

República Bolivariana de Venezuela
Misión Médica Cubana en Venezuela
Estado Carabobo
Municipio Valencia.

TITULO:

**Intervención educativa sobre el comportamiento sexual de riesgo en
jóvenes. Comunidad Barrio Unión. Julio 2012-13**

Autora: Dra. Zusett López Mendoza.

Residente de Segundo año de Medicina General Integral.

Tutor: Dr. Michel David Frías Guerra.

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y Residente de Tercer año de Cirugía General.

**Trabajo para optar por el Título de Especialista de Primer Grado
en Medicina General Integral.**

2013.

PENSAMIENTO

“El que sabe más, vale más. Saber es tener. La moneda se funde y el saber no..... un hombre instruido vive de su ciencia y como la lleva en sí, no se le pierde y su existencia es fácil y segura.”

José Martí.

DEDICATORIA

A mis padres, ejemplo de abnegación, guía constante de mi futuro.

A mi hermano, inspiración constante de mis esfuerzos.

A mi familia y a mi esposo, por su apoyo incondicional a pesar de la distancia.

A la Revolución cubana por haberme dado la oportunidad de realizar mis sueños como médico.

A Chávez y a la Revolución Bolivariana por haberme permitido crecerme como profesional y como ser humano.

A todos los profesores que han contribuido a mi formación integral.

A mis amigos, que han sido incondicionales en mi superación.

A los jóvenes que me inspiraron y permitieron la realización de este trabajo.

Agradecimientos

Mis agradecimientos sin límites a mi tutor que no dudó en ofrecerme su ayuda a pesar de su contenido de trabajo y otros compromisos, Dr. Michel David Frías Guerra, ejemplo incansable de educador profesional. A mi familia, por su apoyo brindado en todo momento durante la realización del mismo.

A todas aquellas personas que de una forma u otra me han ayudado.

A todos, mis más infinitos agradecimientos.

Resumen

Las infecciones de transmisión sexual constituyen un problema de salud que afecta las comunidades principalmente a los adolescentes dentro de ellas, en todos los países del mundo. Se realizó un estudio de intervención educativa para modificar conocimientos sobre aspectos preventivos relacionados con las Infecciones de transmisión sexual en adolescentes de la comunidad Barrio Unión perteneciente a la Parroquia Miguel Peña, municipio Valencia, Estado Carabobo, Venezuela, en el período comprendido entre julio 2012-julio 2013.

El universo de trabajo estuvo constituido por el total de 96 adolescentes comprendidos entre edades de 15 y 18 años de la comunidad, dispenzarizados en el consultorio médico popular. Para la obtención de datos se revisó el registro de pacientes atendidos, resúmenes semanales, registro de enfermedades de declaración obligatoria, y las historias de salud familiar. Además de un cuestionario a cada paciente que recogió diferentes variables.

El procesamiento de los datos se realizó de forma manual simple y computarizada, y con esta información se tabularon datos, utilizando valores absolutos y porcentajes, se confeccionaron tablas, se analizaron y discutieron los resultados obtenidos llegando a la conclusión que después de la intervención educativa la mayoría de los adolescentes aumentaron sus conocimientos y por ende a recomendaciones.

INDICE

➤ Resumen	
➤ Introducción.....	1
➤ Marco Teórico	10
➤ Objetivos	40
➤ Diseño Metodológico.....	42
➤ Conclusiones	67
➤ Recomendaciones	68
➤ Referencias Bibliográficas.....	69
➤ Anexos	

INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyen una serie de enfermedades de naturaleza infecciosa de interés epidemiológico que representan un importante problema social, económico, cultural y de la salud en el mundo influyendo en las mayores pérdidas debido a las secuelas y afecciones resultantes de la propagación de organismos patógenos del sitio de la infección a otra parte del aparato reproductor u otros órganos y sistemas del organismo.

Su control es decisivo para mejorar la salud reproductiva y representa uno de los grandes desafíos de la salud pública contemporánea. Al cabo de los siglos, y desde hace unas tres décadas las infecciones de transmisión sexual han perdido su eufemístico nombre de "venéreas" (de Venus, diosa de la belleza en la mitología romana) y hoy nos referimos a ellas como lo que son: procesos infecciosos que se transmiten, fundamentalmente, a través de las relaciones sexuales, es decir por vía genital o coital, tanto en relaciones heterosexuales, como homosexuales¹

La adquisición de las infecciones de transmisión sexual depende de factores conductuales, educacionales y socioculturales, se destacan, cambios en el comportamiento sexual y social debidos a la urbanización, industrialización y facilidades de viajes, los cambios en la mentalidad referente a la virginidad, la tendencia actual a una mayor precocidad y promiscuidad sexual aparejado a una menarquia cada vez más temprana y a patrones de machismo que imperan en algunos

países del mundo.

Estos elementos se encuentran muy vinculados a los cambios existentes en los patrones éticos y morales que han determinado un alza en la promiscuidad y en las actividades sexuales entre los jóvenes sin respaldo de una adecuada orientación y educación sexual.²

Los adolescentes tienen como característica propia la falta de control de impulsos, por ende desde la más remota antigüedad han existido enfermedades relacionadas con la sexualidad. En la Edad Media la sífilis causó estragos parecidos a los de la peste y devastó pueblos y ciudades enteras.

Alrededor del mundo las diferentes culturas han prestado atención a las dolencias, que a través de unos órganos genitales cargados de tabúes y de falsas suposiciones, han diseminado no sólo enfermedades, sino procedimientos y curas que, apoyadas en esas suposiciones, han tejido una metodología que progresivamente ha desembocado en la identificación y tratamientos modernos de las Infecciones de Transmisión Sexual³.

En los tratados médicos escritos durante el reinado del emperador chino Ho-Ang-Ti hace aproximadamente 4.500 años ya se describe la gonorrea. Es por eso que no es de extrañar que en el siglo III a.C. ya en China existieran criterios de higiene sexual. Igualmente en los Papiros Brugsch, que datan del 1.350 a.C., describen también los síntomas y el tratamiento de la gonorrea. En la Biblia Levítico Cáp.15 también se describe la enfermedad y se relaciona con la práctica sexual. Moisés señala su alta contagiosidad y su manera de prevenirla evitando el contacto sexual en los momentos iniciales de los síntomas.

Hipócrates fue el primero en describir con el nombre de Gonorrea a la infección de transmisión sexual, con sus características, a pesar de que la enfermedad se sugería en la Biblia (Levítico 15) y en papiros del pueblo egipcio y que posteriormente Galeno le da el mismo nombre. Igualmente Hipócrates, en el 460 a.C., describe lesiones genitales duras y suaves por consecuencia de una exposición sexual.

Tanto griegos como romanos describen las verrugas genitales (virus papiloma humano) que se transmiten por relaciones sexuales. Hasta bien entrado el siglo XX se creía erróneamente que la infección de las verrugas o condilomas genitales formaba parte de las infecciones sifilíticas y gonorreicas.

En el antiguo Egipto hay pinturas que describen su tratamiento con el uso de cauterio y en la Grecia clásica adopta su nombre del griego "Kondyloma" que significa verruga. En la

antigua Roma, en el siglo I d.C., Aulus Cornelius Celsus (25 a.C. - 50 d.C.) considerado como el “Cicerón de la Medicina” o el “Hipócrates latino”, hace una diferenciación de las verrugas que la nombramos por anecdótica: ficus a las verrugas genitales, myrmecia a las verrugas de la planta del pie y thimión a la verruga vulgar. En Roma ya se sospechaba su posible transmisión sexual ya que la presentaban en el ano. Celso también describió úlceras genitales duras y suaves. Plinio el Viejo durante los años 23-79 d.C. escribió de una lesión llamada mentagra que seguía al cunnilingus.⁴

Trotula de Ruggiero fue la primera ginecóloga de la historia occidental describe la gonorrea como “inflammations virgae virilis”. En el medioevo se creía que la gonorrea formaba parte de la clínica general de la sífilis.

En 1.838, Felipe Ricord venereólogo francés escribe una obra de gran importancia llamada Tratado práctico de las enfermedades venéreas, donde divide la sífilis en tres periodos, además de estudiar y describir las diversas manifestaciones de la blenorragia. Felipe Ricord desacreditó la creencia de Hunter en que la gonorrea y la sífilis eran la misma enfermedad, cuando inoculó pus gonorréico a 2.500 pacientes, sin que ninguno contrajera la sífilis.

En 1.854 el Ioduro de potasio fue introducido en conjunto con el mercurio para el tratamiento de la sífilis. A finales de siglo XIX y comienzos del siglo XX las instilaciones uretrales para el tratamiento de enfermedades venéreas se hacían con permanganato de potasio de 1x10.000 a 1x 5.000, dos tratamientos diarios por 15 días y con nitrato de plata al 1x200, con expresiones uretrales y las dilataciones-expresiones-lavados no estaban exentas de ocasionar problemas como estrecheces uretrales, las periuretritis fistulosas y los abscesos periuretrales.

En 1.902, Alberto C. Barnes y H. Hille de Pennsylvania producen el Argyrol compuesto a base de nitrato de plata. Este poderoso germicida fue utilizado como antiséptico y astringente especialmente en infecciones de piel y mucosas, pero además se utilizó intrauretral para infecciones uretrales de etiología venérea, utilizado masivamente en los primeros 60 años del siglo XX.⁵

En 1.903, Ciuffo demostró que las verrugas plantares producidas con extractos de verrugas genitales obedecían al mismo agente infeccioso. En 1.905, el zoólogo prusiano Fritz Schaudinn y el médico militar berlinés Erich Hoffmann descubren que el agente

causal de la Sífilis es el *Treponema palidum*. Revelaron la causa de una de las más penosas enfermedades en la historia de la humanidad: la sífilis. Fue el día 3 de marzo de 1.905, en la Clínica La Charité, de Berlín. En 1.910 se reconocen en Europa las cuatro enfermedades diferentes causadas por un *Treponema* y solamente una de ellas, la sífilis venérea, se transmitía por contacto sexual, las otras tres, el Pian, la sífilis endémica y la pinta, se transmitían por vía no sexual.

No nos olvidemos de la gran prevalencia de la sífilis en el viejo continente donde para 1910 existían alrededor de 32 centros urbanos con más de medio millón de personas cada uno y se estimaba para aquel entonces que el 10% de dicha población tenían infección por *Treponema palidum*, lo que significaba más de 1.5 millones de casos.⁶

El 5 de Junio de 1981 se conocen en Estados Unidos los primeros casos de SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida). Ese día salió publicada en el MMWR la descripción de 5 varones homosexuales de Los Ángeles con neumonía por *Pneumocystis carinii*. Todos los casos estudiados tenían déficit importante de la inmunidad celular y todos murieron.

Considerada la Peste Negra del siglo XX y comienzos del siglo XXI. Parece ser que este virus infecta endémicamente al Sercopiteco verde, un mono que habita en los países del África central especialmente en el Zaire. Este mono podía haber mordido a los seres humanos y contagiarlos con el virus, picaduras de mosquitos y tatuajes en la piel lo extenderían en la población nativa, lo que explica que el 10% de los habitantes del Zaire tanto hombres como mujeres tengan en su sangre anticuerpos contra el virus.

Entre los años 1960 y 1970 se registra según el Dr. Luc Montagnier del Instituto Pasteur de París, una importante emigración de Haitianos al Zaire, que al regresar de nuevo a su país, quizá llevaron el virus a las hermosas Islas del Caribe, esos portadores del virus habrían contagiado a los homosexuales de Nueva York, que suelen ir a Haití, como uno de sus lugares preferidos de vacaciones.

Por otra parte el Médico Francés Jacques Leibovich, sostiene la teoría de que el puente entre África y el Occidente ha sido Cuba. Sin que se sepa todavía bien por qué este virus aumenta su agresividad al salir de su hábitat natural Africano y encuentra en la comunidad homosexual un terreno apropiado para su propagación.

En junio de 1981 en el Centro de Control de Enfermedades (CDC) en Atlanta, Estados Unidos deciden "bautizar" a esta nueva enfermedad con el nombre de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida con las siglas AIDS en inglés y SIDA en español.⁷

En 1985 una técnica de laboratorio, la conocida prueba ELISA, permite detectar la infección por el virus del SIDA. Esta enfermedad es un fenómeno único en la historia por su rápida propagación, su alcance y la intensidad de su impacto. Desde que se diagnosticó el primer caso el mundo se ha enfrentado esforzadamente a las extraordinarias dimensiones de esa enfermedad. Los primeros esfuerzos para formular una respuesta eficaz fueron fragmentarios, pocos sistemáticos y contaron con muy escasos recursos. Ahora más de 30 años después han fallecido más de 20 millones de personas y otro 37, 8 millones están viviendo con el VIH/SIDA en todo el mundo. Aún así esta se expande sin cesar, destruyendo la vida de las personas y en muchos casos dañando gravemente el tejido de las sociedades⁸

En África Subsahariana se presenta un 67% de los portadores de VIH/SIDA de todo el mundo, un 72% de las muertes y un 91% de las nuevas infecciones en niños. En Asia Oriental las nuevas infecciones se redujeron en un 25% mientras que en Asia Meridional y Sudoriental las nuevas infecciones se redujeron en un 10%. En todo el continente asiático hay cerca de 4,7 millones de infectados. El Caribe tiene 240000 personas que conviven con la enfermedad. Por otra parte América Latina cuenta con dos millones de infectados, América del Norte 1,4 millones de infectados y Europa Occidental y central 850 000 infectados.⁹

En España hay más de 75000 casos acumulados desde 1981 y 120 000 seropositivos de los que 4000 no lo saben. En Estados Unidos se reportan anualmente 20 000 000 de casos y de ellos más del 50% ocurren en jóvenes y adolescentes menores de 25 años.

Estadísticas actuales muestran que las poblaciones con mayor riesgo de enfermar con cualquiera de las ITS son adolescentes y jóvenes entre 14 y 24 años. La Organización

Mundial de la Salud en 1989, reportó que uno de cada veinte adolescentes y jóvenes adultos en el mundo contraían alguna de ellas cada año. Este incremento obliga al personal de salud a mantenerse actualizado con respecto a las medidas diagnósticas y al tratamiento y sobre todo a su prevención. También señala que a nivel mundial se reportan anualmente alrededor de 250 000 000 de casos nuevos de ITS. Uno de cada 20 seres humanos sufre de alguna de estas al año. Según esta organización se tiene un estimado anual de 180 000 000 de personas afectadas en el planeta.¹⁰

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 casos de este grupo de ITS con más de cien mil infecciones promedio por día. '

En los países desarrollados se reportan que cada tres ITS diagnosticadas, se encuentra en adolescentes y se considera que esta proporción es todavía mayor en países en vía de desarrollo, lo cual está dado fundamentalmente por sus conductas sexuales., aunque algunos factores de riesgo son atribuibles a sus características biológicas :las células del cérvix son más susceptibles a las infecciones en niñas y jóvenes ;estas células y el medio vaginal van a sufrir cambios durante la adolescencia; que hace q al final de esta exista una mayor resistencia a las infecciones.¹¹

Algunos datos revelan que cuatro de cada diez adolescentes entre las edades de 15 y 17 años plantean ser sexualmente activos. La Asociación Médica Estadounidense, plantea que aproximadamente cuatro millones de adolescentes contraen una infección de transmisión sexual.

En Cuba los análisis realizados indican una alta incidencia de ITS con crecientes resistencias en el caso del gonococo, lo cual multiplica el riesgo de transmisión del VIH; también indica que es insuficiente la cobertura diagnóstica de otras infecciones de transmisión sexual como chlamydia; las mayores tasas de incidencia están en las provincias orientales hasta Ciego de Ávila y en la Ciudad de La Habana.¹²

Las infecciones de transmisión sexual son una de las causas más comunes de morbilidad, complicaciones y secuelas, como es el caso de la enfermedad pélvica inflamatoria, infertilidad y cáncer cervical. Se asocia con cervicitis, colpitis, y uretritis. Además de haberse encontrado relación con resultados perinatales desfavorables como: bajo peso al nacer, parto pretérmino y sepsis perinatal, así como afecciones psicológicas.

Las consecuencias son aún peores si se considera su contribución potencial a la transmisión de la infección por VIH, ya que pese a los esfuerzos sustanciales desplegados en los últimos decenios, las epidemias por dichas enfermedades siguen representando un grave problema de salud pública a nivel mundial.

Las ITS no solo aumentan las probabilidades de contraer VIH, sino que son en sí misma un grave problema de salud. Aunque no se conoce el verdadero número de casos sintomáticos de las infecciones de transmisión sexual. Se calcula que en la región una cifra de incidencia de 50 millones que son tratables¹³

Algunos estudios indican que cada año aproximadamente el 20% de los adultos jóvenes y adolescentes sexualmente activos contraen infecciones de este tipo. Estas cifras pueden servir como indicadores de la frecuencia con la que se producen relaciones sexuales sin protección, a pesar de los esfuerzos para informar a la población sobre ese factor de riesgo conductual y sobre la amenaza de infecciones. Hay una gran necesidad de fortalecer la capacidad para evaluar mejor la situación de las infecciones de transmisión sexual, los comportamientos de riesgo asociado con su transmisión y los factores que obstaculizan su prevención y control¹⁴.

La experiencia ha demostrado, sin embargo, que puede cambiarse el curso natural de la epidemia con una combinación adecuada de liderazgo y acción integral. Ahora sabemos que los enfoques exhaustivos de prevención son los que obtienen mejores resultados.

Venezuela, tampoco escapa de este flagelo, y en investigaciones realizadas por autores de Barrio Adentro se reportan una gran cantidad de casos de infecciones de ITS, se estima que el 10% de la población joven del Estado Carabobo contrae alguna de las infecciones de transmisión sexual al año. En Valencia estudios recientes en los últimos 5 años han demostrado un aumento considerable de estas, de cada 20 adolescentes 7 se han contagiado con alguna infección de este tipo, por lo que es interés de la autora contribuir con acciones de prevención, ya que en nuestra práctica como médico de familia en la Comunidad Barrio Unión en el Estado Carabobo en el Municipio Valencia nos hemos percatado que existen creencias, actitudes y conductas sexuales de riesgo que pueden afectar la salud de nuestros jóvenes, debidas fundamentalmente a un insuficiente conocimiento acerca de estas enfermedades, lo que unido a la pobre percepción de riesgo a enfermarse, (característico de la población muy joven), los hacen muy vulnerables a estas y dentro de ellas, la epidemia del momento VIH/SIDA, además de constituir obstáculos en la prevención y control de las mismas, lo que nos lleva a plantear como **PROBLEMA CIENTÍFICO:**

¿Cómo contribuir a incrementar los conocimientos que sobre aspectos preventivos relacionados con las ITS/VIH/SIDA, presentan jóvenes de la Comunidad Barrio Unión de Valencia?

MARCO TEORICO

Las infecciones de transmisión sexual, antiguamente llamadas enfermedades venéreas, incluyen una serie de enfermedades de naturaleza infecciosa en las que la transmisión sexual es de interés epidemiológico.

Los adolescentes y jóvenes son más propensos a correr riesgos sexuales ya que no toman en consideración las posibles secuelas a largo plazo, se consideran inmunes e invulnerables y niegan los riesgos, no consideran la posibilidad de que su pareja esté infectada, existe una tendencia a negar la enfermedad ante los síntomas existentes y a dilatar la consulta médica y el tratamiento, no planifican sus relaciones sexuales y éstas ocurren en situaciones y lugares poco apropiados, lo que conspira contra el uso de medidas profilácticas para prevenir las ITS.¹⁵

Las infecciones del tracto reproductor en especial las ITS, comprometen desproporcionadamente la salud de las mujeres; ellas están más expuestas que los hombres a adquirir la infección, debido a la carencia de disponibilidad de métodos de barrera controlados por la mujer, además porque la dinámica de la relación sexual frecuentemente está limitada por la capacidad de negociar las condiciones bajo las cuales ésta ocurre. Por razones anatómicas y fisiológicas la transmisión de una ITS que sigue a una exposición aparece con más frecuencia del hombre a la mujer que de la mujer al hombre.^{15,16}

La mujer es más vulnerable que el hombre a adquirir alguna de estas enfermedades, ya que el concepto de vulnerabilidad abarca aspectos biológicos y psicosociales. Desde el punto de vista biológico la mucosa vaginal es una superficie muy amplia que permanece en contacto con el semen por un tiempo más prolongado después del coito. Por otra parte, las ITS son asintomáticas con más frecuencia y durante más tiempo en mujeres que en hombres, y por tanto tienen consecuencias más severas para la salud femenina, pues aparecen complicaciones con más frecuencia ante la ausencia de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.¹⁶

Son una de las causas principales de enfermedad aguda, infertilidad, discapacidad a largo plazo y muerte en el mundo, además tienen consecuencias médicas y psicológicas graves para millones de hombres, mujeres y niños¹⁶.

Las consecuencias de estas enfermedades son aún peores si se considera su contribución potencial a la transmisión de la infección por VIH, ya que pese a los esfuerzos sustanciales desplegados en los últimos decenios, las epidemias de infección por el VIH/SIDA y de las ITS siguen representando un grave problema de salud pública en la región de las Américas. La Organización Panamericana de la Salud calcula que 1,6 millones viven con la infección por el VIH/SIDA en América Latina y el Caribe, y cerca de un millón en América del Norte.¹⁷

La infección por el VIH ha afectado desproporcionadamente a los hombres que tienen relaciones homosexuales sin protección y a los usuarios de drogas inyectables; la transmisión heterosexual muestra también un incremento progresivo, como lo indican las tasas ascendentes en mujeres y lactantes.¹⁸

Las primeras experiencias de infecciones vaginales 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.^{19, 20}

Muchos son los gérmenes patógenos que causan infecciones de transmisión sexual y entre ellos están^{21, 22}

- **Bacterias:** neisseria gonorrhoeae, chlamydia trachomatis, treponema palidum Haemophilus ducrey, micoplasmas hominis, Ureaplasma urealyticum, calymmatobacterium granulomatis., shigella spp, campylobacter spp, streptococcus del grupo B, microorganismos bacterianos asociados con la vaginosis.
- **Virus:** virus del herpes humano tipo 1 ó 2, virus del herpes simple, virus del herpes humano tipo 5, citomegalovirus, virus de la hepatitis B, virus del papiloma humano, virus del molusco contagioso, virus de la inmunodeficiencia humana.
- **Protozoos:** entamoeba histolytica, giardia lamblia, trichomonas vaginales.

- **Hongos:** *Candida albicans*.
- **Ectoparásitos:** *Phthirus pubis*, *Sarcoptes scabiei*.²³

Las prevalencias de ITS observadas con frecuencia en los adolescentes sexualmente activos tanto con síntomas del tracto genital bajo como sin ellos incluyen, *Chlamydia trachomatis* entre el 10-25%, gonorreas de *Neisseria* entre un 3-18%, sífilis de un 0-3%, *Trichomonas vaginalis* entre 8-16%, y el virus del herpes simple de un 2-12%. Entre muchachos adolescentes sin síntomas de uretritis, las tasas aisladas incluyen *Chlamydia trachomatis* de un 9-11% y gonorreas de *Neisseria* 2-3%.²⁴

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 profesionales, quienes al no encontrar ni *Candida* ni *Trichomonas* 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"^{25, 26}

La vaginosis bacteriana, caracterizada por un desequilibrio del ecosistema vaginal, lo que favorece un sobrecrecimiento de la microbiota bacteriana aerobia y anaerobia, incluidos los micoplasmas o ureaplasmas, o ambos.²⁷

En 1955 Gardner y Dukes describen un síndrome vaginal nuevo, inicialmente conocido como vaginitis inespecífica, e identificaron un nuevo organismo, nombrado *Haemophilus vaginalis* el cual se pensó que era el agente causal. Este germen fue llamado por corto tiempo *Corynebacterium vaginalis* ahora es identificado como *Gardnerella vaginalis*.²⁸

De hecho, las características taxonómicas de *Gardnerella vaginalis* se fueron modificando a través del tiempo. 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. Estos hallazgos también se han encontrado en algunas de las pacientes con vaginosis bacteriana que

acuden a la Clínica de Infecciones 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.^{29,30,31}

Esto se confirma 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. Recientemente se ha publicado que el uso de anticonceptivos locales como el nonoxinol-9 que puede proteger contra la trichomoniasis y la vaginosis bacteriana; en este último caso los hormonales orales no ejercen ninguna influencia³².

Las trichomonas vaginales fueron descritas por primera vez por Donné en 1836, pero no es hasta 1950 que es relacionada con infecciones de transmisión sexual. *Trichomonas vaginalis* es el más sencillo de todos los parásitos protozoos, flagelado, ovoide móvil que mide de 10-20 micrómetros.

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. Su motilidad está relacionada por cuatro flagelos ubicados en la parte anterior y además la membrana ondulante.

La vaginosis bacteriana no está sólo asociada con la presencia de *Gardnerella vaginalis*, la etiología de esta afección se ha atribuido al denominado complejo GAMM dado por: *Gardnerella vaginalis* asociada con agentes anaerobios como son bacteroides; peptococos, peptoes-treptococos, enterobacterias, además del *Micoplasmas hominis*, *Ureaplasma urea-lyticum* y el *Mobiluncus curtissii*. La proliferación de estos gérmenes producto de la perturbación del ecosistema microbiano de la vagina con desplazamiento de los lactobacilos, produce un desequilibrio con producción de poliaminas por las bacterias anaerobias³³.

Así como ácidos orgánicos que son citotóxicos y producen exfoliación de las células vaginales que originan la secreción característica de esta entidad y el típico olor a pescado al volatizarse las aminas ante un pH alto, como ocurre con la presencia del semen o al agregársele a las secreciones una solución de hidróxido de potasio al 10 %.³⁴

El diagnóstico positivo de vaginosis bacteriana requiere al menos 3 de los 4

Criterios clínicos siguientes:

1. Leucorrea homogénea amarillenta
2. pH vaginal > 4,5
3. Test de aminas positivo
4. Presencia de células guías.

La *Candida albicans*, un hongo grampositivo que desarrolla filamentos, crecen en carbohidratos y prefieren los ácidos pH 5,0 y 6,5. Representa entre el 20 y 25 % de las infecciones vulvovaginales, son más frecuentes en el embarazo, uso de anticonceptivos orales, pacientes diabéticas, con el uso de antibióticos y en las obesas.

Se manifiesta, sobre todos con prurito vaginal y preferentemente vulvar, flujo blanco, espeso, grumoso. Las formas principales de infección son a través de manos, toallas, coito, agua de baño y otros utensilios.³⁵

La Tricomoniasis es un padecimiento que se caracteriza por ser efectivamente de transmisión sexual

Trichomonas vaginalis puede adherirse fácilmente al epitelio vaginal por medio de adhesinas y además sus factores de virulencia están estrechamente relacionados a complicaciones prenatales y entre ellas a amenaza de parto pretérmino y ruptura prematura de membranas³⁶.

Esta infección se considera clásicamente como una infección 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. 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 humana³⁷.

Si el diagnóstico se hace en niñas, es necesario descartar abuso sexual. Es importante conocer que no hay inmunidad protectora en la infección por *trichomonas* y es factible por consiguiente que haya múltiples reinfecciones que por lo general cursan sin síntomas y de manera muy significativa en el hombre³⁸.

El impacto creciente que tienen las infecciones de transmisión sexual en la salud de las mujeres 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.

El herpes genital es un virus similar al del herpes que aparece en la boca y se transmite por vía sexual. También puede trasladarse a la boca durante el sexo oral. veces los síntomas aparecen mucho tiempo después de la infección, incluso años³⁹.

El virus produce unas dolorosas úlceras alrededor de la vagina y en el pene. Al igual que el herpes labial, una vez que el virus entra al cuerpo permanece ahí durante toda la vida, así que las úlceras pueden reaparecer.

El virus del herpes pertenece a un amplio grupo del cual cinco especies contaminan

habitualmente al ser humano. Hay que distinguir el herpes con manifestaciones en boca, de transmisión bucofaríngea a través del contacto de la boca, que puede dar lugar a lesiones genitales y el Herpes 2, con manifestaciones en las vías urinarias y genitales^{40,41}.

El herpes del recién nacido es casi siempre de tipo 2, consecuencia de un herpes genital de la madre. El interés de esta infección va en aumento debido a su papel en la etiología del contagio del cuello uterino. Los síntomas son vesículas únicas o múltiples, pruriginosas, que causan comezón, y aparecen en cualquier lugar en los genitales. La lesión primaria puede persistir de tres a seis semanas, mientras que los síntomas que reaparecen periódicamente, duran entre siete y diez días⁴².

La infección primaria puede acompañarse de signos generales:

fiebre, dolor de cabeza, y falta de apetito. Las lesiones se presentan a nivel de la vulva en la mujer o vestíbulo de los labios y de la zona del clítoris.⁴³

Debe sospecharse siempre un Herpes genital ante la presencia de vesículas y/o ulceraciones genitales. El diagnóstico clínico es fácil en una infección primaria y complejo en casos de recaídas. Deberá hacerse la identificación de las lesiones características por citología, cultivo, o mediante la preparación de un frotis de Tzank con raspados de las lesiones.

El tratamiento del adolescente con herpes genital es sintomático. La región genital debe mantenerse limpia y seca. A veces, la aplicación de ungüento de xilocaína al 2% Alivia las molestias al producir analgesia local; también pueden administrarse

analgésicos sistémicos. En los casos de disuria o ardor al orinar severa se recomienda a las pacientes orinar sentadas en una bañera⁴⁴.

Los mejores resultados se han logrado con Aciclovir oral, que ha demostrado ser efectivo para reducir la excreción del virus, acelerar la cura de las lesiones y disminuir la duración del dolor.

Se sospecha una relación entre el herpes genital y el carcinoma del cuello uterino. La adolescente infectada con herpes debe ser informada de esta relación y de que debe someterse a la prueba de Papanicolaou una vez al año. Durante el primer trimestre del embarazo el herpes genital puede provocar aborto espontáneo y posteriormente graves problemas al recién nacido⁴⁵.

Los adolescentes con herpes genital requieren atención especial. La recurrencia imprevisible de los ataques y el hecho de que la enfermedad es incurable pueden causar gran ansiedad, pérdida de confianza en sí mismo y disfunción sexual. Por lo tanto, el adolescente debe recibir apoyo psicológico y al mismo tiempo debe ser orientado en relación con la responsabilidad que tiene por ser portador de virus herpético durante toda la vida. Además, las lesiones abiertas facilitan la infección con el virus de la inmunodeficiencia adquirida. Las relaciones sexuales monógamas, el uso de condones y la abstinencia sexual ayudan a prevenir nuevas infecciones.⁴⁶

Los condilomas o verrugas genitales son sumamente comunes y contagiosas, causadas por el virus del papiloma humano, VPH o HPV, por sus siglas en inglés. Se transmite al mantener relaciones sexuales por vía oral, genital o anal con un infectado aunque también puede contraerse con simple contacto de piel a piel. Se manifiesta en forma de verrugas localizadas en los genitales o el ano. Sin atención médica, las verrugas crecen y toman una forma similar a una coliflor.

En los hombres, las verrugas genitales se pueden observar generalmente en la cabeza del pene. En las mujeres, algunos tipos de HPV pueden llegar a producir cáncer del cuello del útero. Los síntomas incluyen, además de las verrugas, malestar permanente en la zona genital. Si una mujer embarazada tiene condilomas, su hijo puede infectarse durante el parto. El tratamiento de los condilomas suele ser rápido y sencillo. Se aplican cremas o se extirpan las verrugas con calor, frío, láser o una pequeña intervención quirúrgica.⁴⁶

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

La lesión de condiloma acuminado puede abarcar cualquier parte de la región genital, incluyendo la vagina, la uretra, la vejiga y el recto y puede hallarse extremadamente extendido. Las lesiones son más severas en aquellas pacientes que tienen secreción vaginal, poca higiene personal o perspiración profusa, así como en pacientes embarazadas. Puede haber lesiones planas e infección subclínica.⁴⁷

No existe un tratamiento satisfactorio. Actualmente el tratamiento local con ácido tricloracético 50-90% tiene una buena acogida por tener menos toxicidad. Se aplica semanalmente, no requiere lavado posterior y duele sólo los primeros 30 minutos. Otra posibilidad es el uso de tintura de podofilina, que puede usarse en porcentajes que oscilan entre el 3 y el 25%, aplicada en las lesiones, especialmente en casos en que el área afectada es menos de 2 cm. Este tratamiento está contraindicado durante el embarazo. Se debe usar vaselina para proteger los tejidos sanos circundantes y es importante lavar cuidadosamente la región 2 a 4 horas después de la aplicación de podofilina. Las aplicaciones pueden ser necesarias semanalmente y son más efectivas en aquellas lesiones que son húmedas.⁴⁷

El virus de la hepatitis B es la única infección de transmisión sexual que se puede prevenir con una vacuna.

Es muy contagioso y representa un peligro grave para la salud de las adolescentes que no son vacunadas. En 1996 se publicó la recomendación de varias organizaciones médicas de vacunar en forma universal contra la hepatitis B a cualquier adolescente no vacunado entre 11 y 12 años de edad, y a los mayores con riesgo.

Esta vacuna se administra en forma de varias inyecciones en el músculo deltoides y se repite entre un mes y dos meses después y entre cuatro y seis meses más tarde.

Después de tres dosis, más de 90% de las personas vacunadas posee una concentración protectora de anticuerpos; la tercera dosis es especialmente importante para la inmunidad prolongada. Si la serie se interrumpe después de la primera o segunda dosis, la faltante se debe administrar tan pronto como sea posible, aunque no es necesario comenzar de nuevo la serie. Cuando un adolescente no vacunado tiene contacto con el virus de la Hepatitis B mediante relaciones sexuales sin protección o el contacto de líquidos corporales, se le debe administrar profilaxis con inmunoglobulina de hepatitis B, e iniciar la serie de vacunas dentro de los primeros 14 días después de la exposición.⁴⁸

La Clamidia es una de las enfermedades bacteriológicas más común. Se transmite a través del sexo vaginal, anal y oral. También al compartir juguetes sexuales o de la madre al hijo durante el embarazo o el parto. Se cura con un antibiótico y la mejor prevención es el preservativo. Se la conoce como “la infección silenciosa” pues en la mayoría de los casos no manifiesta síntomas.⁴⁹

Puede infectar la células del cuello del útero, la uretra, el recto y, a veces, la garganta y los ojos. Si no se detecta a tiempo puede provocar la enfermedad inflamatoria pélvica cuyas consecuencias son el dolor pélvico crónico y esterilidad.

En las mujeres, los síntomas son flujo abundante, sangrado anormal entre los períodos menstruales o durante el acto sexual, dolor al tener relaciones o al orinar y en la parte baja del abdomen.

En los hombres se manifiesta con un líquido blancuzco que sale de la uretra y dolor al orinar o en los testículos.⁵⁰

La gonorrea es una infección bacteriológica de transmisión sexual que puede infectar la uretra, el cuello del útero, el recto, el ano y la garganta, si se ha practicado sexo oral.

Los síntomas normalmente aparecen entre 1 y 14 días después de la relación sexual.

Es posible no tener síntomas, y los hombres suelen notarlos más que las mujeres. Estos pueden ser ardor al orinar, líquido blanco o amarillo que sale por el pene, flujo vaginal amarillento e irritación o flujo por el ano.

Una infección de gonorrea durante un embarazo puede causar problemas graves al bebé. Si una madre está infectada puede pasarle la gonorrea a su bebé durante el parto. Se cura fácilmente con antibióticos, pero si no se trata, en la mujer la gonorrea, así como la clamidia, se puede convertir en enfermedad inflamatoria de la pelvis que puede impedirle tener hijos. Si no se trata en los hombres, también puede dejarlos estériles⁵¹.

Otra de las infecciones que se conoce desde hace varios siglos es la sífilis, que a pesar de curar fácilmente con antibióticos o penicilina, causa miles de muertes en todo el mundo. Se contagia por sexo oral, vaginal o anal, por contacto con la piel de un infectado o al compartir juguetes sexuales. También se puede transmitir en una transfusión de sangre. Se lo puede contagiar la embarazada a su bebé, lo que

se conoce como sífilis congénita⁵¹.

Los síntomas coinciden en hombres y mujeres pero pueden ser difíciles de identificar parecidos a los de la fiebre y la gripe e incluso imperceptibles.

En una primera etapa, dos o tres semanas después de que la bacteria haya entrado en el cuerpo, aparecen unos chancros en forma de lastimaduras, generalmente indoloros.

Si no se trata durante mucho tiempo, la sífilis puede provocar graves daños al corazón,

el cerebro, los ojos y otros órganos internos y provocar la muerte. Se detecta con un exudado o análisis de sangre y observación de la zona genital. La sífilis aumenta notablemente el riesgo de contraer el virus del SIDA.^{52,53}

Otro aspecto de interés es su asociación con otras enfermedades de transmisión sexual, como las moniliasis, las vaginosis bacterianas, infecciones por el virus del Papiloma Humano.⁵⁴

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) infecta a las células del sistema

Inmunológico y las destruye, reduciendo la capacidad del cuerpo para protegerse de otras infecciones y del cáncer. El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un [lentivirus](#) de la familia [Retroviridae](#), causante del [síndrome de inmunodeficiencia adquirida](#) ([sida](#)). El [vibrión](#) es esférico, dotado de una envoltura y con una cápside proteica. Su genoma es una cadena de [ARN](#) monocatenario que debe copiarse provisionalmente al [ADN](#) para poder multiplicarse e integrarse en el genoma de la [célula](#) que infecta. Los antígenos [proteicos](#) de la envoltura exterior se acoplan de forma específica con proteínas de la membrana de las células infectables, especialmente de los [linfocitos](#) T CD4.⁵⁵

El proceso de conversión de ARN en ADN es una característica principal de los [retrovirus](#) y se lleva a cabo mediante acciones [enzimáticas](#) de [transcriptasa inversa](#). Con la demostración de la existencia de la transcriptasa inversa, se inició en la década de [1970](#) la búsqueda de los retrovirus humanos, que permitió el

aislamiento en [1980](#) del virus de la [leucemia](#) de células T del adulto, HTLV-I (*R. Gallo y cols.*)

El VIH tiene un [diámetro](#) de aproximadamente 100 [nanómetros](#). Su parte exterior es la "cubierta", una membrana que originalmente pertenecía a la célula de donde el virus emergió. En la cubierta se encuentra una proteína del virus, la gp41, o glicoproteína transmembran. Conectada a la gp41 está la gp120, la cual puede unirse al receptor CD4 localizado en la superficie de los linfocitos T para penetrar en ellos. El núcleo tiene la cápside, compuesta por la proteína p24. En su interior está el ARN, la forma de información genética del VIH.⁵⁶

Hasta la actualidad no se ha encontrado la cura para esta enfermedad, la persona queda infectada de por vida. Si empieza a desarrollar infecciones o cáncer se considera que tiene Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirido o SIDA⁵⁷.

El VIH se transmite sólo a través del ingreso de sangre, semen, fluidos vaginales o Leche materna al cuerpo. Las dos maneras más frecuentes de contagiarse: por sexo vaginal o anal sin condón o por compartir jeringas o agujas infectadas. El virus puede pasar de madre a bebé antes o durante el parto y al darle de mamar. Otras vías de contagio son las transfusiones de sangre, el sexo oral y en menor medida en el dentista o a través de besos, si ambas personas tienen heridas en la boca⁵⁸.

Los síntomas no son inmediatos. La única forma de detectar el virus es por medio de un examen de sangre. Para los adolescentes que se infectan con VIH el pronóstico es grave. A veces pasa mucho tiempo antes de que el paciente desarrolle SIDA y tal vez no lo hagan.

La gente con SIDA actualmente vive más tiempo que al comienzo de la epidemia y su calidad de vida ha mejorado. Hay varios factores que son responsables de este progreso. Las infecciones oportunistas que matan a la mayoría de los pacientes con

SIDA son diagnosticadas y tratadas más rápidamente con antibióticos apropiados, aerosol de pentamidina; la terapia antiviral con zidovudina AZT que reduce la frecuencia y/o severidad de dichas infecciones y finalmente, la calidad de los programas de atención médica y los sistemas de apoyo han mejorado.⁵⁸

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

El inicio de la adolescencia se sitúa entre los 10 y 12 años y generalmente está asociado a los primeros signos de maduración propios de la pubertad, la misma se extendería como el proceso de llegar a ser física y sexualmente maduro y desarrollar las características del género del individuo alcanzando la plena capacidad reproductiva⁵⁹.

A continuación se definen algunos conceptos para delimitar el significado con el que son utilizados en el presente trabajo.

Riesgo:

En el ámbito sanitario se entiende por riesgo la probabilidad de sufrir un daño para la salud. En nuestro caso se refiere a la probabilidad de adquirir una ITS. Por ejemplo: Chlamydia, sífilis, hepatitis B, condilomas o VIH.

Factor de riesgo:

Toda variable cuya presencia aumenta la probabilidad de que el daño se produzca. Por ejemplo desconocer que existen las infecciones de transmisión sexual o no saber usar el preservativo.

Comportamiento de riesgo:

Conducta que conlleva la exposición a adquirir una ITS. Por ejemplo la penetración vaginal sin preservativo.

Sexo seguro o comportamientos preventivos:

Prácticas sexuales en las que el riesgo se elimina o minimiza. Por ejemplo caricias, masturbación mutua o penetración vaginal con preservativo.

Práctica sexual de riesgo es toda aquella que supone contacto oral o genital directo con piel o mucosas genitales, semen, flujo vaginal o sangre. Se recogen en la siguiente tabla las prácticas sexuales más frecuentes y los riesgos de ITS que conllevan:

Práctica sexual	Infección de Transmisión Sexual
Penetración sin preservativo	Infección Gonocócica, No gonocócica
Vaginal	Herpes genital / Chancro blando
Anal	Condilomas (HPV)
	Hepatitis B
	Sífilis
	VIH/SIDA
Felación (Chupar el pene)	Gonococia faríngea
	Herpes
	Condilomas
	Hepatitis B
	Sífilis
	VIH/SIDA
Cunnilingus (Chupar, lamer el clítoris)	Infección gonocócica, no gonocócica
	Herpes / Chancro blando / Condilomas
	Hepatitis B

Sífilis

VIH/SIDA

Anilingus (Lamer el ano)

Infecciones por gérmenes intestinales
(enterocolitis, amebiasis, giardiasis)

Hepatitis A

Contacto directo piel-piel (o
mucosa-piel)

Herpes

Chancro blando

Condilomas acuminados

Moluscus contagioso

El hecho de que personas bien informadas, con capacidad para pensar de forma lógica, inteligentes y que se comportan de forma eficaz y coherente en otras áreas de su vida, mantengan comportamientos de riesgo que pueden comprometer de forma grave su salud, su economía e incluso su supervivencia, ilustra la naturaleza aparentemente contradictoria del comportamiento humano. Ejemplos de ello son el importante número de médicos que fuman; el amplio porcentaje de fumadores que sobreviven a un infarto y retoman el hábito tabáquico al cabo de un tiempo o la cantidad de personas que, estando bien informadas sobre ITS y métodos de prevención, tienen prácticas sexuales sin protección con personas de las que desconocen su situación serológica^{59, 60}.

El análisis funcional del comportamiento de riesgo realizado por Ramón Bayés enfatiza la naturaleza hedonista del ser humano y la importancia del tiempo transcurrido entre la conducta y sus consecuencias. Según esto, los comportamientos sexuales de riesgo, por ejemplo: penetración sin preservativo o lamer los genitales sin protección son seguidos de forma inmediata y cierta por consecuencias positivas, mientras que las consecuencias negativas como por ejemplo: herpes, sífilis o VIH son tan sólo probables "puede que sí y puede que no" y además a largo plazo, semanas, meses e incluso años después. Esta relación temporal entre el comportamiento y sus consecuencias y la influencia que estas tienen sobre el comportamiento, dificulta el cambio de conducta.

Según este planteamiento las consecuencias positivas inmediatas, breves, pero seguras, tienen más peso sobre nuestro comportamiento que la posibilidad de tener consecuencias negativas, graves, en el futuro⁶¹.

Esta perspectiva de análisis comportamental, no solo explica los comportamientos sexuales de riesgo sino que puede ser aplicado a los comportamientos de riesgo en general: consumo excesivo de grasas de origen animal, la vida sedentaria, conducir a alta velocidad, consumo excesivo de alcohol u otras drogas.

Existen dos tipos de comportamiento sexual: comportamiento sexual sin penetración y comportamiento sexual con penetración. El primero incluye la masturbación y el “pettin”, con la práctica estricta de ambas existe un riesgo nulo de embarazo o de contagio con cualquier tipo de infección de transmisión sexual. Por comportamiento sexual con penetración entendemos todas aquellas prácticas donde existe penetración del pene en la vagina, boca o ano y por tanto si no se utilizan medidas preventivas existe el riesgo de infección por VIH/SIDA u otra de las infecciones de transmisión sexual e incluso de embarazo en el caso de la penetración vaginal⁶².

Los principales factores que definen la gravedad de las epidemias y que despiertan la inquietud de los expertos en salud pública son la presencia de obstáculos sociales y culturales para modificar los comportamientos de alto riesgo, especialmente los más vulnerables, el desplazamiento de la epidemia de infección por VIH a las poblaciones más jóvenes, la continua vulnerabilidad biológica, social y económica de las mujeres, así como la falta de métodos de protección eficaces como microbicidas, barreras físicas y químicas que la población femenina pueda utilizar de manera fácil y sistemática; la presencia confirmada de diversos subtipos patógenos de VIH-1 en la región, la aparición de farmacorresistencia en los agentes patógenos de transmisión sexual, incluido el VIH.^{62,63}

Existen diferencias sutiles en cuanto a sexo, para la realización de conductas de riesgo. Parece ser que los chicos cometen más conductas de riesgo en su afán de buscar sensaciones sexuales, y por presión de los iguales, lo que puede hacer necesario el incluir en los programas de prevención estrategias para que los adolescentes aprendan a satisfacer sus preferencias por la búsqueda de sensaciones sexuales, a través de

comportamientos sexuales novedosos y estimulantes que impliquen un riesgo mínimo. De otra parte, si bien es posible que sean ellos quienes realicen un mayor número de conductas de riesgo, las consecuencias de estas parecen sufrirlas más las mujeres; así se ha incrementado el número de abortos en adolescentes y el número de mujeres infectadas por VIH según el Ministerio español de sanidad y política⁶³.

Entre las variables que se han identificado como factores de riesgo, atendiendo al comportamiento individual encontramos las actitudinales, instrumentales y justificaciones como las más frecuentes. Sobre las primeras y las últimas es más difícil intervenir directamente, no así sobre las instrumentales que son directamente abordables en intervenciones preventivas.

Actitudinales:

Este grupo de variables son complejas y se relacionan con las actitudes y valores que se adoptan a nivel individual como es la percepción de riesgo o colectivo.

Nula o baja Percepción de Riesgo:

Tener percepción de riesgo, en este contexto, es ser consciente de la probabilidad que uno tiene de adquirir una ITS en una situación determinada. Hay algunos factores que hacen que esta percepción disminuya e incluso que desaparezca, como son:

En primer lugar la infravaloración del riesgo personal que es la tendencia a atribuirnos menos riesgos a nosotros mismos que a los otros, sin tener razones para ello. También encontramos la habituación al riesgo que se produce al realizar, de forma habitual, comportamientos de riesgo sin que tengan consecuencias negativas por lo que acaban por no parecer arriesgados, por último está la ilusión de invulnerabilidad, favorecida por la habituación al riesgo, supone creerse a salvo del peligro de manera infundada⁶⁴.

Tener percepción de riesgo es ser consciente de que existe la probabilidad de infectarse en una situación determinada.

Otro factor que contribuye a disminuir o eliminar la percepción de riesgo es el tipo de relación: en las relaciones esporádicas la percepción de riesgo suele ser mayor pero, en las relaciones estables, disminuye o desaparece al sentirse los miembros de la pareja seguros.

No obstante, existen dos situaciones de relación estable donde la sensación de seguridad es en realidad una falsa seguridad como son: en caso de infidelidad no confesada: donde la pareja que ha tenido relaciones con una tercera persona no se lo comunica a la otra por miedo a las consecuencias, con lo que la expone a riesgo sin ser aquella consciente la monogamia serial: consiste en relaciones monógamas de exclusividad, con una sola persona, que duran un tiempo limitado. Al concluir una se inicia otra relación, también monógama y exclusiva, y así sucesivamente es decir serie de parejas. Esto hace que los miembros de la pareja se sientan seguros respecto a las ITS y por tanto ven innecesaria la protección, con lo que a medida que pasa el tiempo los riesgos se van sumando y llevando a las futuras parejas.^{63,64}

Los comportamientos de riesgo son reforzantes por sí mismos debido a las consecuencias positivas e inmediatas que conllevan como placer, alivio de tensión y comunicación íntima, pero además, en muchas ocasiones, son reforzados por la propia pareja, el grupo de amigos o el contexto socio cultural del individuo. Ejemplos de ello serían: la pareja para la que no usar preservativo es un símbolo de amor y confianza o el grupo de amigos que considera la satisfacción sexual mediante prácticas sin penetración como de "segunda categoría" o el entorno social donde se produce la misma desvalorización del coito con preservativo⁶⁴.

No atribuir un valor positivo a los comportamientos preventivos supone dificultar su adopción, dada la influencia que sobre el comportamiento de las personas tiene la respuesta o reacción de los otros.

Instrumentales:

Son variables que favorecen los comportamientos de riesgo y sobre las que se puede intervenir directamente e instrumentalizar con fines preventivos.

Si bien se ha comprobado que la información es una condición necesaria pero no suficiente para adoptar comportamientos preventivos, la desinformación o información errónea dificulta la prevención aun cuando existiera voluntad de protegerse. Por ejemplo, si no se sabe que existen determinadas infecciones como los condilomas, herpes y otras no se sentirá la necesidad de hacer nada para protegerse de ellas. Si no se conocen los síntomas que producen será más difícil identificar una posible infección adquirida.

Asimismo, si se desconocen los métodos preventivos adecuados para las diferentes prácticas sexuales lo más probable es que no sean utilizados.

Por otro lado, si la información no es correcta, también va a dificultar los comportamientos preventivos adecuados. Por ejemplo si se considera que solo existe riesgo de ITS cuando hay penetración, aumentará el riesgo de exponerse a todas aquellas que se pueden producir en juegos sexuales en los que no se llega a penetrar pero que incluyen contacto con la piel o mucosas genitales de la pareja⁶⁵.

Los comportamientos de riesgo son más probables cuando se carece de las habilidades necesarias para realizar conductas preventivas. Estas habilidades son de dos tipos:

Manipulativas:

Son habilidades prácticas relacionadas con el uso correcto y eficaz de los métodos preventivos. Por ejemplo, si no se sabe colocar correctamente el preservativo o utilizar un método de barrera en el cunnilingus o el "beso negro", es más probable que se produzca la exposición al riesgo.

Sociales

En las relaciones sexuales siempre está implicada, como mínimo, otra persona. Si no se dispone de las destrezas necesarias para negociar el uso de los métodos preventivos, habilidades de negociación, o las destrezas sociales que se requieren para obtener dichos métodos, por ejemplo comprar preservativos, la probabilidad de que se mantengan relaciones sexuales de riesgo aumenta.

Además de información, se necesita aprender habilidades prácticas para realizar sexo más seguro

Las dificultades para hablar de sexualidad dificultan la comunicación del deseo y las intenciones sexuales, impidiendo la planificación y favoreciendo la "espontaneidad", dejando que la conducta sexual "ocurra" como algo en lo que no se debe intervenir.

En muchas ocasiones se mantienen comportamientos de riesgo por no disponer de los útiles necesarios para la protección. Ello puede ser debido a lo inesperado del encuentro sexual, pero adquiere más importancia cuando la carencia de métodos preventivos se debe a la inexistencia en el entorno cercano de los referidos métodos por ejemplo, no se

venden ni facilitan preservativos bien el acceso a ellos es difícil por diversas razones como pueden ser el precio, número de lugares y horarios de venta, lejanía⁶⁶.

Las variables siguientes disminuyen de forma importante la percepción de riesgo y favorecen los comportamientos de exposición al mismo. Se agrupan en este bloque porque aparecen muy frecuentemente como justificación explicativa "a posteriori" de los comportamientos sexuales de riesgo.

El aspecto, la imagen, las características externas son la primera información que normalmente tenemos sobre alguien en el momento de conocerle. Los signos externos poseen un significado socioculturalmente asignado, que se suele generalizar a la valoración global que hacemos de las personas. Pero, en realidad, no indican nada acerca de los riesgos a los que estas se han expuesto, en sus relaciones sexuales, ni las infecciones que puedan portar.

Todos solemos sentirnos más seguros ante personas conocidas, con las que se ha generado confianza. Ante ellas la percepción de riesgo disminuye. Hay personas que se protegen cuando tienen relaciones con personas a las que no conocían previamente y que tienen prácticas sexuales de riesgo con personas a las que ya conocían. Asimismo, como se dijo al hablar de los casos de la infidelidad no confesada o la monogamia serial, en las relaciones estables la percepción de riesgo desaparece, pudiendo uno de los miembros de la pareja o ambos, estar exponiéndose a adquirir una ITS sin ser conscientes de ello⁶⁷.

Que alguien sea conocido nuestro o que nos resulte atractivo, disminuye nuestra percepción de riesgo.

Otra situación, en que la confianza personal favorece los comportamientos de riesgo, es el caso de parejas que al inicio de la relación utilizan el preservativo como anticonceptivo, pero que a medida que la relación se estabiliza y aumenta la confianza entre ellos cambian el método anticonceptivo por otro, sin comprobar previamente la ausencia de infecciones y comenzando a exponerse a posibles ITS que pudiera tener su pareja.

El consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas como cocaína, cánnabis y éxtasis reduce la percepción de riesgo, aumenta la desinhibición sexual y disminuye los mecanismos de control, favoreciendo las relaciones sexuales de riesgo. El consumo de

alcohol asociado al mantenimiento de relaciones sexuales aumenta la probabilidad de exposición al riesgo de ITS.

En definitiva son muchas las variables que influyen en el comportamiento humano haciéndolo tan complejo en su relación con los comportamientos sexuales de riesgo.

Los factores relacionados con el riesgo, no son exclusivamente de índole individual. Hay factores de tipo sociocultural y económico que generan situaciones favorecedoras de los comportamientos de riesgo y dificultan la intervención preventiva, como son: la exclusión social, la pobreza extrema, el hacinamiento o el desarraigo, entre otros.

La minimización de los riesgos es posible. Se puede aprender y resulta eficaz para prevenir las ITS.

VARIABLES QUE JUNTO A LA EDAD, GÉNERO Y VALORES CULTURALES DE LOS DESTINATARIOS, HAY QUE TENER PRESENTES AL PLANTEARSE LAS INTERVENCIONES PREVENTIVAS, PARA ESTABLECER LAS ESTRATEGIAS MÁS ADECUADAS A CADA SITUACIÓN.

Las ITS proporciona la presencia de complicaciones, entre las que se incluye dolor abdominal crónico o infertilidad en mujeres, muerte por sepsis, embarazo ectópico y cáncer de cuello de útero, aborto espontáneo, enfermedad pélvica inflamatoria, infecciones que pueden producir ceguera o neumonía en recién nacido, estenosis de la uretra en los hombres, infertilidad masculina, así como consecuencias sociales: Cuando una persona se entera que su pareja sexual tiene una ITS, pueden generarse serios conflictos interpersonales.⁶⁸

Las ITS no sólo aumentan las probabilidades de contraer la infección por el VIH, sino que son en sí misma un grave problema de salud. Aunque no se conoce el verdadero número de casos sintomáticos de ITS; se calcula en la región una cifra de incidencia de 50 millones de ITS tratables. Hay una gran necesidad de fortalecer la capacidad para evaluar mejor la situación de las ITS, los comportamientos de riesgo asociados con su transmisión y los factores que obstaculizan su prevención y control.

Es importante educar a los adolescentes acerca de las ITS. La educación debería

comenzar en la casa, pero los programas educativos de los colegios también son importantes. El inicio de la vida sexual activa a una edad temprana, tiende a aumentar la cantidad de parejas de la persona, y en consecuencia también lo hace el riesgo de él o ella de contraer una ITS.

Biológicamente, las niñas jóvenes son más susceptibles a la infección. Aunque usted no puede controlar las acciones de su adolescente o preadolescente, usted puede ayudar a que su hijo entienda los riesgos de una vida sexual activa y que esté bien esperar para tener sexo^{68,69}.

La manera más efectiva de prevenir las infecciones de transmisión sexual es evitar el contacto de las partes del cuerpo o de los líquidos que pueden provocar que se transmita un microorganismo. Idealmente, ambos miembros de la pareja deben conseguir pruebas para ITS antes de iniciar el contacto sexual, independientemente de que ambos hayan o no hayan tenido encuentros sexuales previos con otras personas; sin embargo, ciertas ITS, particularmente ciertos virus persistentes, como por ejemplo el VPH, pueden ser imposibles de detectar con los procedimientos médicos actuales, y pueden ser asintomáticos. La prevención es también clave en el manejo de las ITS virales, pues son incurables. Muchas enfermedades que establecen infecciones permanentes pueden ocupar el sistema inmune; así, otras infecciones podrán transmitirse más fácilmente. El llamado sexo seguro debe llamarse más bien sexo protegido o sexo con protección.⁶⁹

Se dispone de algunas vacunas para proteger contra algunas ITS virales como, por ejemplo, la hepatitis B y algunos tipos de VPH. Es aconsejable la vacunación antes del contacto sexual, para asegurar la máxima protección.

El sistema inmunitario innato, que lleva las defensas contra el VIH, puede prevenir la transmisión del VIH cuando las cuentas virales son muy bajas, pero si está ocupado con otros virus o abrumado, el VIH puede establecerse. Ciertas ITS virales también

aumentan mucho el riesgo de muerte para los pacientes infectados con VIH.

Alrededor de un 15 por ciento de los contagios se producen por causas desconocidas no relacionadas con el contacto sexual. Es decir, un 7 por ciento de los contagios se producen en lugares públicos, aseos, saunas, piscinas, paritorios. El 8 por ciento restante se contagian a través de otras partes del cuerpo como manos, pies y piel.

Estos contagios son especialmente peligrosos en el caso de la sífilis, ya que, al no tener conciencia del contagio, la enfermedad avanza a estados más graves. En el caso del VIH, los contagios por causas desconocidas disminuyen al 2 por ciento. Los investigadores achacan este 2 por ciento al uso del condón. Estudios más rigurosos demuestran que se debe a errores de clasificación, a mutaciones genéticas, a errores de diagnóstico o a tos con esputos sanguíneos. Estos contagios se presentan en 1 de cada 1.000.000 habitantes⁶⁹.

Los preservativos o condones solamente proporcionan protección cuando se utilizan correctamente como barrera desde/hacia el área que cubren. Las áreas descubiertas todavía son susceptibles a muchas de estas infecciones. En el caso del VIH, las rutas de transmisión sexual implican casi siempre el pene, puesto que este no puede esparcirse a través de la piel intacta; así, al proteger el pene de la vagina o del ano con un condón usado correctamente, se impide con eficacia su transmisión. Un líquido infectado en una piel rota que llevase a la transmisión directa del VIH no sería considerado "transmitido Sexualmente", pero puede ocurrir teóricamente durante el contacto sexual; esto puede evitarse simplemente dejando de tener contactos sexuales cuando se tiene una herida abierta. Otras ITS, incluso infecciones virales, se pueden prevenir con el uso de los condones de látex como barrera.

Los condones están diseñados, probados y manufacturados para no fallar nunca si se usan apropiadamente. El condón nunca es un cien por ciento seguro.⁷⁰

El uso apropiado exige:

- No poner el condón demasiado firme en el extremo, dejando 1,5 cm en la extremidad para la eyaculación. Si se coloca el condón muy apretado, es posible que falle.
- Usar un condón nuevo para cada encuentro sexual.
- No usar un condón demasiado flojo, pues puede hacer fracasar la barrera.
- No voltear el condón después de haber terminado, aunque no haya habido eyaculación.
- No usar condones elaborados con sustancias diferentes al látex y el poliuretano, pues no protegen contra el VIH.
- Evitar dejar el condón en el calor porque pueden desgastarse.
- Evitar el uso de lubricantes basados en aceite o cualquier cosa que contenga aceite con los condones de látex, ya que el aceite puede hacer que se rompan.
- Evitar el uso de doble condón, pues la fricción entre ambos puede hacer que se rompan.

La abstinencia sexual es la manera más efectiva de evitar las ITS, aunque mantenerse con una sola pareja que no esté infectada, y mantener una relación de largo plazo mutuamente monógama con una pareja que no esté infectada ha dado resultados positivos.

El vacunarse tempranamente, antes de la exposición sexual, también es efectivo en la prevención de ciertos tipos de infecciones de transmisión sexual. Las vacunas están disponibles para prevenir dos de tipo virales que pueden producir cáncer , virus papiloma

humano y hepatitis B. La vacuna para el VPH es recomendada para todas las niñas entre 9 y 26, y las de la hepatitis B usualmente se les pone a los recién nacidos.

Otra forma de prevención es evitando el contacto vaginal y anal con nuevas parejas hasta que ambos hayan sido examinados para ver si tienen alguna ITS. El sexo oral es menos riesgoso, pero use un condón de látex y protección bucal para prevenir contacto directo entre la mucosa genital y oral.

Recuerde que los métodos anticonceptivos que no son de barrera como la píldora anticonceptiva o los dispositivos intrauterinos, no protegen contra estas enfermedades. No tome alcohol en exceso y no consuma drogas si está bajo la influencia, está más expuesto a tomar riesgos sexuales.

Evite contactos sexuales anónimos, casuales, no busque parejas sexuales en Internet, en bares o en otros lugares de contactos casuales. No conocer a su pareja sexual aumentará su riesgo de posibilidad de exposición a una ITS⁷⁰.

Antes de cualquier contacto sexual serio, comunicarse con la pareja acerca de practicar sexo seguro. Alcanzar un acuerdo explícito cuáles actividades estarán bien y cuáles no. Además existe evidencia acerca de que la circuncisión puede ayudar a reducir el riesgo del hombre de adquirir VIH de una mujer infectada en un 50% a 60%. La circuncisión del hombre podría también ayudar a prevenir la transmisión de VPH y herpes genital. Si los exámenes muestran que tiene alguna ITS, sus parejas sexuales, incluyendo las actuales y otras parejas que haya tenido entre los últimos tres meses a un año, necesitan ser informadas para que así sean examinadas y tratadas en caso de estar infectadas.

La notificación oficial y confidencial efectiva de las parejas limita la diseminación de las ITS, particularmente la sífilis y el VIH. Esta práctica también guía a los que están en riesgo hacia una apropiada asesoría y tratamiento. Y debido a que se puede contraer una ITS más de una vez, la notificación de la pareja reduce el riesgo de ser reinfectado.⁷⁰

Cada infección de transmisión sexual requiere un tratamiento especial. Avisar a quien se crea que pueda haberse contagiado.

Dado que la conducta sexual no parece fácil de cambiar al asentar sus raíces en los estilos de vida y la identidad personal, debemos tratar de instaurar estilos de vida saludables en el

ámbito de la sexualidad, antes de que patrones de conducta sexual se hayan establecido, dentro de paradigmas biospiciosocial de salud .Para ello deberemos conocer los comportamientos sexuales de los jóvenes e identificar aquellas variables con las que explicar la conducta sexual de estos , variables que permitan optimizar los recursos preventivos encaminados a instaurar conductas que no impliquen riesgo para la salud de los sujetos.

Por tanto la salud sexual es importante en el desarrollo del ser humano, el desconocimiento de la misma constituye el riesgo principal para la aparición de las enfermedades que afectan seriamente al hombre de manera genérica.

La experiencia ha demostrado, sin embargo, que puede cambiarse el curso natural de la epidemia con una combinación adecuada de liderazgo y acción integral. Ahora sabemos que los enfoques exhaustivos de prevención son los que obtienen mejores resultados.

OBJETIVO GENERAL:

Modificar el nivel de conocimientos sobre aspectos preventivos en relación con las ITS/VIH/SIDA, en jóvenes de la comunidad Barrio Unión en el territorio de Valencia, durante el período de 1 de Julio 2012 a 1 de Julio 2013.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

_ Identificar el nivel de conocimiento antes y después de la intervención educativa acerca de las vías de contagio y modos de transmisión de las ITS, VIH/SIDA.

_ Evaluar el conocimiento en los adolescentes antes y después de la

intervención educativa sobre los síntomas de las ITS, VIH/SIDA.

_ Determinar el nivel de conocimiento relacionado con la responsabilidad e importancia del uso del preservativo.

HIPOTESIS:

Diseñar y aplicar un programa educativo en jóvenes de la comunidad Barrio Unión en Valencia, sobre aspectos preventivos relacionados con las ITS/VIH/SIDA incrementará el nivel de conocimientos de las enfermedades como parte de una estrategia de promoción y prevención de salud en la atención primaria.

DISEÑO METODOLOGICO

Se realizó una intervención educativa con el propósito de modificar conocimientos, en relación a la prevención de las infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, en jóvenes de la Comunidad Barrio Unión en el Estado Carabobo en el Municipio Valencia en el periodo comprendido entre julio 2012 y julio del 2013.

El universo quedó constituido por los 96 jóvenes entre 15 a 18 años que radican en la comunidad.

Para realizar esta investigación se solicitó el consentimiento informado a cada uno de los que accedieron a participar en la investigación, manteniendo el anonimato y la confidencialidad de las informaciones recogidas. (Anexo 1).

En la selección se tomaron en cuenta los siguientes criterios:

INCLUSION:

-Voluntariedad para participar en la investigación.

EXCLUSION:

- Enfermedad o condición que imposibilitaron la aplicación del instrumento de la investigación

SALIDA

-Fallecimiento de alguno de los miembros.

-Adolescentes que se encontraban de tránsito en la comunidad y que se trasladaron durante el período de la investigación.

Operacionalización de las variables.

1. Nivel de conocimiento sobre vías de transmisión de las infecciones de transmisión sexual, variable cualitativa nominal dicotómica.

Escala: Adecuado o Inadecuado.

Descripción: Según nivel de conocimiento.

Indicadores: Cantidad de adolescentes según nivel de conocimiento.

2. Nivel de conocimiento acerca de los síntomas de las infecciones de transmisión sexual, variable cualitativa nominal dicotómica.

Escala: Adecuado o Inadecuado.

Descripción: Según nivel de conocimiento.

Indicadores: Cantidad de adolescentes según nivel de conocimiento.

3. Nivel de conocimiento acerca de las complicaciones de las ITS/VIH/SIDA, variable cualitativa nominal dicotómica.

Escala: Adecuado o Inadecuado.

Descripción: Según nivel de conocimiento.

Indicadores: Cantidad de adolescentes según nivel de conocimiento.

4. Nivel de conocimiento acerca del uso del condón, variable cualitativa nominal dicotómica.

Escala: Adecuado o Inadecuado.

Descripción: Según nivel de conocimiento.

Indicadores: Cantidad de adolescentes según nivel de conocimiento.

5. Nivel de conocimiento de conductas de riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, variable cualitativa nominal dicotómica.

Escala: Adecuado o Inadecuado.

Descripción: Según nivel de conocimiento.

Indicadores: Cantidad de adolescentes según nivel de conocimiento.

6. Nivel de conocimiento acerca del VIH/SIDA, variable cualitativa nominal dicotómica.

Escala: Adecuado o Inadecuado.

Descripción: Según nivel de conocimiento.

Indicadores: Cantidad de adolescentes según nivel de conocimiento.

7. Nivel de conocimiento de los aspectos psicosociales de las ITS/VIH/SIDA, variable cualitativa nominal dicotómica.

Escala: Adecuado o Inadecuado.

Descripción: Según nivel de conocimiento.

Indicadores: Cantidad de adolescentes según nivel de conocimiento.

ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION

Para la realización de esta investigación se solicitó el consentimiento informado de cada uno de los participantes (Anexo 1).

Este estudio constó de 3 etapas:

I.- ETAPA DIAGNÓSTICA

II.- INTERVENCIÓN EDUCATIVA PROPIAMENTE DICHA

III.- EVALUACIÓN

I.- ETAPA DIAGNÓSTICA

Se aplicó una encuesta de siete preguntas, la evaluación se realizó mediante los resultados de esta, clasificándose los conocimientos como Adecuados si se obtenían 70 puntos o más e Inadecuados si la cifra alcanzada era menor de 70 puntos. La calificación individual por preguntas se hizo de la siguiente manera:

Indicador 1: Conocimientos sobre vías de trasmisión de las ITS (15puntos)

Las ITS/VIH/ SIDA pueden transmitirse por:

- a) Relaciones sexuales desprotegidas ___ C___ (3 puntos)
- b) Por picaduras de insectos ___ I ___ (3 puntos)
- c) Por transfusiones de sangre ___ C___ (3 puntos)
- d) Compartir jeringuillas, agujas y otros materiales sin esterilizar ___ C___
(3 puntos)
- g) Por compartir vasos y alimentos ___ I ___ (3 puntos)

Se considera Adecuado si tiene tres ítems correctos.

Inadecuado: Si tiene 3 errores o más.

Indicador 2: Conocimientos acerca de los síntomas de las ITS (15 puntos)

¿Cuáles son los síntomas de una infección de transmisión sexual? Marque con una C las correctas y con una I las incorrectas.

- a) Secreción por el pene o vagina ___ C___ (3 puntos)
- b) Hipertensión arterial ___ I ___ (3 puntos)
- c) Llagas o úlceras en el área genital ___ C___ (3 puntos)
- d) Sangre al orinar ___ I ___ (3 puntos)
- e) Picazón en el área genital ___ C___ (3 puntos)

Se considera Adecuado si tiene tres ítems correctos.

Inadecuado: Si tiene 3 errores o más.

Indicador 3: Conocimiento acerca de las complicaciones de las ITS/VIH/SIDA

(15 puntos)

Marque con una (V) las afirmaciones que son verdaderas y con una (F) las que considere falsas.

- a) Hepatitis viral A ____F____(3 puntos)
- b) Esterilidad en ambos sexos ____V____ (3 puntos)
- c) Glaucoma ____F____ (3 puntos)
- d) Inflamación pélvica en las mujeres ____V____ (3 puntos)
- e) Cáncer cérvico - uterino ____F____ (3 puntos)

Se considera Adecuado si tiene tres ítems correctos.

Inadecuado: Si tiene 3 errores o más.

Indicador 4: Conocimientos acerca del uso del condón (15 puntos)

Conteste verdadero (V) o falso (F)

- a) Los condones evitan el embarazo. ____V____ (3 puntos)
- b) Los condones reducen el placer. ____F____ (3 puntos)
- c) Su uso es útil sólo para parejas ocasionales. ____F____ (3 puntos)
- d) Son para usarlo sólo las personas que practican la prostitución y el homosexualismo. ____F____ (3 puntos)
- e) El condón previene de las ITS. ____V____ (3 puntos)

Se considera Adecuado si tiene tres ítems correctos

Inadecuado: Si tiene 3 errores o más

Indicador 5: Conocimientos acerca de conductas de riesgo de contraer ITS

(15 puntos)

Marque con una (C) las conductas que pueden constituir una conducta de riesgo para contraer ITS y con una I las incorrectas

- a) Relaciones sexuales desprotegidas ____C____ (3 puntos)
- b) Cambio frecuente de pareja ____C____ (3 puntos)
- c) Donar sangre con frecuencia ____I____ (3 puntos)
- d) Hombres que tienen sexo con otros hombres ____C____ (3 puntos)
- e) Ingerir bebidas alcohólicas siempre que se va a tener sexo ____C____
(3 puntos)

Se considera Adecuado si tiene tres ítems correctos.

Inadecuado: Si tiene 3 errores o más.

Indicador 6: Conocimientos acerca del VIH/SIDA (15 puntos)

Señale si es Verdadero (V) o Falso (F)

- a) El sida tiene cura. ____F____ (3 puntos)
- b) El VIH infecta al organismo mediante 3 vías: las relaciones sexuales desprotegidas, exposición directa a sangre contaminada y madre infectada al feto. ____V____ (3 puntos)
- c) El sida se puede prevenir con vacunas. ____ F____ (3 puntos)
- d) El VIH/SIDA se trasmite por el uso colectivo de servicios sanitarios. ____F____

(3 puntos)

- f) El sida se transmite por compartir socialmente con personas seropositivas. ___F___
(3 puntos)

Se considera Adecuado si tiene tres ítems correctos.

Inadecuado: Si tiene 3 errores o más.

Indicador 7: Conocimiento acerca de los aspectos psicosociales de las ITS/VIH/SIDA (10 puntos).

Marque verdadero (V) o falso (F) las siguientes afirmaciones:

- a) Las personas viviendo con el VIH/SIDA, deben mantenerse en sanatorios, para que no contagiar a los demás. ___F___ (2 puntos)
- b) Las personas viviendo con el VIH/SIDA, pueden incorporarse a su vida laboral. ___V___
(2 puntos)
- c) Las personas viviendo con el VIH/SIDA, deben recibir afecto y cariño. ___V___
(2 puntos)
- d) Las personas viviendo con el VIH/SIDA, son personas marginales, por lo que deben ser apartadas. ___F___ (2 puntos)
- e) Las personas viviendo con el VIH/SIDA, deben ser respetadas como a las demás personas. ___V___ (2 puntos)

Se considera Adecuado si tiene tres ítems correctos.

Inadecuado: Si tiene 3 errores o más.

Para la evaluación final de los resultados de la encuesta, también se tomó en consideración una escala cuantitativa que nos permitió resumir los resultados alcanzados por cada adolescente. La misma fue definida de la siguiente manera:

- Adecuado: 70 % o más de preguntas evaluadas de correctas en cada encuesta. (70 puntos).
- Inadecuado: Menos del 70 % de las preguntas evaluadas de correctas en cada encuesta. (Menos de 70 puntos)

II.-ETAPA DE INTERVENCIÓN

Estrategia general de intervención educativa sobre ITS/VIH/SIDA.

Como proceso educativo de intervención comunitaria se seleccionó una de las variantes de la educación (el curso), cuyo diseño contempló: determinación de los objetivos, selección del contenido y su estructuración temática, elección de los métodos y formas de enseñanza a emplear, selección de los medios utilizados, la técnica grupal y el sistema de evaluación.

Se conformaron 4 grupos de estudio integrado por 24 jóvenes y se elaboró y aplicó el programa educativo **“Por una juventud alegre y sana”**.

El referido programa se impartió durante 3 meses, con una frecuencia de 2 horas por encuentro, 5 temas con una duración de 4 horas cada uno y 4 horas para un taller integrador para un total de 24horas, realizado en la comunidad.

DOSIFICACION DEL BLOQUE TEMATICO DE LA ESTRATEGIA CAPACITANTE

No.de encuentros	Horas /Clases	Bloque temático	Profesor	Forma organizativa de enseñanza
1 y 2		Infecciones de transmisión sexual más frecuentes. Concepto.	Dra. Zuset López	Conferencia y discusión

	4	Etiología .Formas de transmisión. Manifestaciones clínicas. Complicaciones. Tratamiento. Prevención.	Mendoza	grupal.
3 y 4	4	VIH/SIDA. Concepto. Etiología .Formas de transmisión. Manifestaciones clínicas. Complicaciones. Tratamiento. Prevención.	Dra. Zuset López Mendoza	Conferencia y discusión grupal.
5 y 6	4	Comportamiento sexual de riesgo. Concepto de riesgo. Aspectos fundamentales del sexo seguro. Comportamientos sexuales preventivos.	Dra. Zuset López Mendoza	Conferencia y discusión grupal.
7 y 8	4	Aspectos psicosociales y éticos en las ITS en especial en el VIH/SIDA.	Dra. Zuset López Mendoza	Conferencia
9 y 10	4	Afectación psicológica en el paciente afecto con el VIH/SIDA. Comportamiento de apoyo y ético de la familia y la comunidad	Especialista en Psiquiatría del CAT.	Conferencia.
11	4	Taller Integrador	Dra. Zuset López Mendoza	Taller Integrador

PLAN TEMATICO

Tema 1

Infecciones de transmisión sexual más frecuentes. Concepto. Etiología .Formas de transmisión. Manifestaciones clínicas. Complicaciones. Tratamiento. Prevención.

Tema 2

VIH/SIDA. Concepto. Etiología .Formas de transmisión. Manifestaciones clínicas. Complicaciones. Tratamiento. Prevención.

Tema 3

Comportamiento sexual de riesgo. Concepto de riesgo. Aspectos fundamentales del sexo seguro. Comportamientos sexuales preventivos.

Tema 4

Aspectos psicosociales y éticos en las ITS en especial en el VIH/SIDA.

Tema 5

Afectación psicológica en el paciente afecto con el VIH/SIDA. Comportamiento de apoyo y ético de la familia y la comunidad.

PROGRAMA ANALITICO

Tema 1: Infecciones de transmisión sexual. Características clínicas.

Infecciones de transmisión sexual más frecuentes. Concepto. Etiología. Formas de transmisión .Manifestaciones clínicas. Complicaciones. Tratamiento. Prevención.

Objetivo: Que los participantes sean capaces de conocer los aspectos más importantes de las ITS, como realizar un autodiagnóstico precoz y los aspectos fundamentales del tratamiento.

Desarrollo: Se le explicó a cada joven los fines de la investigación, la importancia de adquirir conocimientos para evitar las infecciones de transmisión sexual. Se designó un líder para el grupo que fungió como monitor principal. El tema se dividió en dos encuentros.

Tiempo de duración: Cuatro horas.

Medios de enseñanza: Láminas, pizarra, plumón.

Forma de organización de la enseñanza (FOE): Conferencia.

Método: Expositivo y Taller.

Técnica participativa: El Solapín o presentación por pareja.

En el segundo encuentro al finalizar se realizaron preguntas de control:

¿Cómo sospecharías que puedes estar infectado con una infección de transmisión sexual?

¿Cómo tú y tu pareja pueden prevenirla?

Tema 2: Infección por VIH/SIDA.

SIDA .Concepto .Etiología. Formas de transmisión. Manifestaciones clínicas. Complicaciones. Tratamiento .Prevención.

Objetivo:

Valorar la importancia de la correcta identificación de las principales vías de transmisión del SIDA, sus aspectos clínicos, éticos y su repercusión social. Prevención. Prevención.

Desarrollo: Se inició el tema realizando un bosquejo histórico del empleo de los primeros casos de VIH/SIDA, sus formas de transmisión, haciendo énfasis en los mitos que acompañan a esta enfermedad y sobre todo en los aspectos preventivos.

Tiempo de duración: Cuatro horas.

Medios de enseñanza: Pizarrón, láminas ilustrativas, plumón.

Forma de organización de enseñanza (FOE): Clase teórico práctica.

Método: Explicativo- Ilustrativo.

Técnica Participativa: Lluvia de ideas.

Al finalizar la actividad y para evaluar el alcance de los objetivos propuestos se realizaron las siguientes preguntas de comprobación:

¿Cuáles son las principales vías de transmisión del VIH/SIDA?

¿Sabes cómo evitarlo?

Tema 3: Comportamiento sexuales de riesgo.

Concepto de riesgo. Aspectos fundamentales del sexo seguro. Comportamientos sexuales preventivos.

Objetivo: Que los participantes sean capaces de conocer los aspectos más importantes de las conductas de riesgo, que adquieran percepción del mismo y como adquirir comportamientos sexuales preventivos.

Tiempo de duración: Cuatro horas.

Medios de enseñanza: Pizarrón, láminas ilustrativas, plumón.

Forma de organización de la enseñanza: Conferencia y Taller.

Método: Explicativo y discusión grupal.

Técnica Participativa: Dando vueltas.

Al finalizar la actividad y para evaluar el alcance o no del objetivo propuesto se realizó la siguiente pregunta de comprobación:

Mencione cuáles son las principales acciones a seguir para obtener una conducta sexual segura.

Tema 4: Aspectos Psicosociales y éticos de las ITS/VIH/SIDA.

Objetivo: Abordar los aspectos éticos en estas enfermedades.

Formas organizativas de la enseñanza: Conferencias, video, debates, talleres, y discusión grupal.

Desarrollo: Se comenzó realizando las preguntas de control del tema anterior, se rememoraron los aspectos más relevantes de la clase y se procedió a definir los términos más importantes del tema en cuestión, así como los aspectos éticos que rodean al paciente afecto de una ITS.

Tiempo de duración. Cuatro horas.

Medios de enseñanza: pizarrón, láminas, plumón.

Forma de organización de enseñanza: Clase taller.

Método: Discusión Grupal.

Técnica de participación: Pie forzado.

Al finalizar la actividad se evaluó el alcance del objetivo propuesto y se realizó la siguiente pregunta de control:

¿Qué harías tú si te enfrentaras a una amigo o familiar afecto de VIH/SIDA?

Tema 5

Afectación psicológica en el paciente afecto con el VIH/SIDA. Comportamiento ético y de apoyo de la familia y de la comunidad.

Objetivo: Que los participantes sean capaces de conocer los aspectos más importantes de la afectación biosicosocial en el paciente enfermo de una ITS.

Desarrollo: Se comenzó haciendo preguntas de control de la clase anterior y posteriormente se realizó un breve recordatorio del contenido de la misma. Se enfatizó en los factores que se asocian a la afectación psicosocial de los pacientes enfermos.

Tiempo de duración: Cuatro horas.

Medios de enseñanza: Pizarrón y láminas ilustrativas.

Formas de organización de la enseñanza: Conferencia.

Método: Expositivo.

Técnica participativa: La tarjeta preguntona.

Al finalizar la actividad se evaluó el alcance del objetivo propuesto y se realizó la siguiente pregunta de comprobación.

¿Cuáles son las afectaciones psicológicas más importantes en pacientes enfermos con una ITS?

Tema 6: Consolidación de los aspectos tratados en el curso.

Objetivo: Promover a través del debate el esclarecimiento de interrogantes propias de los temas tratados.

Desarrollo: Se dividió el grupo en 5 equipos, los cuáles eligieron temas ya tratados y en forma de escenificación se presentaron casos simulados, los cuáles fueron debatidos ampliamente por los participantes.

Técnicas afecto participativas:

Constituyen un conjunto de procedimientos encaminados a modificar los procesos educativos. También están dedicadas a estimular los conocimientos, actitudes, prácticas y objetivos en el fortalecimiento de la conducta. Estas pueden ser:

Técnicas de presentación y animación.

Técnicas de análisis general.

Técnica de presentación y animación: Son aquellas que se utilizaron al inicio de la jornada para permitir la interrelación de los participantes, así como después de momentos de intenso trabajo para hacerlos descansar y reintegrarlos a las tareas.

Fueron aplicadas:

El Solapín o presentación por parejas.

La tarjeta preguntona.

La lancha.

Técnicas de análisis general: Son técnicas que pueden ser utilizadas para el tratamiento de cualquier tema. Fueron utilizadas para la presente investigación:

Lluvia de ideas.

Dando vueltas.

Pie forzado.

Técnica participativa usadas en la sección 1:

El Solapín o presentación por parejas:

El facilitador dio la bienvenida a los participantes .La técnica el Solapín fue empleada para propiciar la presentación de cada uno de ellos para esto se le colocó a cada persona una tarjeta de papel en blanco sujeto por una presilla en la ropa, bien visible y se les explicó que debían escribir en ella el nombre por el cuál se les conoce, no necesariamente su verdadero nombre, puede ser apodo o pseudónimo si le agradaba, se precisó además su edad. El facilitador quedó incluido en la presentación y animó a los participantes a que se presentara uno a uno siendo él el último.

Durante este período se trató de crear un clima de confianza y se aclaró que no hay profesor alumnos , si no cursistas y facilitadores y se llamó a cada quien de acuerdo al nombre escrito en su Solapín, además se establecieron las normas con cada pareja en la intervención. Luego en el máximo de tres minutos por parejas para la presentación se procedió a la aplicación de la encuesta inicial, contando con 40 minutos para la redacción de la misma.

Recursos: Hojas impresas, hojas en blanco, y bolígrafo.

Técnica participativa usada en la sección 2.

Lluvia de ideas.

Se desarrolló el tema a través de una lluvia de ideas donde el coordinador preguntó cómo podían identificarse las características de las infecciones de transmisión sexual y cuáles eran las que conocían, luego cada participante a partir de su realidad y experiencia, expresó una idea acerca del tema a tratar. Mientras los participantes iban emitiendo opiniones, el coordinador fue anotando en la pizarra lo que ellos fueron significando; una vez terminado este paso se discutió y se escogieron aquellas ideas que resumían la opinión de la mayoría del grupo, profundizando cada aspecto del tema y elaborando conclusiones, de acuerdo a lo reflejado en la información visible en el retroproyector.

Recursos: Pizarra, plumón, retroproyector y láminas.

Técnicas participativas usadas en la sección 3.

Dando Vuelta.

Se desarrolló el tema a través de “Dando vueltas” donde el coordinador organizó el salón, sentando a los participantes en forma de círculos e informó en qué consistía la técnica; señaló que todo aquel que fuese señalado por la botella tenía que mencionar una medida preventiva para evitar las ITS/VIH/SIDA; el coordinador fue anotando en una hoja el nombre de cada participante y las respuestas dadas. Una vez terminado este paso, se discutió y analizó aquellas respuestas correctas determinándose cuáles de los participantes debían seguir profundizando en el contenido impartido.

Recursos: Hojas blancas, pizarrón, plumón y bolígrafo.

Técnica Participativa en la sección 4 y 6.

Pie Forzado.

Para desarrollar esta técnica de Pie Forzado , creamos dos grupos entre los participantes ; se impartió la conferencia y luego se dividió el aula en los grupos predeterminados; el coordinador le entregó a cada dúo en cada grupo , una hoja donde describía para la primera actividad (sección 4) diferentes conductas de riesgo sexual,

dándose 15 minutos para identificar cuáles eran las opciones correctas y las incorrectas .Para la sección 6 se describía el cuadro clínico de un enfermo después de una conducta de riesgo , y pasado 15 minutos debían mencionar la conducta adecuada ante cada caso. El grupo que respondió el mayor número de situaciones correctas acumuló más puntos y fue el ganador.

El coordinador debió actuar como un locutor de radio o televisión, el propósito consistió en darle más dinamismo a la técnica.

Recursos: Pizarra, retroproyector, láminas, plumones, hojas blancas y bolígrafos.

Técnica Participativa en la sección 5.

La Tarjeta Preguntona.

Para el desarrollo de esta técnica a través de la tarjeta preguntona , el coordinador organizó las mesas en formas de círculos y entregó una tarjeta que indicaba mencionar las alteraciones psicosociales de los pacientes afectos, los participantes comenzaron a hacer análisis de los aspectos éticos involucrados, y emitir los criterios correspondientes , estos últimos en ocasiones eran incorrectos y en otras correctos. Con la realización de esta técnica, se procedió a la apertura del taller, focalizando los errores de conocimientos de los participantes.

Recursos: Pizarra, plumón, tarjetas.

Técnica participativa utilizada en la sección 7.

Las Lanchas.

Se reforzaron los conocimientos a través de un comentario inicial; agrupando a los participantes en dúos que comentaron lo aprendido hasta ese momento, concentrándose en los aspectos preventivos para llegar a tener una juventud saludable y segura. Dispusieron de 10 minutos para el análisis, y estuvieron organizados en el círculo con el coordinador en el centro y atentos a los comentarios para aclarar cualquier duda. El

facilitador esclareció dudas y complementó profundizando sobre los posibles empleos en situaciones de contingencias.

Concluyó la técnica de animación “Las Lanchas” , donde todos los participantes se pusieron de pie y el coordinador entonces contó la historia siguiente: “Estamos navegando en un enorme bloque , pero vino una tormenta que está hundiendo el barco. Para salvarse, hay que subirse en unas lanchas salvavidas .Pero en cada lancha solo pueden entrar (se dice un número de) de personas”.

El grupo entonces formó círculos en los que estuvieron el número exacto que podían en cada lancha ; se fueron eliminando a los “ahogados” y así se prosiguió hasta que quedó un pequeño grupo que fueron los sobrevivientes del naufragio . Como en toda dinámica de animación, se dieron las órdenes rápidamente para hacerla ágil y sorpresiva.

2.3 Técnicas y Procedimientos .

Recolección y Procesamiento:

Se realizó una detallada revisión bibliográfica acerca del tema en la biblioteca municipal de Valencia, en la red de redes internet, la biblioteca virtual de salud con sitio en Infomed y también en la biblioteca del ASIC Bella Florida.

2.4 De procesamiento y análisis de la información.

La información obtenida se procesó en una base de datos en el sistema Windows 07 en una portátil Toshiba de 14 pulgadas para su posterior presentación mediante tablas de contingencias de doble entrada, utilizándose como medida de resumen el porcentaje. En todas las tablas donde existieron condiciones para su aplicación se utilizó la prueba de

McNemar como forma de comparación y validación con un error permisible de un 5% considerándosele como significativa cuando $P < 0,05$.

2.5 De discusión y síntesis.

Se realizó una detallada descripción de las tablas mediante el análisis inductivo- deductivo de los hallazgos encontrados, así como comparaciones con otras investigaciones realizadas sobre el tema, todo lo cual permitió alcanzar los objetivos propuestos , así como emitir las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

III ETAPA DE EVALUACIÓN.

Transcurridos 4 meses de la intervención, se aplicó el mismo cuestionario diseñado como instrumento evaluativo e igual sistema de calificación previsto y aplicado en la etapa diagnóstica, a fin de evaluar la modificación del nivel de conocimiento. Los datos fueron analizados y para su comprobación se aplicó la prueba de McNemar y la prueba de validación estadística X^2

La información obtenida se procesó en una base de datos en el sistema Windows 07 en una portátil Toshiba de 14 pulgadas para su posterior presentación mediante tablas de contingencias de doble entrada, utilizándose como medida de resumen el porcentaje. En todas las tablas donde existieron condiciones para su aplicación se utilizó la prueba de McNemar como forma de comparación y validación con un error permisible de un 5% donde se consideró como significativa cuando $P < 0,05$.

Discusión y Resultados.

La problemática de las Infecciones de transmisión sexual cada día cobra mayor importancia , y ésta se incrementa si se desarrolla en la adolescencia .De acuerdo a los conceptos de la organización mundial de la salud , adolescente es toda persona cuya edad esté comprendida entre 10 y 19 años, en la que se adquiere una filosofía de la vida y del mundo circundante , acorde a los cambios sexuales, las transformaciones físicas , el momento social en la cual se desarrolla y el equilibrio que se produce entre los diferentes intereses , motivaciones , objetivos y aspiraciones , que señalan un nivel de aceptación positivo o negativo de este grupo en el espacio social y el escenario cultural donde transcurren los años más importantes de su desarrollo humano.

Es por eso que las estrategias educativas en esta etapa son tan importantes, al incorporar conocimientos sobre aspectos poco conocidos por ellos y que tiene una gran repercusión en su salud y vida futura⁷¹.

Tabla 1

Conocimientos acerca de las vías y modos de transmisión de las ITS.

	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuados	26	27,08	94	97,92
Inadecuados	70	72,92	2	2,08
Total	96	100	96	100

*Los porcentos fueron sacados en función del total de la columna .p<0.05

**Los porcentos fueron sacados en función del total de cada fila.

El conocimiento de las vías y modo de transmisión de las ITS/VIH/SIDA constituye un aspecto de vital importancia, ya que es el sustento de la toma de medidas preventivas para no contraer la enfermedad⁷². Como se observa en la tabla No.1 antes de realizada la intervención solo un 27.08% tenían conocimientos adecuados acerca de las vías y modos de transmisión. Una vez concluida la etapa de intervención, los jóvenes comprendieron como se transmiten las ITS, y en especial la transmisión del VIH/SIDA, modificando favorablemente sus conocimientos ya que se logró que un 97,2% obtuvieran un conocimiento adecuado. Solo 2 jóvenes no lo lograron para un 2,08%. Ochoa,J.Sánchez y M Villalón, en una intervención educativa, realizada en la Ciudad de La Habana, obtuvieron resultados similares, resaltando la importancia de la inclusión de este aspecto en investigaciones educativas. Datos semejantes fueron obtenidos también en un estudio realizado en España en el 2011 donde la mayoría de los adolescentes conocían las vías de transmisión de las ITS/ VIH/SIDA al concluir la intervención educativa⁷³.

Tabla 2

Conocimientos acerca de los síntomas de las ITS.

	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuados	25	26,05	95	96,67
Inadecuados	71	73,95	1	3,33
Total	96	100	96	100

*Los porcentos fueron sacados en función del total de la columna. p<0.05**Los porcentos fueron sacados en función del total de cada fila.

En la tabla 2 se exponen los resultados de la modificación de los conocimientos sobre los principales síntomas que acompañan a las infecciones de transmisión sexual. Al aplicarse el cuestionario en la etapa diagnóstica, solo 25 jóvenes, para un 26,5% tenían un conocimiento adecuado. Una vez concluida la etapa de intervención, solamente un joven no pudo modificar positivamente sus conocimientos, para un 3,33%, mientras que un 96,67% obtuvieron conocimientos adecuados. El diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de estas enfermedades, resulta muy conveniente en la disminución de las complicaciones y muerte que a ellas se asocian, por lo que el conocimiento de los síntomas muchas veces ignorados u ocultados por los jóvenes en especial por los adolescentes. Herrera Travieso D. al estudiar el nivel de conocimientos sobre ITS en adolescentes, encontró niveles muy bajos acerca de los síntomas precoces de estas enfermedades, recomendando trabajar en estos aspectos. Otros autores revisados coinciden con estos planteamientos.^{74,75,76}

Tabla 3

Conocimientos acerca de las complicaciones de las ITS/VIH/SIDA.

	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuados	8	8,4	95	96,67
Inadecuados	88	91,6	1	3,33
Total	96	100	96	100

*Los porcentos fueron sacados en función del total de la columna. $p < 0.05$

**Los porcentos fueron sacados en función del total de cada fila.

La infecundidad, el embarazo ectópico, la infertilidad masculina y la muerte por sepsis, son algunas de las más frecuentes complicaciones que acompañan a las Infecciones de Transmisión Sexual^{77,78}, tema que ha sido tratado en amplios espacios de los medios de difusión masiva; sin embargo al analizar la tabla No.3 con respecto a la modificación de

conocimientos acerca de las complicaciones que pueden producir las ITS/VIH/SIDA, llama la atención que solo 8 jóvenes tenían conocimientos adecuados antes de la intervención ,para un 8,4%,por lo que fue este, uno de los temas a los que se le prestó especial interés. Una vez finalizada la intervención, 95 jóvenes adquirieron un nivel de conocimientos adecuado, lo que representó un 96,67% .En nuestra revisión no encontramos investigaciones que abordaran claramente este tema, por lo que no podemos hacer una comparación clara de la misma^{79,80,81} .

Tabla 4

Conocimientos acerca del uso del condón.

	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuados	20	20,84	94	97,92
Inadecuados	76	79,16	2	2,08
Total	96	100	96	100

*Los porcentos fueron sacados en función del total de la columna. $p < 0.05$

**Los porcentos fueron sacados en función del total de cada fila.

El uso del condón como forma de prevención de las ITS/VIH/SIDA ocupó un espacio importante en la estrategia de intervención, debido a que por mitos y tradiciones machistas es poco usado por los hombres^{82,83,84} . En la tabla 4 se observa que antes de la intervención solamente un 20,84% de los jóvenes poseían un correcto conocimiento sobre el uso del condón. Después de aplicada la intervención se modificó favorablemente a un 97,92%. En estudios realizados en Cuba y países considerados del primer mundo, todavía hay parejas que practican sexo desprotegido, la cual constituye la primera causa de adquisición de estas infecciones, en especial hombres que tienen sexo con otros hombres. Estudio realizado por Vera Luís y López Nahyr en Bucaramanga, arrojó que el 96% sabía que el condón debe usarse en todas las relaciones sexuales, sin embargo un 26.4% dejó de usarlo. Por otra parte en una encuesta llevada a cabo por Hernán, Ramos

y Fernández en el 2010 en el Consejo de la Juventud a jóvenes entre 13 y 18 años se puso de manifiesto que entre el 27 y el 46,5% informaron no haber utilizado el preservativo en ninguna ocasión sus últimas tres relaciones sexuales con penetración ⁸⁵.

Tabla 5

Conocimientos acerca de conductas de riesgo de contraer ITS.

	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuados	26	20,08	94	97,92
Inadecuados	70	79,92	2	2,08
Total	96	100	96	100

*Los porcentos fueron sacados en función del total de la columna. $p < 0.05$

**Los porcentos fueron sacados en función del total de cada fila.

En la tabla 5 se refleja que en el diagnóstico realizado a los jóvenes ,un 79,92% antes de la intervención tenía desconocimiento acerca de algunas conductas de riesgo, entre otras, la asociación de la práctica del sexo con la ingestión de bebidas alcohólicas o con algún estimulante del Sistema Nervioso Central, por solo mencionar algunas. Después de aplicada la intervención educativa, un 97,92% alcanzó conocimientos adecuados. Investigadores han incursionado sobre la necesidad de elevar el conocimiento sobre lo perjudicial que resultan las conductas de riesgo sexual en jóvenes y adolescentes pero no se registran estudios como tal ⁸⁶.

La mayor parte de los pacientes que contraen ITS/VIH/SIDA, son aquellos que por diferente motivos asumen en un momento de su vida o en gran parte de ella conductas de riesgo, y estas están vinculadas al desconocimiento, y a la seguridad de muchos jóvenes de que a ellos no les va a tocar enfermarse, por lo que las conductas de riesgo sexual no son privativas de aquellos llamados grupos de riesgo. El VIH/SIDA no selecciona a nadie

por edad, color de la piel, estatus económico o preferencia sexual. Cualquier persona que tenga prácticas de riesgo puede adquirirla⁸⁷.

Tabla 6

Conocimientos acerca del VIH/SIDA.

	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuados	14	14,58	94	97,92
Inadecuados	82	85,42	2	2,08
Total	96	100	96	100

*Los porcentos fueron sacados en función del total de la columna. $p < 0.05$

**Los porcentos fueron sacados en función del total de cada fila.

Desde la década de los 80, el SIDA, ha venido mutilando a la humanidad. Se ha convertido en una de las mayores pandemias que ha azotado al género humano. Los esfuerzos por combatir la epidemia se reflejan en el desarrollo de los medicamentos capaces de aumentar la esperanza de vida de las personas infectadas; sin embargo el único medio de prevenirla es conociéndola, para prevenir su contagio, ya que no existen aun vacunas eficaces para evitarla⁸⁸.

Al analizar la tabla No. 6 se observa que solo 14 jóvenes para un 14,58% antes de la intervención tenían un conocimiento adecuado sobre las características, evolución y formas de contagio, de la enfermedad. Después de la intervención, un 97,92% concluyó con conocimientos adecuados. Muchos son los investigadores que han trabajado este tema, aunque estos resultados hablan a favor de que se hace necesario profundizar en las investigaciones de intervención que modifiquen conocimientos, ya que aún no es suficiente. Resultados similares son los hallados por Gómez en el 2008, donde la mayoría refiere tener conocimientos acerca del VIH/SIDA⁸⁸.

Tabla 7

Conocimientos acerca de los aspectos psicosociales y éticos de las ITS/VIH/SIDA.

	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuados	6	6,25	93	96,9
	90	93,75	3	3,1
Inadecuados	96	100	96	100
Total				

*Los porcentos fueron sacados en función del total de la columna. $p < 0.05$

**Los porcentos fueron sacados en función del total de cada fila.

En la tabla 7 se reflejan las modificaciones de conocimientos sobre aspectos muy importantes como los que se refieren a las afecciones psicosociales en el paciente afecto por VIH/SIDA.

El contraer esta enfermedad, trae consigo una serie de afectaciones psicológicas para los enfermos, sus familias y amigos, así como una repercusión social importante para lo cual hay que estar pertrechado de conocimientos para un manejo adecuado de la situación. Esto involucra una serie de situaciones éticas⁸⁹. Antes de la intervención un 93,75% de los jóvenes poseían pocos conocimientos de las afectaciones psicológicas, sociales y éticas que acompañan a esta enfermedad, tales como discriminación, aislamiento, rechazo por amigos y familiares, pérdida de sus puestos laborales. Una vez recibida la intervención educativa, un 96% pasaron a poseer conocimientos adecuados, que los ayudó a comprender los efectos psicosociales negativos de esta enfermedad.

Miñoso Molina G. en su investigación llegó a conclusiones tales como que todos los entrevistados que se encontraban viviendo con VIH/SIDA recibieron algún tipo de discriminación, esta infunde miedo e intolerancia, exacerba las formas vigentes de marginación, los etiquetan como gays, se sienten cuestionados moralmente e identifican a

los centros de salud como los principales discriminadores, seguido de las familias y los centros laborales⁹⁰.

Otros autores, también han incursionado en investigaciones de este corte con resultados similares, con la recomendación de la necesidad de incrementar los conocimientos sobre este importante tema⁹¹

CONCLUSIONES

Después de la intervención educativa a los adolescentes de la comunidad Barrio Unión se constató que la mayoría de estos incrementaron los conocimientos sobre el comportamiento sexual de riesgo.

RECOMENDACIONES

- Generalizar en otras comunidades, el mismo modelo educativo propuesto en el presente trabajo, en aras de continuar elevando el nivel de conocimientos, sobre las ITS/VIH/SIDA, para contribuir a su prevención.
- Recomendamos rescatar el funcionamiento de los Círculos de Adolescentes en los Consultorios Médicos Populares de nuestra área de salud.
- Recomendamos generalizar el plegable diseñado para la intervención en otras localidades del país.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Rigol Ricardo Orlando. Obstetricia y Ginecología. Editorial Ciencias Médicas. Ciudad Habana 2004.

2. Kroeger A, Luna R. Atención primaria de salud. Salud materna-infantil.

OPS. México: Edit. Pax 2007:187-362.

.3. Macad Rodríguez H. Enfermedades de transmisión sexual en la adolescencia. Obstet y Ginecología Infanto Juvenil. Colectivo de Autores. 1996.

.4. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Factores de riesgo de bajo peso al nacer. En: Programa para la Reducción del Bajo Peso al Nacer. La Habana: Editorial Ciencias Médicas 2009:167-3.

. 5. Gallardo J, Valdés S, Díaz ME, Román C. Comportamiento de las enfermedades de transmisión sexual en pacientes con sepsis ginecológica. Rev. Cubana Obst Ginecol 2008; 26(1): 10-4.

6. Guinn DA, Goldenberg RL, Hauth JC. Risk factors for the development of preterm premature rupture of membranes after arrest of pater labor. Am J Obstet Ginecol 2008; 173(4):1310-5.

. 7. Castillo Salgado C. Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención Materno Infantil. Anuario estadístico de salud. La habana, ed. ciencias

med, 2008.

.8. Anuario estadístico de salud. La Habana, Ed Ciencias Med,

2008 Materno-Infantil. Washington: OPS: 1999:88

9. Arráiz N R., Messaria Ginestre P., Armindo Perozo M., Castellano M G., Urdaneta B y . García G. M “Diagnóstico molecular y prevalencia de infecciones por *Chlamydia trachomatis* en pacientes sintomáticas y asintomáticas de una población del estado de Zulia, Venezuela” Rev. Chil Infect 2007; 24 (1): 48-52

10. Porrás Fernández E, Romero González P, Conde Saure P, Jiménez Cardoso J.

“Conocimiento en adolescentes de la Parroquia Las Delicias en Venezuela sobre ITS”.

Gaceta Médica Espirituana 2007; 9(1)

11. Pérez González Raúl; Alegret Rodríguez Milagros; Sánchez Bermúdez, Raíza; Búsqueda de un programa de prevención para reducir las enfermedades por transmisión sexual. Rev. Cubana de Hig Epidemiol 1997; 34(2): 71-80.

12 - Organización Panamericana de la Salud. Sida e infecciones de transmisión sexual en las Américas. Rev. Panam Salud Pública 2007;6 , 215-19

13 Martínez Ricardo José Fariñas; Reinoso Ana Teresa. Uso del condón: Actitudes de un grupo de alto riesgo, Ciudad de La Habana, 1996. Rev Cubana de Hig Epidemiol 2008; 35(2): 106-10.

14 Xu et al. (2000). HIV-1 seroprevalence, risk factors, and preventive behaviours among women in northern Thailand. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome, 25(4):353–9.

15.- Akintola O, Quinlan T (2009). Report of the scientific meeting on empirical evidence for the demographic and socioeconomic impact of HIV/AIDS. Durban, 26–28 de marzo

16 .- Organización Panamericana de la Salud . Hacer frente al sida . Prioridades de la salud pública ante una epidemia mundial . Publicación científica No. 670 Washington DC OPS 2001.

17-Ortega Verdecia, B.P. Estudio de 280 pacientes con uretritis Rev. Cubana de Med Trop2007; 28(3); 133-41

18Almanza Martínez Caridad. Estudio comparativo de diferentes métodos para el diagnóstico de las Trichomonas vaginalis Rev. Cubana Obst y Ginecol 2006

19-Persaud NE ; Klaskala W; Tewari T . Drug use and syph. Cofactors for VIH transmission among comercial sex workers West Indian Med J 2008 Jun; 58(2): 52-6

20 Aquino González, Delso Lugones Botell . Inflamación pélvica aguda por enfermedad de transmisión sexual Rev. Cubana Obstet Ginecol 2010 .; 24(4): 453-60

21.- Frank M W Syphilitis Aortitis . Division of cardiothoracic Surgery . Disponible en: <http://www.circulation.org/cgi/content/full> Revisado Abril 2008-05-12

22 Suárez Reinaldo E. Frecuencia de la blenorragia en mujeres con inflamación pélvica aguda. Rev. Cubana de Hig y Epidemiol, 2007; 36(6) 633-44

23.- Pérez Castro Rafael. Incidencia de la blenorragia como causa de la inflamación pélvica aguda. Rev Cubana Obstet Ginecol 2010; 28(2): 253-60

24.-Silveira Pablo, Terapia con interferón y crioterapia en neoplasias intraepiteliales cervicales asociadas a infección por papiloma humano. Rev. Cubana de Oncol 2007; 16(2):8-14

25 Informe de 2012 sobre los países menos adelantados: Escapar de la trampa de la p, breza. Ginebra. Disponible en:

<http://www.unctad.org/Templates/webflyer.asp?docid=2026&intltemID=3075&lang=3&mode=highlights.ONUSIDA>

26-Organización Mundial de la Salud Directrices para el establecimiento de un programa Nacional de prevención y lucha contra el VIH/sida Serie OMS sobre sida. Ginebra: OMS, 2006

27-Gil Suárez Algunos factores epidemiológicos en la blenorragia. Rev Cubana de Hig y Epidemiol, 2008; 23(2) 233-44

28.- Riverón Rodríguez Caridad .Empleo del método directo para el diagnóstico de vaginitis por gardnella vaginalis. Rev. Cubana de Enfermería 2010 ;8(1):36-42

29.- Mateu Cortada Caridad , Berroa del Río Miriam . Diagnóstico de laboratorio de gardnella vaginalis. Rev Cubana de Hig y Epidemiol, 2009; 20(1) 133-44

30 -Botha. A case of oral syphilis Department of Oral Medicine and Periodontist. SADJ2009. Mar;54(3)134-5

31 St John, R.K Control de la sífilis y la blenorragia en Cuba . Un estudio. Rev. Cubana de Hig y Epidemiol, 2011; 10(2) 33-44

32 Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2007 .CD de la Maestría a distancia de Enfermedades infecciosas

33 Beckerman K 2010. Mothers, orphans and prevention of paediatric AIDS. Lancet, 359:1168–1169.

34 Instituto Nacional del Niño y la familia /UNICEF.-

35. Edwards RK, Ferguson RJ, Reyes L, Brown M, Theriaque DW, Duff P.

Assessing the relationship between preterm delivery and various

Microorganisms recovered from the lower genital tract. J Matern Fetal

Neonatal Med 2009;19(6):357-63.

36 -. Cedillo-Ramírez L, Gil C, Zago I, Yanez A, Giono S. Association of

Mycoplasma hominis and *Ureaplasma urealyticum* with indicators of
Non-specific vaginitis. Rev Latinoam Microbiol 2009; 42(1):1-6.

37-. Peláez Mendoza J. Adolescente y sexualidad. 2010.

38-. Klufio CA, Amoa AB, Delamare O, Hombhanje M, Kariwiga G, Igo J. Prevalence of vaginal infections with bacterial vaginosis, *Trichomonas vaginalis* and *Candida albicans* among pregnant women at the Port Moresby General Hospital Antenatal Clinic. P N G Med J. 2011; 38(3):163-71.

39-. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted
Diseases Treatment Guidelines 2006. MMWR 2007.

40 Goldenberg RL, Andrews WW, Yuan AC, MacKay HT, St. Louis ME.
Sexually transmitted diseases and adverse outcomes of pregnancy.
Clinics in Perinatology 2007.

41 -. Kong F, Ma Z, James G, Gordon S, Gilbert GL. Species identification
and subtyping of *Ureaplasma parvum* and *Ureaplasma urealyticum* using
PCR-based assays. J Clin Microbiol 2009;38(3):1175-9.

42 -. Álvarez M, Almanza C, Abad ema. Un enfoque preventivo Sobre infecciones de
transmisión sexual. Sexo soc 2011; 2 (5): 32-35.

43. Ortiz ZC, González Pedraza AA, Morales ER, Camorlinga PM, Giono
CS. Frecuencia de aislamiento de *Gardnerella vaginalis* y su relación
con probables factores de riesgo en vaginosis bacteriana. Rev Lat-amer
Microbiol. 2010; 60(4):683-5

44. Horowitz BJ, Edelstein SW, Lippmann L. Sexual transmission of Candida. *Obstet Gynecol.* 2010; 69(6):883-6.
45. Álvarez Sintés R. *Temas de Medicina General Integral*. Vol. II. Principales afecciones del individuo en los contextos familiar y social. ECIMED, La Habana 2009.
- 46 Castillo Salgado C. Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno-infantil. Washington: OPS: 2008:88.
- Ortiz RC, Ley M, Llorente C, Almanza C. Vaginosis bacteriana en mujeres con leucorrea. *Rev. Cubana Obstet Ginecol.* 2008; 26(2):74-81.
- 47 Guía sobre tratamientos de enfermedades de transmisión sexual del 2006 (*Guidelines for Treatment of Sexually Transmitted Diseases*),
- 48 Cuellar Cruz, María Isabel. Intervención educativa terapéutica para gestantes con infecciones de transmisión sexual. 2008.
- 49 Miller K, Ruiz D and Graves C. *Update on the Prevention and Treatment*
50. Dan M, Kaneti N, Levin D, Poch F, Samra Z. Vaginitis in a gynecologic practice in Israel: causes and risk factors. *Isr Med Assoc J.* 2010; 5(9): 629-32.
51. Rojas TJ, Ramirez FJ. Prevalencia de vaginosis bacteriana en el embarazo. *Ginecol Obstet.* 2009; 50(2): 101-5.

52. Guevara Cosme J. A, Marcos Fernández S. G, Montero Hechavarría E, Rodríguez Leyva B.A, Fernández Miralles R. M. Educación sanitaria sobre embarazo y aborto a alumnas de décimo grado del Instituto Preuniversitario Urbano "Ramón Campa Delgado". Medisan 2010; 14(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192010000100011&script=sci_arttext&tlng=pt

53 Leyva Ramírez N, Sosa Zamora M, Guerra Cuba D, Mojena Orúe D, Gómez Pérez N. Modificación de conocimientos sobre salud reproductiva en adolescentes con riesgo preconcepcional. Medisan 2011; 15(3). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552010000300012&script=sci_arttext&tlng=pt

54 Torriente Barzaga N, Diago Caballero D, Rizo Vázquez A,C, Menéndez López L. R. Conocimientos elementales sobre educación sexual en alumnos de una escuela secundaria básica urbana. Rev haban cienc méd 2010; 9(4). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2010000400018&script=sci_arttext&tlng=pt

55- Díaz Bravo, C. (2007). La educación de la sexualidad en un mundo mediático. Reflexiones desde Cuba. Revista Sexología y Sociedad. Año 15 No. 35, pp.26-30

56. Organización Mundial de la salud /ONUSIDA. La epidemia mundial de sida creciendo. Ginebra ONUSIDA (citado 20mayo2008) disponible en <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/aids.epidemic>.

57. Adolescencia. Boletín 54. Departamento provincial de Educación y Promoción para la Salud. Ciudad de La Habana 2009. Disponible en:

<http://www.sld.cu/temas.php?idl=137&idv=8743>

58. Oringanje Ch, Meremikwu M.M, Eko O, Esu E, Meremikwu A, Ehiri J.E. Intervenciones para la prevención de embarazos no deseados en adolescentes (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>

59. González Mora M del C, Hernández Gálvez L, Nieves Berrío M. Intervención educativa sobre algunos aspectos relacionados con la sexualidad en adolescentes de un consultorio del Policlínico “Belkys Sotomayor Álvarez” de Ciego de Ávila. *Mediciego* 2011; 17(2).

60. Conocimientos y comportamiento sexuales en torno al VIH-SIDA en la población de estudiantes de pregrado de la Universidad Santa María la Antigua Disponible en: URL:<http://www.usma.ac.pa/web/DI/images/IPC%20No.%204/p.03/12%20Fajardo.pdf>).

ONUSIDA. Resumen mundial de la epidemia VIH/SIDA 2007. Ginebra: ONUSIDA; 2007.

61. ONUSIDA/OMS. Situación de la epidemia de SIDA. Diciembre 2005. Ginebra, Suiza. (en línea) (20 Diciembre 2005) disponible en: URL: <http://www.unaids.org.bangkok2005.html>. Citado: 10 Sep 2007.

62. Torriente Barzaga N W. Conocimientos sobre la sexualidad en adolescentes de una secundaria básica. [Internet]. La Habana: infomed; 2008 [citado 18 Mar 2011]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312002000400007&script=sci_arttext.

63. Soler Cedré G. Por una cultura de la adolescencia y la juventud [Internet]. La Habana: infomed; 2006 [citado 18 Mar 2011]. Disponible en: <http://www.sld.cu/saludvida/temas.php?idv=11042>.
64. Álvarez Vázquez L, Rodríguez Cabrera A, Sanabria Ramos G. Salud sexual y reproductiva en adolescentes cubanos. 1ra ed. Ciudad de La Habana: Abril; 2009.
65. Rodríguez Cabrera A, Sanabria Ramos G, Álvarez Vázquez L, Gálvez González AM, Castañeda Abascal I, Rojo Pérez N. La gestión social como vía para mejorar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2008 [citado 18 Mar 2011]; 34(3): [aprox. 3 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000300014&lng=es&nrm=iso
66. Adolescencia y juventud en América Latina. [Internet]. La Habana: infomed; 2004 [citado 18 Mar 2011]. Disponible en: <http://www.educiac.org.mx/Biblio/Adolescencia>.
67. Ravelo A. Puertas al corazón. 1ra ed. La Habana: Editorial de la mujer; 2010.
- 68.** García Imia I, Ávila Gálvez E, Lorenzo González ALC, Marisela. Conocimientos de los adolescentes sobre aspectos de la sexualidad. [Internet] 2002 [citado 18 Mar 2011]; 74(4): [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000100009&lng=es&nrm=iso.
69. World Association for sexual health. Salud Sexual para el nuevo milenio. Declaración y documento técnico. 1ra ed. Minneapolis: World Association for sexual health; 2008.
70. Sanabria Ramos G, Rodríguez Cabrera A, Rojo Pérez N. Promoción y educación para la salud sexual y reproductiva. Conceptos básicos y estudio de casos. 1ra ed. Ciudad de La Habana: ENSAP; 2010.
71. Gutiérrez Baró E. Pensamientos, ideas, mitos y realidades. 1ra ed. La Habana: Científico-Técnica; 2010.

72. Torriente Barzaga N W. Conocimientos sobre la sexualidad en adolescentes de una secundaria básica. [Internet]. La Habana: infomed; 2008 [citado 18 Mar 2011]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312002000400007&script=sci_arttext.
73. Soler Cedré G. Por una cultura de la adolescencia y la juventud [Internet]. La Habana: infomed; 2006 [citado 18 Mar 2011]. Disponible en: <http://www.sld.cu/saludvida/temas.php?idv=11042>.
74. Álvarez Vázquez L, Rodríguez Cabrera A, Sanabria Ramos G. Salud sexual y reproductiva en adolescentes cubanos. 1ra ed. Ciudad de La Habana: Abril; 2009.
75. Red nacional de enfermería infantil. Adolescencia. La Habana: infomed; 2011 [citado 18 Mar 2011]. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/enfermeria-pediatria/temas.php?idv=25621>.
76. Lescaille River B, Odelín Veranes D, González M A, Aguilera K, Arencibia Álvarez A. Valoración de la sexualidad en la adolescencia a partir de los estereotipos sexuales. MEDISAN [Internet]. 2009 [citado 18 Mar 2011]; 13(2): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_2_09/san20209.htm
77. Sanabria Castillo MC. La adolescencia y tú. 1ra ed. Ciudad de La Habana: CNPES; 2007.
78. Peláez Mendoza J. Adolescencia y juventud: desafíos actuales. 1ra ed. La Habana: Científico-Técnica; 2003.
79. Domínguez García L. Psicología del desarrollo. Adolescencia y juventud. Selección de Lecturas. 2da ed. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas; 2006.
80. Roca Perara MÁ. Sexualidad temprana en tiempos de VIH-SIDA. [Internet] . La Habana: infomed; 2006 [citado 18 Mar 2011]. Disponible en: <http://www.sld.cu/servicios/aldia/view.php?idn=25090>
81. Cano López A M. Programa aprender a prevenir. Manual de actualización. 1ra ed. Ciudad de La Habana: CENESEX; 2009.

82. Gran Álvarez M. La salud sexual y reproductiva. Rev Cubana Salud Pública [Internet] 2006 [citado 18 Mar 2011]; 32(1): [aprox. 3 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X1995000100007&lng=es&nrm=iso
83. Salud sexual y reproductiva y el VIH. 1ra ed. Estados Unidos: OMS; 2009.
84. Egremy Mendivil G. Estrategia de capacitación sobre salud sexual y reproductiva del adolescente. 1ra ed. Ixtapalapa: Consejo Nacional de Población; 2005.
85. Peláez Mendoza J. Ginecología infanto-juvenil: salud reproductiva del adolescente. 1ra ed. Ciudad de La Habana: Científico-técnica; 1999.
86. Caballero Batista A. El sentido psicológico del embarazo en adolescentes gestantes. Santiago de Cuba: Oriente; 2005.
87. Silver TJ. El embarazo en la adolescencia. Rev. med. intern.1994; 232 (9): 461.
88. Schanart P F. Teenage pregnancy. Ours responsibility. 1ra ed. New York: Scientific; 1995.
89. Fecundidad en la adolescencia, causas, riesgos y opciones. 1ra ed. Washington: OPS; 1998.
90. Salud Sexual del adolescente. [Internet]. Estados Unidos: Medline Plus; 2010 [citado 18 mar 2011]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/teensexualhealth.html>
91. Sanabria Ramos G , Rodríguez Cabrera A, Rojo Pérez N. Promoción y educación para la salud sexual y reproductiva. Conceptos básicos y estudio de casos. 1ra ed. Ciudad de La Habana: ENSAP; 2010.

ANEXO 1

Acta de Consentimiento Informado

Por este medio informamos a los jóvenes de la comunidad que se realizará un estudio de intervención, con el objetivo de modificar el nivel de conocimientos sobre aspectos preventivos en relación con las infecciones de transmisión sexual.

Dicha investigación consiste en la aplicación de una encuesta, en un segundo tiempo se implementará un programa de prevención y posteriormente se aplicará nuevamente la encuesta.

Solicitamos la participación del joven por voluntad propia de formar parte de este estudio y la posibilidad de abandonar el mismo en caso de que lo desee.

Sin otro asunto:

Nombre del joven

Joven

Fecha

ANEXO 2

Técnicas afecto-participativas:

Constituyen un conjunto de procedimientos encaminados a modificar los procesos educativos. También están dedicadas a estimular los conocimientos, actitudes, prácticas y objetivos en el fortalecimiento de la conducta. Estas pueden ser: Técnicas de presentación y animación y Técnicas de análisis general.

Técnicas de presentación y animación: Son aquellas que se utilizaron al inicio de la jornada para permitir la interrelación de los participantes, así como después de momentos de intenso trabajo para hacerlos descansar y reintegrarlos a las tareas. Se usaron las siguientes:

- El Solapín o Presentación por pareja.
- La Tarjeta preguntona.
- La Lancha.

Técnicas de análisis general: Son técnicas que pueden ser utilizadas para el tratamiento de cualquier tema. Se utilizaron para la presente investigación:

- Lluvia de Ideas.
- Dando Vuelta.
- Pie Forzado.

ANEXO 3

ENCUESTA

Estimado joven, con vista a elevar su conocimiento acerca de las ITS/VIH/SIDA, le agradecemos su participación en la presente investigación. Gracias.

Conocimientos sobre vías de trasmisión de las ITS (15puntos)

Las ITS/VIH/SIDA pueden transmitirse por:

- a) Relaciones sexuales desprotegidas ____
- b) Por picaduras de insectos _____
- c) Por transfusiones de sangre _____
- d) Compartir jeringuillas, agujas y otros materiales sin esterilizar _____
- g) Por compartir vasos y alimentos _____

Conocimientos acerca de los síntomas de las ITS (15 puntos)

¿Cuáles son los síntomas de una infección de transmisión sexual? Marque con una C las correctas y con una I las incorrectas.

- a) Secreción por el pene o vagina ____
- b) Hipertensión arterial _____
- c) Llagas o úlceras en el área genital ____
- d) Sangre al orinar ____
- e) Picazón en el área genital ____

Conocimiento acerca de las complicaciones de las ITS/VIH/SIDA. (15 puntos)

Marque con una (V) las afirmaciones que son verdaderas y con una (F) las que considere falsas.

- a) Hepatitis viral A _____

- b) Esterilidad en ambos sexos _____
- c) Glaucoma _____
- d) Inflamación pélvica en las mujeres _____
- e) Cáncer cérvico - uterino _____

Conocimientos acerca del uso del condón (15 puntos)

Conteste verdadero (V) o falso (F)

- a) Los condones evitan el embarazo. _____
- b) Los condones reducen el placer. _____
- c) Su uso es útil sólo para parejas ocasionales. _____
- d) Son para usarlo sólo las personas que practican la prostitución y el homosexualismo. _____
- e) El condón previene de las ITS. _____

Conocimientos acerca de conductas de riesgo de contraer ITS/VIH/SIDA.

(15 puntos)

Marque con una (C) las conductas que pueden constituir una conducta de riesgo para contraer infecciones de transmisión sexual y con una I las incorrectas

- a) Relaciones sexuales desprotegidas _____
- b) Cambio frecuente de pareja _____
- c) Donar sangre con frecuencia _____
- d) Hombres que tienen sexo con otros hombres _____
- e) Ingerir bebidas alcohólicas siempre que se va a tener sexo _____

Conocimientos acerca del VIH/SIDA (15 puntos)

Señale si es Verdadero (V) o Falso (F)

- a) El VIH/SIDA tiene cura. _____

- b) El VIH/SIDA infecta al organismo mediante 3 vías: las relaciones sexuales desprotegidas, exposición directa con sangre contaminada y madre infectada al feto ____
- c) El sida se puede prevenir con vacunas. ____
- d) El VIH/SIDA se transmite por el uso colectivo de servicios sanitarios. ____
- f) El sida se transmite por compartir socialmente con personas seropositivas. ____

Conocimiento acerca de los aspectos psicosociales de las ITS/VIH/SIDA (10 puntos).

Marque verdadero (V) o falso (F) las siguientes afirmaciones:

- a) Las personas viviendo con el VIH/SIDA, deben mantenerse en sanatorios, para que no contagiar a los demás. ____
- b) Las personas viviendo con el VIH/SIDA, pueden incorporarse a su vida laboral. ____
- c) Las personas viviendo con el VIH/SIDA, deben recibir afecto y cariño. ____
- d) Las personas viviendo con el VIH/SIDA, son personas marginales, por lo que deben ser apartadas. ____
- e) Las personas viviendo con el VIH/SIDA, deben ser respetadas como a las demás personas. ____

Se considera Adecuado si tiene tres ítems correctos.

Inadecuado: Si tiene 3 errores o más.

