiasis vaginal en donde la pareja masculina no se encuentra necesariamente infectada, pero resulta conveniente otorgarle tratamiento. (30)

En particular esta infección obliga a los clínicos al investigar otro tipo de padecimientos que se transmiten de igual manera y que están relacionados con la promiscuidad, entre ellos la sífilis y la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Si el diagnóstico se hace en niñas, es necesario descartar abuso sexual.

La tricomoniasis es producida por *Trichomonas vaginalis* que es un protozoo flagelado, ovoide móvil que mide de 10-20 micrómetros. Su motilidad está relacionada por cuatro flagelos ubicados en la parte anterior y además la membrana ondulante.<sup>16</sup>

Los sustratos para su desarrollo incluyen carbohidratos, aminoácidos pirimidinas, purinas, ácidos grasos y hierro que se encuentran en el medio vaginal y aparentemente hay padecimientos que facilitan su desarrollo, tal es el caso de la vaginosis bacteriana.

Es importante conocer que no hay inmunidad protectora en la infección por tricomonas y es factible por consiguiente que haya múltiples reinfecciones que por lo general cursan sin síntomas y de manera muy significativa en el hombre.

En 1983 se logró establecer que el agente causal del SIDA, era un virus RNA de la familia de los Retrovirus, subfamilia de los lentivirus, que se denominó virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Ello permitió en 1985, desarrollar un test diagnóstico de esta infección por método de ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay), como también un test confirmatorio específico (Western blot). En la actualidad sabemos, que luego que el virus ingresa al organismo, se localiza en los ganglios linfáticos regionales (en el caso de transmisión sexual) o bazo y otros órganos linfoides en caso de transmisión sanguínea o vertical. Con posterioridad, el virus se disemina al resto del organismo, invadiendo el tejido linfoide y el sistema nervioso central.

La definición actual de SIDA corresponde a la presencia de infecciones o neoplasias oportunistas y/o la existencia de un recuento de  $CD4 + < a 200 \text{ cels/mm}^3$  (Center for Disease Control and Prevention, 1993). La viremia medida como carga viral, es elevada y frecuentemente alcanza niveles superiores a las  $10^5$  copias/ml. Las infecciones y neoplasias ocurren preferentemente cuando el recuento de  $CD4 +$  desciende por debajo de las  $300 \text{ céls/mm}^3$ , pero el tipo de cuadro oportunista dependerá principalmente de la virulencia del agente. Así por ejemplo la neumonía neumocócica o tuberculosis aparecen con recuentos de  $CD4 +$  mayores, a los que se

observan en infecciones por agentes mucho menos agresivos tales como *Pneumocystis carinii* o *Toxoplasma gondii*. Para el caso de microorganismos de virulencia limitada, como Citomegalovirus o *Mycobacterium avium intracellulare* (MAC), se requiere de una inmunodeficiencia celular profunda ( $CD4 + < 50 \text{ cels/mm}^3$ ) para que se expresen clínicamente. Los cuadros definitorios de SIDA más habituales en Estados Unidos son la neumonía por *Pneumocystis carinii*, candidiasis esofágica, síndrome de emaciación, Sarcoma de Kaposi e infección diseminada por MAC. En países como el nuestro además son muy frecuentes las infecciones gastrointestinales (especialmente *Cryptosporidium* e *Isospora belli*) y tuberculosis. Desde el momento en que aparecen infecciones o neoplasias oportunistas y de no mediar tratamiento antiretroviral de alta potencia, la supervivencia de los pacientes no va más allá de los 12 a 18 meses.

El impacto creciente que tienen las infecciones de transmisión sexual en la salud de las adolescentes y la conexión que existe entre este grupo de enfermedades y la prevención de la infección por el VIH, son dos elementos de enorme importancia para que sean consideradas un problema prioritario de nuestros tiempos.

### **ALCANCE COMUNITARIO DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA.**

La intervención educativa desde el punto de vista teórico no es más que la manera de planificar y dirigir acciones para alcanzar determinados objetivos de modo coherente, transformador y sistemático, utilizando un tiempo breve.

La intervención educativa que se propone en esta investigación contribuye a elevar el nivel de conocimientos de los adolescentes en un tema tan importante como es las infecciones de transmisión sexual, para que una vez preparados sean capaces de modificar sus modos de actuación y tener una conducta más responsable ante la problemática.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Se realizó un estudio pre experimental de intervención del tipo antes y después en los adolescentes del Instituto Politécnico de Informática del municipio de Morón en el período comprendido entre Septiembre del año 2009 a Junio de año 2010 con el objetivo de elevar el nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual .

El universo estuvo constituido por la matricula total del centro (476 estudiantes) seleccionándose una muestra de 149 estudiantes de ambos sexos, pertenecientes al tercer año de la especialidad.

La muestra se desglosa por sexo de la siguiente forma:

<b>Femenino</b>	<b>Masculino</b>
<b>65</b>	<b>84</b>

Se aplicaron los siguientes criterios de inclusión:

- 1- Estudiantes de acuerdo a cooperar en el desarrollo de la investigación para lo cual se confeccionó el consentimiento informado.(anexo 1)
- 2- Estudiantes de ambos sexos que pertenecen al tercer año de la especialidad.

Se aplicarán como criterios de exclusión:

- 1- Estudiantes que ingresan al centro después de iniciado el estudio.
- 2- Estudiantes que causen baja del centro durante el estudio.
- 3- Estudiantes que deseen abandonar el estudio.

Se realizaron todas las coordinaciones pertinentes con el centro municipal de educación para la salud y con la dirección de la escuela y se firmó el convenio investigador-escuela. (anexo 2)

### **Métodos y Técnicas.**

#### **Métodos del nivel teórico:**

**Histórico-Lógico:** se utilizó para estudiar el surgimiento del fenómeno objeto de investigación desde su surgimiento hasta la actualidad.

**Analítico-sintético:** se empleó en el proceso de revisión bibliográfica con el objetivo, de analizar minuciosamente y extraer de forma sintética los postulados teóricos necesarios para la solución del problema científico.

**Sistémico-estructural-funcional:** se utilizó para la elaboración del programa de intervención.

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

**Encuestas a los adolescentes:** con el objetivo determinar el nivel de conocimientos de los adolescentes en el tema de de las infecciones de transmisión sexual.

La técnica de procesamiento de la información fue computacional y se realizó la revisión y validación de la misma. Como medida de resumen de la información se utilizaron las frecuencias absolutas y relativas (%). Los resultados se presentan en las tablas de distribución de frecuencia y gráficos de pastel para emitir las conclusiones en correspondencia con los objetivos propuestos en la investigación.

Para la obtención de la información se aplicó una encuesta inicial como método de acción individual validada por un psicólogo y aprobada en un estudio piloto la que se confeccionó según criterios de expertos y revisión bibliográfica relacionada con el tema a investigar. (anexo 3)

#### **Ética y bioética:**

Los adolescentes del presente estudio tuvieron la oportunidad de informarse sobre los objetivos de la intervención y la inocuidad de la misma y que su participación será

voluntaria y una vez incorporados a este tendrán la posibilidad de abandonarlo si así lo quisieran. Su disposición a colaborar en el estudio se plasmó en un modelo de consentimiento informado, debidamente firmado por ellos(as), sus padres y el investigador, quien dará fe al respeto absoluto a la confidencialidad de sus identidades e información.

En el desarrollo de la investigación se hizo necesario para la confección del instrumento aplicado durante el estudio la determinación de las dimensiones e indicadores a partir de la revisión bibliográfica objeto de la investigación que permite evaluar el nivel de conocimientos de los adolescentes sobre las I.T.S, los mismos fueron seleccionados de los fundamentos teóricos abordados en las diferentes fuentes bibliográficas más actuales.

#### **VARIABLE INDEPENDIENTE.**

- Diagnóstico del nivel de conocimientos de los adolescentes sobre las infecciones de transmisión sexual.
- Edad y Sexo.

#### **VARIABLE DEPENDIENTE.**

-Programa de Intervención Educativa: Sistema de actividades educativas para lograr cambios de comportamientos específicos y sostenidos en los adolescentes relacionados con el tema de las infecciones de transmisión sexual.

#### **El trabajo se desarrolló en tres fases:**

- **Primera fase.** Nivel de conocimiento al inicio de la investigación.
- **Segunda fase.** De intervención educativa.
- **Tercera fase.** Nivel de conocimiento después de la intervención.

#### **FASE NIVEL DE CONOCIMIENTO AL INICIO DE LA INVESTIGACIÓN.**

En esta fase se identificó el nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual en los adolescentes seleccionados para la investigación, para ello se realizó una encuesta que contó de 11 ítems que evaluarán variables de interés, los cuales se categorizaron de la siguiente manera:

I-Sexo biológico.

- 1.1- Femenino.
- 1.2- Masculino.

II-Grupo de edades.

- 2.1-de 17-19 años.
- 2.2-de 20-22 años.

III-Para realizar el diagnóstico del nivel de conocimientos que tienen los adolescentes sobre las infecciones de transmisión sexual se explorarán los siguientes aspectos:

- Definición de sexualidad.
- Adolescencia. Principales características de esta etapa.
- Infecciones de transmisión sexual. Tipos. Formas de prevención y de contagio, síntomas y signos.

**-Definición de sexualidad.**

Es una pregunta abierta y se considera correcta cuando los adolescentes no sólo se refieran a la sexualidad como acto sexual, coital o relación marital, sino que tienen en cuenta otros aspectos de la sexualidad.

Este aspecto se relaciona con la pregunta # 4 de la encuesta.

**- Adolescencia. Principales características de esta etapa.**

Este aspecto se explora en la encuesta en la pregunta #5, se considerará correcto si los adolescentes marcan todos los incisos.

**-Infecciones de transmisión sexual. Tipos. Formas de prevención y de contagio, síntomas y signos.**

Se explora en la encuesta este aspecto de las ITS y se relaciona con las preguntas 6, 7, 8, 9, 10 y 11.

-En la pregunta # 6 relacionada con la definición de ITS se considera correcta si los adolescentes marcan los incisos b y c.

-Las vías de contagio se exploran en la encuesta a través de la pregunta # 7 y se considerará correcta si los adolescentes marcan los incisos a, c y e.

-Las Infecciones de Transmisión Sexual que los adolescentes conocen se recogen en la pregunta # 8 de la encuesta, la pregunta se dará como aprobada si marcan más de 4 o más de las que aparecen.

-La pregunta # 9 se relaciona con la prevención de las ITS y se considerará correcta si marcan los incisos a y c.

-Los síntomas y signos más frecuentes relacionados con las ITS se exploran en la pregunta # 10, se considerará correcta si marcan los incisos a, c, d y e.

-La pregunta # 11 se relaciona con la conducta que los adolescentes asumirían ante la sospecha de una infección de transmisión sexual y se aceptará cualquier respuesta que ofrezcan.

Al tabular los resultados de la encuesta inicial se utilizará la siguiente escala:

**Bien:** de 8 a 7 respuestas correctas.

**Regular:** 6 a 5 respuestas correctas.

**Mal:** menos de 5 respuestas correctas.

## **FASE DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA.**

Esta fase se materializó a través de la elaboración de un programa de intervención educativa que partió del diagnóstico efectuado y se tuvo en cuenta las características del grupo de adolescentes que conforman la muestra.

Para la estructuración del programa de intervención y la elaboración de sus fundamentos teóricos se tomaron como base las ciencias filosóficas y sociológicas, así como la Pedagogía y la Psicología, las cuales permitieron desde el punto de vista teórico dar coherencia, científicidad y organización a la propuesta.

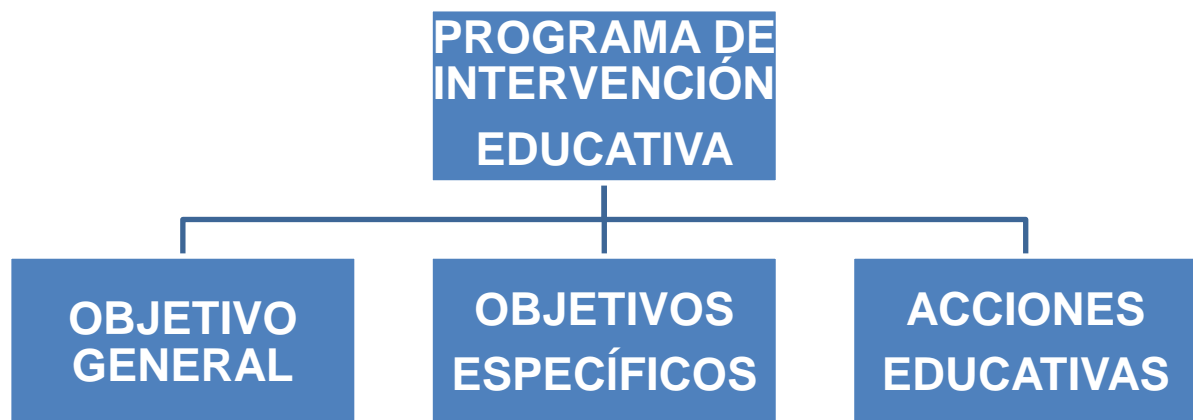
El programa de intervención tiene como base teórica y metodológica el materialismo-dialéctico, al considerar la práctica social como principio y fin del conocimiento de la realidad, la representación de la relación entre el hombre y el medio social en un proceso histórico-concreto.

Toda actividad programada, organizada y ejecutada debe servir de modelo de actuación, desde esta perspectiva, teniendo en cuenta la ley de la pedagogía, que establece la relación entre los componentes del proceso de enseñanza-aprendizaje, lo cual posibilita la instrumentación de acciones concretas para lograr un objetivo definido, siempre partiendo de que lo formativo se logra a través de lo instructivo, estos componentes de la pedagogía permitieron dar coherencia a las acciones

diseñadas en el programa y se utiliza como forma organizativa predominante el taller que permite el intercambio directo y abierto con todos los participantes así como, hace posible que los contactos entre los miembros de grupo sean más abiertos y estrechos. El programa de intervención se diseña a partir de acciones que propician un ambiente favorable y parte de diagnosticar el nivel de conocimiento que posee el sujeto, pero también de sus intereses, motivaciones y necesidades, sobre la base de los principios para la dirección del proceso pedagógico los cuales se analizaron por la autora atendiendo a las características encontradas en el proceso investigativo y a los resultados del diagnóstico inicial.

Las acciones que en ella se diseñan serán ejecutadas en el propio centro y los ejecutores de cada actividad se seleccionaron tomando en cuenta a los profesionales más preparados, de mayor calificación y experiencia.

La responsabilidad del nivel de conocimiento en los adolescentes, sobre infecciones de transmisión sexual 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 con una adecuada dispensarización a través del Médico de Familia.



### **ORIENTACIONES GENERALES DEL PROGRAMA.**

El trabajo en grupo es una experiencia de trabajo activo. La participación de cada uno de los integrantes aportando sus experiencias, argumentando, discutiendo, escribiendo, y comprometiéndose es fundamental para el éxito. Las actitudes pasivas,

exclusivamente receptoras, de “aprendizaje silencioso”, no deben fomentarse en esta forma de trabajo.

Las acciones que se proponen constan o están divididas en tres etapas fundamentales como muestra en detalle el siguiente gráfico.



I-Diagnóstico.

Se realizó a través de la elaboración, aplicación y tabulación de la encuesta inicial.

II-Preparación.

Para tener éxito, la fase de preparación es crucial. Dentro de la preparación podemos distinguir tres momentos:

- **El diseño** es el momento más conceptual en el que elaboramos los objetivos, los contenidos y la metodología en cuestión.
- **La planificación** es el momento en el que detallamos los pasos, destacando los horarios, técnicas y actividades, materiales, responsabilidades y recursos necesarios.
- **La elaboración de los materiales a utilizar** es el momento en el que vamos a conseguir y construir todos los materiales necesarios.

III-Ejecución.

**La fase inicial**

La fase inicial o introducción tiene por finalidad orientar a los participantes, crear un ambiente de confianza, recoger las expectativas y temores, presentar los objetivos así como horarios, etc.

Los elementos principales de la fase inicial son:

- ✓ Bienvenida y presentación de las personas facilitadoras.
- ✓ Horarios y normas grupales.
- ✓ Presentación de los participantes.
- ✓ Expectativas, temores y experiencias previas sobre el tema tratado.
- ✓ Objetivos.
- ✓ Actividades detalladas.

### **La fase central**

La fase central o desarrollo es muy importante, en ella se presenta, discute y profundiza la temática a tratar partiendo del intercambio de experiencias entre las personas participantes y confrontándolas con nuevos referentes críticos. En esta fase pueden utilizarse un sinnúmero de diferentes métodos y técnicas, tanto para la presentación de contenidos como para el desarrollo temático. La presentación de contenidos estará más dirigida por el facilitador, mientras que el desarrollo temático deberá tomar en cuenta una participación activa de todos los participantes.

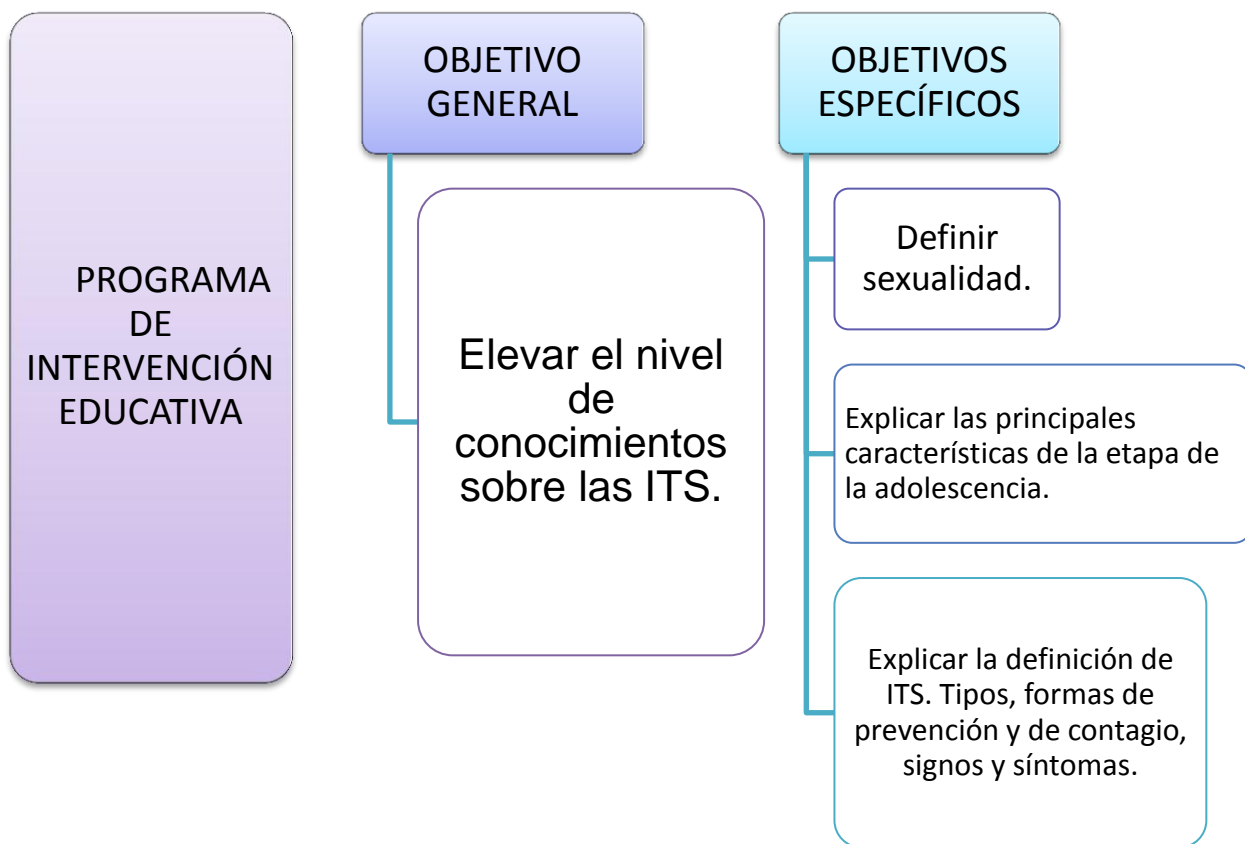
A pesar de tener padres y familiares de niños y adolescentes de diferentes edades, diagnósticos y características diferentes, el grupo funcionará como un todo, los padres de los menores podrán escuchar las vivencias y experiencias vividas por los padres de los mayores y viceversa, es por esta razón que se selecciona como forma de trabajo el trabajo en grupo para lograr el intercambio y la retroalimentación entre los participantes.

### **Fase Final y Evaluación**

La finalización de la puesta en práctica del sistema de acciones educativas abarca 2 elementos básicos:

**La conclusión** sobre el tema tratado da un resumen de los diferentes temas, de la metodología utilizada y de los resultados.

**La evaluación** es un elemento indispensable en este tipo de actividades con metodología participativa porque permite un proceso de retroalimentación de los participantes en cuanto al programa, al método, al aprendizaje y al ambiente del trabajo en grupo. Mediante técnicas de evaluación permanente (y no solamente al final del evento) se les facilita la intervención activa en la realización del programa y se les ofrece compartir de esta manera la responsabilidad.



### **Actividad #1.**

#### **Expectativas y temores**

Antes de presentar los objetivos, al inicio del trabajo en grupo, es importante conocer y compartir las expectativas y temores de los participantes. Estas serán recogidas a través de una lluvia de idea, la cual se efectuará en plenaria, visualizando las ideas en un papelógrafo, las expectativas y temores servirán para la evaluación del trabajo, por lo que se conservarán para la fase final.

#### **Presentación de Participantes.**

Al iniciar es importante dedicar el tiempo necesario para crear un ambiente propicio a la participación de todos, de manera que los participantes puedan relajarse, sentirse en plena confianza y empezar a conocerse. Para ello lo más recomendable es comenzar con dinámicas de animación e integración que aseguren tales condiciones. Del nivel de familiaridad que tenga el grupo y del tema a tratar dependerán los aspectos a tomar en cuenta en la presentación.

### **Presentación de los miembros del grupo.**

**Técnica de presentación:** La telaraña.

Los participantes se colocan en un círculo y le entregan a una persona una bola de hilo; esta lanza la bola a otra persona que conozca bien y la presenta. La acción se repite de la misma manera hasta que todo el grupo queda enlazado en una especie de telaraña. Después hay que hacer el proceso inverso, devolviendo la bola, expresando las expectativas frente a todos.

<b>Tema</b>	<b>Acciones</b>	<b>FOD</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Medios de enseñanzas</b>
Introducción. Generalidades.	Presentación en grupo. Análisis de los resultados del diagnóstico realizado. Explicación del porqué del desarrollo de la investigación.	Taller	1 hora.	Computadora, Pizarra.

### **ORIENTACIONES METODOLÓGICAS.**

Una vez terminada la parte de la presentación se hace referencia a los resultados del diagnóstico efectuado donde se aprecian las necesidades cognitivas que existen con respecto al tema de las Infecciones de transmisión sexual, las definiciones erradas que existen sobre esta temática, se les explica a todos los miembros del grupo la forma de trabajo grupal que predominará, los horarios y todos los aspectos organizativos necesarios para comenzar de manera organizada la intervención,

además se hará énfasis en el porqué se desarrolla este tipo de investigación y los temas que se tratarán.

### **Actividad #2.**

<b>Tema</b>	<b>Acciones</b>	<b>FOD</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Medios de enseñanzas</b>
¿Qué es la Sexualidad?	Definición de Sexualidad. Nacimiento de la sexualidad.	Taller	1 hora.	Computadora, Pizarra, Video, TV.

### **ORIENTACIONES METODOLÓGICAS.**

Es la segunda actividad que desarrollamos con el grupo de adolescentes y en esta oportunidad se comienza a explicar la definición de sexualidad, se deben explicar el significado amplio de la sexualidad ya que muchos adolescentes y jóvenes lo desconocen, se utilizará un lenguaje técnico pero acorde con el nivel de escolaridad recordando la heterogeneidad del grupo, es importante que queden claros todos los aspectos relacionados con la sexualidad, su nacimiento, la identidad sexual, por los tabúes y prejuicios que existen aún en nuestra sociedad.

### **Actividad #3.**

<b>Tema</b>	<b>Acciones</b>	<b>FOD</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Medios de enseñanzas</b>
Video debate relacionado con la sexualidad.	Video y debate.	Taller	1 hora y 50 Min.	Computadora, Pizarra, Video y TV.

### **ORIENTACIONES METODOLÓGICAS.**

Se proyectará un filme “La Isla Azul” y a continuación se abordarán las definiciones estudiadas en la sesión anterior, una vez aclaradas las dudas que pueden existir en el grupo de adolescentes se procede al debate de la película según guía previamente elaborada y se extrapolarán los conocimientos adquiridos.

**Actividad # 4.**

<b>Tema</b>	<b>Acciones</b>	<b>FOD</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Medios de enseñanzas</b>
Adolescencia y principales características de esta etapa.	Concepto de adolescencia y principales características de esta etapa.	Taller	1 hora.	Computadora y Pizarra.

**ORIENTACIONES METODOLÓGICAS.**

Esta actividad es importante y se debe desarrollar en un ambiente agradable, se debe propiciar el diálogo franco y el intercambio, se hará referencia a todas los cambios que ocurren en la etapa de la adolescencia y todas las contradicciones psíquicas y sociales que aparecen en esta etapa de la vida en la que ellos se encuentran, cómo afrontar esos conflictos y vivir esta etapa de manera intensa y sin preocupaciones.

**Actividad # 5 y 6.**

<b>Tema</b>	<b>Acciones</b>	<b>FOD</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Medios de enseñanzas</b>
ITS. Definición. Principales vías de transmisión.	Definición de ITS y principales vías de transmisión.	Taller	1 hora.	Computadora y Pizarra.

## **ORIENTACIONES METODOLÓGICAS.**

Es importante en estas actividades definir las ITS, explicando las formas en que pueden transmitirse, pues se demostró en la encuesta inicial que desconocían este contenido.

Al finalizar se utilizará la técnica participativa **Priorización**.

**Tema y propósito:** Una vez analizado el tema mediante el trabajo de grupo, se solicita a los participantes que organicen sus ideas otorgando mayor o menor importancia a un asunto de los tratados, en un ejercicio de priorización.

**Cómo se hace:** Los participantes colocan un punto pegante o una marca en las alternativas que son de mayor importancia para ellos, al finalizar se motivan para tratar en la próxima sesión un nuevo tema.

### **Actividad #7.**

<b>Tema</b>	<b>Acciones</b>	<b>FOD</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Medios de enseñanzas</b>
Signos y síntomas de las ITS.	Explicar los signos y síntomas de las ITS.	Taller	1 hora.	Computadora y Pizarra.

## **ORIENTACIONES METODOLÓGICAS.**

En esta ocasión se comienza a explicar los signos y síntomas de las ITS, es muy importante en el momento hacer visualizaciones de láminas y materiales en soporte digital, se utilizará un lenguaje técnico pero acorde con el nivel de escolaridad recordando la heterogeneidad del grupo, es importante que queden claros todos los aspectos relacionados con los signos y síntomas de las ITS por prejuicios que existen en la mayoría de los adolescentes y el desconocimiento.

### **Actividad #8.**

<b>Tema</b>	<b>Acciones</b>	<b>FOD</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Medios de enseñanzas</b>
-------------	-----------------	------------	---------------	-----------------------------

Prevención de las ITS.	Explicar la prevención de las ITS.	Taller	1 hora.	Computadora, Pizarra y tarjetas.
------------------------	------------------------------------	--------	---------	----------------------------------

### **ORIENTACIONES METODOLÓGICAS.**

Se debe explicar las acciones preventivas en la prevención de las ITS haciendo énfasis en el uso del condón, además de todo el trabajo y los recursos que se destinan a la prevención de las ITS, las campañas que se hacen en nuestro país, así como la existencia en cada municipio de los centros de prevención y promoción de salud.

Explicar en que instituciones de salud pueden recibir atención y consejería.

Se sugiere aplicar la técnica Estudio de Casos.

**Tema y propósito:** Esta técnica consiste fundamentalmente en el estudio en común de situaciones problemáticas concretas, presentadas con sus detalles reales y busca provocar, a partir de su análisis, una visión exacta y objetiva de la situación. Después se sacan conclusiones, se buscan soluciones válidas para situaciones similares y se establecen los mecanismos de acción de las mismas.

La realidad viva y las experiencias de los participantes, son el fundamento del estudio de casos. Mediante esta técnica conseguimos que las personas participantes:

- ✓ Aumenten su capacidad de diagnóstico.
- ✓ Mejoren su capacidad para tomar decisiones.
- ✓ Miren las situaciones problemáticas desde diferentes puntos de vista.
- ✓ Establezcan pautas de actuación válidas ante diferentes situaciones.
- ✓ Apliquen soluciones creativas a situaciones problemáticas.

#### **Se puede presentar el caso de diferentes maneras:**

- ✓ Descripción de la situación.
- ✓ Narración de un acontecimiento.
- ✓ Diálogo.
- ✓ Dramatización.
- ✓ Secuencia fotográfica.
- ✓ Película o vídeo.
- ✓ Artículo periodístico.

- ✓ Vivencia de una realidad.

### **Cómo se hace:**

1. Se introduce el tema y se comunican los objetivos.
2. Los participantes preparan un caso que responda al tema de las ITS.
3. Presentan el caso a través de una narración, un diálogo, dramatización, secuencia fotográfica, película o video, un artículo periodístico, un noticiero, etc.
4. Se concede el tiempo indispensable para que los participantes interioricen el caso; y se explica que el fin no es llegar a una solución única, sino analizar a profundidad la situación problemática y proponer alternativas de solución.
5. Se solicita que se proceda a analizar el caso y se proponen soluciones. Para esta fase podemos utilizar las siguientes formas:
  - **Individual:** cada participante analiza y propone por separado.
  - **Grupal:** se procede a analizar y discutir el caso en grupos pequeños (no más de 6 personas) y se realizan propuestas de consenso.
  - **Mixto:** primero se trabaja individualmente y luego se unifican criterios a nivel grupal.
6. Se realiza la plenaria en la cual se presenta el análisis de la situación y las propuestas de solución. Se promueve la discusión general, se sistematiza la información y se establecen las conclusiones.

Se debe tener presente que el estudio de casos es una técnica que se basa en la realidad, por lo que no debemos presentar casos ficticios, ni situaciones triviales, indiferentes, de rutina, que no despierten un auténtico interés en los participantes.

Al finalizar se aplicará la encuesta final para poder evaluar el impacto de la intervención.

Se aplicará la técnica del PNI para evaluar el estado de satisfacción existente en el grupo de trabajo.

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

**Tabla No 1:** Distribución de los estudiantes encuestados según sexo y nivel de conocimiento sobre ITS antes de la intervención educativa.

Sexo	Bien		Regular		Mal		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
<b>Femenino</b>	12	18.5	26	40	27	41.5	65	43.6
<b>Masculino</b>	16	19	26	31	42	50	84	56.4
<b>Total</b>	28	18.8	52	34.9	69	46.3	149	100

**Fuente:** Encuesta

Al analizar el nivel de información sobre las ITS en los adolescentes encuestados según sexo, se pudo comprobar que la evaluación de mal fue la que prevaleció en ambos sexos, en el femenino 41.5 % y en el masculino un 50 %.

**Tabla No 2: Distribución de los estudiantes encuestados según grupos etáreos y nivel de conocimiento sobre las ITS.**

**Nivel de conocimiento**

Edad	Bien		Regular		Mal	
	No	%	No	%	No	%
<b>17-19</b>	14	27	16	30.7	22	42.3
<b>20-22</b>	21	21.6	31	32	45	46.4
<b>Total</b>	35	23.4	47	31.5	67	45.1

Al distribuir a los estudiantes encuestados según grupos etáreos y nivel de conocimientos sobre las ITS, se obtuvieron los siguientes resultados, el grupo de edad de 20-22 años fue el menos informado con un 46.4% de respuestas mal, lo que demuestra una vez más que se hace necesario educar a los adolescentes en el tema que a pesar de ser tratado en diversos medios de comunicación masiva aún es insuficiente, los resultados se corresponden con otros estudios realizados. (6,8)

**Tabla No 3: Distribución de los estudiantes encuestados según sexo y nivel de conocimientos sobre las características de la etapa de la adolescencia.**

	Femenino		Masculino	
	No	%	No	%
<b>Crecimiento del vello pubiano y en las axilas.</b>	65	100	84	100
<b>Crecimiento de las mamas en las hembras.</b>	42	64.6	25	29.7
<b>Cambios en la voz.</b>	31	47.6	46	54.7
<b>Aparece la Menarquía y la Menstruación</b>	16	24.6	6	7.14
<b>Ocurren las primeras eyaculaciones.</b>	17	26.1	81	96.4
<b>Distracción de la atención.</b>	8	12.3	35	41.6
<b>Necesidad de tener su espacio.</b>	5	7.6	18	21.4
<b>Pasan mucho tiempo con sus coetáneos.</b>	9	13.8	5	5.9

En la tabla 3 se puede apreciar que antes de aplicarse intervención educativa reconocieron de manera adecuada los cambios que se producen en la etapa de la adolescencia, como el crecimiento del vello pubiano, en las axilas el 100% de los encuestados. El mayor desconocimiento estuvo en la necesidad de tener su espacio y pasan mucho tiempo con sus coetáneos en ambos sexos. Hay muchos tabúes sobre el tema y existe además desconocimiento de términos que incluso en ocasiones temen nombrarlos como por ejemplo los órganos reproductores femenino y masculino.

Todo lo anterior demuestra que hay que hacer énfasis en todas las características y cambios de la etapa de la adolescencia pues de esta manera se sentirán más responsables de sus actos y podrán llevar una vida placentera y sin tabúes. (3)

**Tabla No 4: Distribución de los estudiantes encuestados según sexo y nivel de conocimientos sobre definición de ITS.**

	Femenino		Masculino	
	No	%	No	%
<b>Todas las enfermedades que afectan a los genitales masculinos y femeninos.</b>	56	86.1	81	96.4
<b>Conjunto de infecciones que se transmiten fundamentalmente a través de las relaciones sexuales.</b>	36	55.3	67	79.7
<b>Son las infecciones que se adquieren por contacto sexual, se use o no preservativo.</b>	24	36.8	75	89.2

En la tabla 4 podemos apreciar el nivel de conocimiento sobre la definición de ITS contestando incorrectamente el 86.1 % del sexo femenino y el 96.4 % del sexo masculino, debido a que todas las enfermedades que afectan los genitales no son consideradas I.T.S, por lo que existe un error de concepto.

**Tabla No 5: Distribución de los estudiantes encuestados según sexo y nivel de conocimientos sobre el contagio de las ITS.**

	Femenino		Masculino	
	No	%	No	%
<b>Contacto sexual sin protección (preservativo).</b>	45	69.2	56	66.6
<b>Contacto sexual con protección (preservativo).</b>	32	49.2	36	42.8
<b>Transfusiones de sangre.</b>	18	27.6	72	85.7
<b>Infecciones respiratorias.</b>	57	87.6	76	90.4
<b>Por el uso de agujas y jeringas contaminadas.</b>	29	44.6	43	51.1

La tabla 5 muestra que existe en ambos sexos desconocimiento de las vías por las que se contagian las ITS, siendo representativo en los varones en un 90.4 % la vía de infecciones respiratorias, lo mismo ocurre en las hembras en un 87.6 %, aunque el 69.2% de las féminas y el 66.6 % de los masculinos consideran como forma de contagio el contacto sexual sin protección (preservativo).

**Tabla No 6: Distribución de los estudiantes encuestados según sexo y nivel de conocimientos sobre los tipos de ITS.**

	Femenino		Masculino	
	No	%	No	%
<b>Gonorrea.</b>	61	93.8	74	88
<b>Sífilis.</b>	58	89.2	63	75
<b>Herpes genital.</b>	26	40	32	38
<b>Pediculosis Pubiana.</b>	11	16.9	24	28.5
<b>VIH-SIDA.</b>	65	100	84	100
<b>Trichomoniasis.</b>	57	87.6	41	48.8
<b>Moniliasis.</b>	48	73.8	65	77.3
<b>Condiloma.</b>	39	60	19	22.6

Sobre el conocimiento de los tipos de ITS son numerosos y muy variados los criterios que poseen los adolescentes, las ITS más conocidas fueron el VIH-SIDA en el 100% la Gonorrea en un 93.8% en el sexo femenino y en un 88% en el masculino y menos conocido Pediculosis Pubiana en un 16.9% y 28.5 % respectivamente. En este aspecto de la sexualidad vemos que hay que prestar marcado interés en su preparación pues resulta importante no sólo que los adolescentes conozcan los métodos para protegerse sino que conozcan las ITS que más frecuentes se pueden encontrar, sus características y como se pueden presentar y qué deben ante los primeros síntomas y el papel que desempeña el médico y enfermera de la familia. (19,22)

**Tabla No 7: Distribución de los estudiantes encuestados según sexo y nivel de conocimientos sobre la prevención de las ITS.**

	Femenino		Masculino	
	No	%	No	%
<b>Con el uso de preservativo.</b>	38	58.4	27	32.1
<b>Con cambio frecuente de parejas.</b>	25	38.4	41	48.8
<b>Con higiene adecuada de los genitales.</b>	43	66.1	52	61.8

Los adolescentes consideran como principal medio de prevención la higiene adecuada de los genitales en un 66.1 % en el sexo femenino y 61.8 % en el sexo masculino (Tabla 7).

Las conductas sexuales de riesgo son los elementos fundamentales, que aumentan la probabilidad de aparición de ITS. Así el número de parejas sexuales, el escaso manejo de información adecuada sobre la sexualidad, la insuficiente conciencia ante la posibilidad de contagios, son factores que inciden (32.33).

La higiene juega un papel fundamental en la prevención de las ITS, ya que se ha encontrado en diferentes estudios que las personas con hábitos higiénicos inadecuados de sus genitales padecen con mayor frecuencia de estas afecciones, la humedad, obesidad son factores que influyen también en su aparición. ( 26, 33 )

**Tabla No 8: Distribución de los estudiantes encuestados según sexo y nivel de conocimientos sobre los signos y síntomas de las ITS.**

	Femenino		Masculino	
	No	%	No	%
<b>Secreción vaginal y/o uretral.</b>	42	64.6	76	90.4
<b>Dolor de cabeza.</b>	54	83	54	64.2
<b>Dolor en bajo vientre.</b>	48	73.8	36	42.8
<b>Ulceras en los genitales.</b>	61	93.8	29	34.5
<b>Dolor al contacto sexual.</b>	31	47.6	45	57.1

En la tabla 8 podemos apreciar que existe un bajo conocimiento sobre los síntomas y signos de las ITS en el sexo masculino solo un 34.5 % reconocen las que cursan con lesiones ulcerativas dígase sífilis, herpes simple y chancro blando y por parte del sexo femenino el menor por ciento lo ocupa el dolor al contacto sexual con un 47.6%, siendo este uno de los síntomas más frecuentes en la mujer.

**Tabla No 9: Distribución de los estudiantes encuestados según sexo y conducta ante la sospecha de padecer una ITS.**

	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Hablar con los padres.	14	21.6	13	15.4	27	18.1
Acudir al médico de la familia.	15	23.1	16	19.1	31	20.3
Hablar con un amigo(a).	36	55.3	55	65.5	91	61.6
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100</b>	<b>84</b>	<b>100</b>	<b>149</b>	<b>100</b>

Ante la sospecha de padecer una I.T.S, observamos que en ambos sexos hablar con los amigos fue la conducta mas frecuente ocupando el sexo masculino un 65,5% y el sexo femenino un 55.3 %.

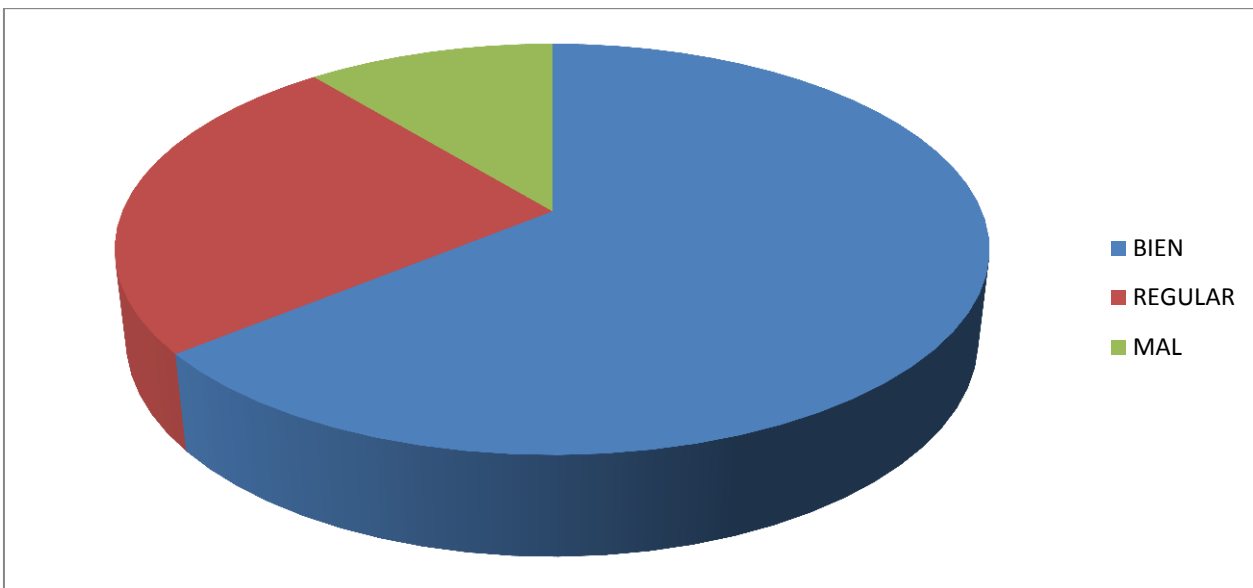
La adolescencia es una etapa, que aunque con capacidad biológica para la procreación, por lo general no se encuentran maduros en lo psíquico, emocional y social para enfrentar el proceso de la reproducción, lo que provoca que muchos inicien una actividad sexual precoz, por lo que contar con el apoyo de los padres, familiares, maestros y personal médico de la comunidad resulta de vital importancia en la prevención, detección y tratamiento oportuno de las ITS en este grupo de edades. Constituye por ende una herramienta a tener en cuenta por el médico de la familia en el pesquisaje y control de estas enfermedades.

**Tabla No 10: Nivel de información de los estudiantes al inicio del estudio y después de la intervención educativa.**

Nivel de información	Inicio del estudio		Después de la intervención	
	No	%	No	%
Bien	28	18.8	81	54.4
Regular	52	34.9	56	37.6
Mal	69	46.3	12	8
Total	149	100	149	100

La tabla 10 distribuye a los adolescentes según nivel de conocimientos general sobre las ITS antes y después de la intervención educativa, se identificó que antes de la misma el 46.3% de la muestra tenían conocimientos malos sobre esta patología y después de la intervención educativa el 54.4% alcanzó el nivel bien de conocimientos.

**Gráfico 1:** Nivel de conocimientos de los adolescentes sobre las ITS después de la intervención.



El 54.4% de los encuestados, obtuvo la calificación de bien luego de aplicar la encuesta final lo que consideramos se deba a la calidad con la que se impartieron los temas y la acogida que tuvo el tema en el grupo de adolescentes. Se logró la motivación de la mayoría de los estudiantes lo que se constató con un aumento significativo de los resultados ubicados en la categoría de bien al final del estudio. Los talleres desarrollados constituyeron un paso importante para llegar a actualizar logrando un mayor nivel de información sobre el tema, lo cual se revierte en que fomente actitudes y conductas responsables entre los adolescentes que permitan a este grupo etáreo de la población, asumir su sexualidad de una manera autónoma, consciente y sin riesgos.

## CONCLUSIONES

Antes de la intervención educativa el conocimiento sobre las ITS fue evaluado de mal en aproximadamente la mitad de los encuestados de ambos sexos y según grupos etáreos predominó el grupo de 20 – 22 años. Como característica de la etapa de la adolescencia la totalidad reconocen el crecimiento del vello pubiano y en las axilas y ante la sospecha de la enfermedad prefieren hablar con los amigos.

La mayoría definen incorrectamente el concepto de ITS, así como de la vía de contagio y prevención de las mismas. La totalidad reconoce el VIH- SIDA como un tipo de ITS, no siendo así con la pediculosis pubiana. Más de la mitad consideran como principal medio de prevención la higiene adecuada de los genitales. Un gran número de adolescentes masculinos no reconocen como signo las que cursan con lesiones ulcerativas y por parte de las féminas no reconocen como síntoma el dolor al contacto sexual.

La intervención educativa apoyada por medios de enseñanzas elevó el nivel de conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual en los adolescentes del Politécnico de Informática del municipio de Morón.

## RECOMENDACIONES

1. Extender a todas las áreas de salud este trabajo, en aras de lograr un mayor conocimiento sobre las ITS, así como una conducta sexual responsable en los adolescentes.
2. Continuar la aplicación de Programas Educativos sobre estos temas que tanto preocupan a nuestros adolescentes en coordinación con instituciones de nuestro municipio.
3. Incluir a los medios de comunicación masiva en la divulgación de dichos temas.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Peláez Mendoza J. Adolescencia y anticoncepción. Sexología y Sociedad 1995; 1(3):12-3.
2. Ortiz Li C. Consulta médica. Periódico Granma 2001 Sept. 24; p. 8.
3. Canessa P, Nykcel C. Manual para la educación en salud integral del adolescente: la adolescencia como etapa del desarrollo. Washington DC: OPS, 1997. p. 1-3.
4. Peláez Mendoza J. Consideraciones del uso de anticonceptivos en la adolescencia en ginecología infanto-juvenil. Su importancia. La Habana: SOCUDEF, 1996. p. 30-4.
5. Peláez Mendoza J. Varón adolescente: responsabilidad sexual y anticoncepción. Sexología y Sociedad 1997; 2(8):6.
6. González Hernández A. La sexualidad del adolescente. Sexología y Sociedad 2001; 7(17):4-11.
7. Schwarcz R, Uranga A, Lomuto C, Martínez I, Galimberti D, García OM, et al. Guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal. Ministerio de Salud Argentina 2001; 18 – 26.
8. Disponible en Infomed [www.sld.cu](http://www.sld.cu) Salud para la vida. Riesgo preconcepcional Febrero 6, 2010.
9. Lauger Ana. La salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Adolescencia. Boletín bimestral de la unidad de investigación epidemiológica y en servicios de salud del adolescente. 1996; Año 1 (3):5- 8.
10. Disponible en [www.saludfemenina.com](http://www.saludfemenina.com) Cuidando de Usted personal y profesionalmente. Asesoría preconcepcional. [Enero 23 2010].
11. Disponible en Salud para ellas [www.saludparaellas.com](http://www.saludparaellas.com) Asesoría preconcepcional. [Noviembre, 8 2009].
12. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Salud Materno – Infantil y Planificación Familiar. Comisión Nacional de Planificación Familiar y riesgo reproductivo. Marco conceptual, Programa, Plan Estratégico, La Habana, Cuba; 2001.

13. Ministerio de Salud Pública. República de Cuba. Dirección Nacional de Salud materno Infantil y Planificación Familiar. Metodología para el manejo y control del riesgo reproductivo y preconcepcional, La Habana, Cuba, 1996.
14. Organización Panamericana de a Salud. Salud de la Familia y de la Comunidad. Taller Nacional de capacitación en Consejería en Promoción de Salud Sexual y Reproductiva y Prevención de VIH/ SIDA para jóvenes y adolescentes. Washington, DC, Organización Panamericano de la Salud,2004.356p.ilus
15. Lamiras Fernández, María, Rodríguez Castro Yolanda; Creencias vinculadas al uso del preservativo masculino en adolescentes españoles sexualmente activos/ Univ. Psxychd: 3 (1) 27-34-Enero-2004
16. Martha Vázquez, Ángela Argote Luz: Educación en derechos sexuales y reproductivos: Una perspectiva integral en adolescentes escolarizados. Colombia med: 36 (3,supl2) : 6-13, Jul.2005
17. González T. M. Isabel, Aguirre .C. M. Luisa. Caracterización de asistentes a consejería en sexualidad en un centro de salud integral de adolescentes. Rev. Chil. Pediatr: 76 (6) 573-579 Nov-Dic.2005
18. Betancourt Marbella: La educación y el ejercicio responsable de la sexualidad en adolescentes. Colomb. med: 36 ( 3,supl.2) 33-42-Jul 2005
19. González. H. A. La sexualidad del adolescente. Sexología y Sociedad. Año 7 No.17,PA-11 Abr 2001
20. Álvarez Castillo O, Rodríguez Cabella C, Ais Fernández M. Métodos empleados en las vaginitis por candidiasis. Revolución cubana. Medicina General Integral, 2000.
21. Redel SI, Martín LL, Koniak D. Enfermedades infecciosas durante el embarazo. 17. México: Nueva Editorial Interamericana; 2005.
22. Santana Pérez E, Lugones Botell M, Pérez Stuart O, Castillo Brito B. Parasitismo vaginal y cervicitis aguda. Tratamiento local con propóleos. Informe preliminar. Rev Cub Enfermer 2000: 12(4): 55-70.
23. Nicholls S, Patel HC, Jones M. Recurrent bacterial vaginosis and Netherton's syndrome. Int J STD AIDS.1999. Mar; 10.

24. Heredia Hernández B, Velazco Boza A, Cutié Li3n E, lvarez Pineda AB. Enfermedades de transmisi3n sexual y su relaci3n con el embarazo. Rev Cub Obst Ginecol 2004: 11(5):54-62.
25. Gallardo J, Vald3s S, Díaz ME, Román C. Comportamiento de las enfermedades de transmisi3n sexual en pacientes con sepsis ginecol3gica. Rev Cub Obst Ginecol 2005: 13(7): 23-26.
26. Kroeger A, Luna R. Atenci3n primaria de salud. Salud materna-infantil. M3xico: Pax; 2003.
27. Nagesha CN, Rama NK. Clinical and microbiological aspects of vaginitis. Indian J Med Sci. 2005 Nov; 52
28. Friebe-Hoffmann U, Bender D, Sims C and Rauk P: Candida albicans chrioamnionitis associated with preterm labor and sudden intrauterine demise of one twin. J Reprod Med 2000: 11(4):34-38
29. Cabeza Cruz E. Herrera Alcázar V, Ortega Blanco M, Santiestebn Alva S. Infecci3n vaginal en: procederes de obstetricia y ginecología para el m3dico de la familia. La Habana: Ciencias M3dicas; 2000.
30. Leonard Castillo A, Hernández Salgado E. Manual de Enfermería, Ginecosbt3trica y Ginecología. Programas, guías y temas. La Habana: Ed pueblo y Educaci3n, 2000.
31. lvarez Lajonchere C. El embarazo en la adolescencia. 2da Ed. La Habana: Científico T3cnica; 2001.
32. Madrazo JM. Enfermedades de transmisi3n sexual y uso del cond3n para prevenirlas: percepci3n en estudiantes universitarios. Medicina y tica. M3xico. Mc Graw-Hill interamericana; 2007.
33. P3rez Villegas R, Ceballos Morales A, Sanhueza Vila M, Rebolleo Martínez MJ, González Martín MG, Hugo Durn V. Comportamiento sexual y factores demográficos asociados a ITS. Rev Cub Obst Ginecol. 2008

## ANEXOS

### Anexo 1.

#### Acta de consentimiento informado.

Yo \_\_\_\_\_ estoy en la entera disposición para participar en el desarrollo de un Programa Educativo que me permitirá elevar el nivel de conocimientos sobre las enfermedades de transmisión sexual, brindaré la información de forma anónima y además podré retirarme cuando lo desee sin repercusión sobre mi persona.

\_\_\_\_\_  
Nombre y apellidos.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Investigador.

\_\_\_\_\_  
Firma

Fecha \_\_\_\_\_

## Anexo 2.

### Convenio Investigador-Escuela.

De una parte: Dra. Lidia Amalia Reitor Díaz. Investigadora.

De otra parte: Lic. Bismark Salaber Varela. Director del IPICA "Rafael Morales González" de Morón.

Ambas partes reconociendo la personalidad con que comparecen:

Acuerdan:

Dra. Lidia Amalia Reitor Díaz.

- 1- Elaborará una intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre las enfermedades de transmisión sexual en los estudiantes del IPICA de Morón.
- 2- Trabajaré en la escuela desde septiembre del año 2009 hasta junio del año 2010 para cumplir con los objetivos de la investigación.
- 3- La intervención consta de actividades prácticas y teóricas y contribuirá a elevar su calidad de vida y conductas sexuales responsables.

Director.

- 1- Garantizaré la participación de todos los incluidos en el estudio.
- 2- Colaboraré con el horario y desarrollo de las actividades que se planifiquen.

Y para que así conste firmamos la presente en Morón, Ciego de Ávila, el 4 de septiembre del 2009 "Año de la Revolución energética en Cuba".

---

Dra. Lidia Amalia Reitor Díaz.

---

Firma

---

Lic. Bismark Salaber Varela

---

Firma

### Anexo 3.

#### Encuesta.

Nos encontramos realizando una investigación relacionada con el conocimiento que tiene los estudiantes de IPICA sobre las enfermedades de transmisión sexual, necesitamos su colaboración y le pedimos que sea lo más sincero(a) posible en sus respuestas, no es necesario escribir su nombre pues el estudio no lo requiere.

Muchas gracias.

1. Edad\_\_\_\_\_

2. Sexo: \_\_\_\_F \_\_\_\_M

3. En qué etapa de la vida te encuentras. Marca con una X la opción que consideres correcta.

a) \_\_Niñez.      b) \_\_Adolescencia.      C) \_\_Juventud.

4. ¿Qué entiendes por sexualidad?

---

---

5. En la adolescencia ocurren cambios tanto psíquicos como físicos, marca con una X los que consideres correctos.

a) \_\_Crecimiento del vello pubiano y en las axilas.

b) \_\_ Crecimiento de las mamas en las hembras.

c) \_\_ Cambios en la voz.

d) \_\_Aparece la Menarquía y la Menstruación.

e) \_\_Ocurren las primeras eyaculaciones.

f) \_\_ Distracción de la atención.

g) \_\_ Necesidad de tener su espacio.

h) \_\_ Pasan mucho tiempo con sus coetáneos.

i) \_\_Otras.      ¿Cuáles?

6-Marque con una X lo que entienda usted por infección de transmisión sexual:

- a) \_\_\_\_ Todas las enfermedades que afectan a los genitales masculinos y femeninos.
- b) \_\_\_\_ Conjunto de infecciones que se transmiten fundamentalmente a través de las relaciones sexuales.
- c) \_\_\_\_ Son las infecciones que se adquieren por contacto sexual, se use o no preservativo.

7-Usted puede contagiarse con una infección de transmisión sexual por:

- a) \_\_\_\_ Contacto sexual sin protección (preservativo).
- b) \_\_\_\_ Contacto sexual con protección (preservativo).
- c) \_\_\_\_ Transfusiones de sangre.
- d) \_\_\_\_ Infecciones respiratorias.
- e) \_\_\_\_ Por el uso de agujas y jeringas contaminadas

8. Marca las ITS que conozcas.

- a) \_\_Gonorrea    b) \_\_Sífilis    c) \_\_ Herpes genital    d) \_\_Pediculosis Pubiana
- e) \_\_VIH-SIDA    f) \_\_Trichomoniasis    g) \_\_Moniliasis    h) \_\_Condiloma.

9. ¿Sabes cómo se previenen las ITS?

- a) \_\_\_\_ con el uso de preservativo.
- b) \_\_\_\_ con cambio frecuente de parejas.
- c) \_\_\_\_ con higiene adecuada de los genitales.

10-Marca con una X los síntomas y signos relacionados con las infecciones de transmisión sexual:

- a) \_\_\_\_ Secreción vaginal y/o uretral
- b) \_\_\_\_ Dolor de cabeza
- c) \_\_\_\_ Dolor en bajo vientre
- d) \_\_\_\_ Ulceras en los genitales
- e) \_\_\_\_ Dolor al contacto sexual.

11- Ante la sospecha de una infección de transmisión sexual qué harías:

- a) \_\_\_\_ Hablar con tus padres
- b) \_\_\_\_ Acudir al médico de la familia
- c) \_\_\_\_ Hablar con un amigo(a).
- d) \_\_\_\_ Ninguna de las anteriores.

