

## **RESUMEN**

Según datos del Departamento de Epidemiología de El Oro, el grupo más afectado son los adolescentes: presentado las siguientes enfermedades. Hepatitis vírica 25.1%, Sífilis Primaria - Secundaria 5.2%, Gonorrea 0.7%, Herpes genital 5% , SIDA 4.6%, VIH 1.2%, motivo por lo cual se realizo la siguiente investigación que tuvo como objetivo Identificar los riesgos que determinan la presencia de ITS en las/os adolescentes del segundo año de bachillerato sección matutina del colegio nacional Técnico Arenillas de Agosto – Octubre del 2012, utilizando un tipo de estudio descriptivo de corte transversal con una muestra de 150 estudiantes por medio del método deductivo se aplicaron encuestas en la fase diagnostica, en la fase de ejecución de planifico y ejecuto un plan educativo dirigido a los adolescentes sobre la prevención de las ITS, en la tercera fase se evaluó el proceso, producto e impacto de la intervención ejecutada, donde el 100% de la población beneficiaria quedaron satisfechos por los temas expuestos.

## INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), antes conocidas con los nombres de enfermedades de transmisión sexual (ETS) o enfermedades venéreas, son un conjunto de Infecciones producidas principalmente por bacterias, virus y hongos, que tienen en común la transmisión por vía sexual. La OMS en el año 2008 indica que más de 1 millón de personas se infectaban diariamente de infecciones de transmisión sexual, cerca del 60% de estas infecciones ocurrieron en menores de 25 años, y de éstos el 30% se presento en menores de 20 años.

Según la OMS, unos 685 mil hombres y mujeres, contraen ITS, cada día. En América se estima que unos 40-50 millones de hombres y mujer contraen la infección de transmisión sexual (ITS) cada año. La infección VPH (virus papiloma humano), es ITS más frecuente a nivel mundial (20 millones en USA están infectados), especialmente en adolescentes y adultos jóvenes.

Las estadísticas mundiales dicen que hay más de 340 millones de casos nuevos por año de ITS curables, (que incluyen solo aquellas afecciones bacterianas fúngicas y parasitarias susceptibles de tratamientos efectivos) Se han identificado más de 20 agentes patógenos de infección de transmisión sexual que por lo menos un millón de contagios ocurren cada día, solamente para Latinoamérica y el Caribe se estimaron entre 34 y 40 millones de casos de este grupo de ITS con más 100 mil infecciones promedio por día. Si a esta cifra se le suman las no curables, como la hepatitis B, el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV), el Virus Papiloma Humano (HPV) y el herpes virus, serían mil millones de casos nuevos por Año en todo el mundo. En la actualidad los problemas que enfrenten la juventud van en relación con su salud sexual y reproductiva los que son variados y complejos. Estos se conocen y se

diferencian del resto de la población van desde conductas sexuales de riesgo, embarazos no deseados y la adquisición de infecciones de transmisión sexual (ITS), entre ellas el VIH. En la Región de las Américas la edad promedio de iniciación de las relaciones sexuales es de 14 años y 50% de los adolescentes menores de 17 años son sexualmente activos. Los estudios muestran que, en su mayoría, los jóvenes de 20 años han tenido varias parejas sexuales sin ninguna protección para prevenir las infecciones de transmisión sexual o el embarazo

Según la OMS, unos 685 mil hombres y mujeres, contraen ITS, cada día. En América se estima que unos 40-50 millones de hombres y mujer contraen las infecciones de transmisión sexual (ITS)) cada año. La infección VPH (virus papiloma humano), es ITS más frecuente a nivel mundial (20 millones en USA están infectados), especialmente en adolescentes y adultos jóvenes. En Ecuador, el grupo de 15 a 19 años es el segundo más afectado por las ITS, solamente superado por el grupo de jóvenes de 20 a 24 años, en el año 2007 son 91.960 casos representando una tasa del 675.90 por cada 100 mil habitantes, registran así la mayor incidencia de ITS en las provincia del Pichincha, Guayas, Manabí, El Oro y Azuay.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Según datos del Departamento de Epidemiología de El Oro, el grupo más afectado son los adolescentes: presentado las siguientes enfermedades. Hepatitis vírica 25.1%, Sífilis Primaria - Secundaria 5.2%, Gonorrea 0.7%, Herpes genital 5%, SIDA 4.6%, VIH 1.2%. En esta provincia, el índice más alto de infección se concentra en la ciudad de Machala, Otras poblaciones aledañas como Santa Rosa y Arenillas se ocupan el segundo y tercer lugar. De acuerdo a los datos estadísticos podemos darnos cuenta el grado de desconocimiento con respecto a la prevención de la infecciones de transmisión sexual, a nivel del colegio Técnico Arenillas siendo el colegio con mas población estudiantil en el cantón arenillas se observa como a menudo los estudiantes acuden al departamento de consejería del hospital Arenillas con frecuentes signos y síntomas relacionados a ITS, además se ha observado el pedido constante de preservativos por los estudiantes de ambos sexo más aun con estos antecedentes los se registra un alto índice de adolescentes embarazadas, contagio de ITS, existiendo la combinación de ciertos factores como son; la Iglesia se ha convertido en un factor de riesgo oponiéndose a las medidas en la utilización de preservativo, en el uso de píldoras anticonceptivas.

La familia tiene que ver mucho con la educación de los adolescentes, pues esta es la escuela principal para que ellos se eduquen en temas relacionados a la salud sexual y reproductiva, pero la realidad es otra en nuestro país aun se sigue viendo como un tabú el hablar estos temas, lo cual aumenta el riesgo de los adolescentes de padecer enfermedades de transmisión sexual, embarazos, e incluso la muerte por todos estos procesos.

La educación sobre estos temas en nuestros colegios y escuelas es tan superficial y a veces errónea que las cifras de adolescentes con enfermedades venéreas, y embarazos siguen aumentando de forma impresionante. Sumado a esto están los

servicios de salud que en su mayoría no priorizan la atención en los adolescentes, más bien los marginan y hacen que su visita a subcentros y centros de salud sea escasa, aumentando así el riesgo de sufrir alguna enfermedad sobre todo relacionadas a las prácticas sexuales irresponsables.

## **FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

- ¿Qué riesgos determinan la presencia de ITS en las/os adolescentes del segundo año de bachillerato sección matutina del colegio nacional Técnico Arenillas de Agosto – Octubre del 2012?

## **SISTEMATIZACIÓN**

- ¿Qué características individuales presentan las/os adolescentes del segundo año de bachillerato sección matutina del colegio nacional Técnico Arenillas de Agosto – Octubre del 2012?
- ¿Cuáles son las características de ITS en las/os adolescentes del segundo año de bachillerato sección matutina del colegio nacional Técnico Arenillas de Agosto – Octubre del 2012?
- ¿Cuáles son las prácticas de riesgo para la presentación de ITS en las/os adolescentes del segundo año de bachillerato sección matutina del colegio nacional Técnico Arenillas de Agosto – Octubre del 2012?

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

- Identificar los riesgos que determinan la presencia de ITS en las/os adolescentes del segundo año de bachillerato sección matutina del colegio nacional Técnico Arenillas de Agosto – Octubre del 2012.
- Planificar un programa educativo dirigido a los adolescentes del colegio Técnico Arenillas, sobre la prevención de las ITS.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ❖ Identificar características individuales de las/os adolescentes del segundo año de bachillerato sección matutina del colegio nacional Técnico Arenillas de Agosto – Octubre del 2012.
- ❖ Identificar son las características de ITS en las/os adolescentes del segundo año de bachillerato sección matutina del colegio nacional Técnico Arenillas de Agosto – Octubre del 2012.
- ❖ Determinar las prácticas de riesgo para la presentación de ITS en las/os adolescentes del segundo año de bachillerato sección matutina del colegio nacional Técnico Arenillas de Agosto – Octubre del 2012.
- ❖ Ejecutar un programa educativo dirigido a los adolescentes del colegio Técnico Arenillas, sobre la prevención de las ITS.

## JUSTIFICACIÓN

Actualmente la juventud se enfrenta a un sin número de problemas relacionados con su salud sexual lo cual presta una íntima relación con sus prácticas sexuales y la actitud que ellos tienen frente a estas. Esto los conlleva a estar susceptibles a muchos riesgos los que van desde conductas sexuales irresponsables, embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (ITS), entre ellas el VIH/SIDA.

Sin embargo, son ellos los que ofrecen la mayor esperanza para cambiar el curso de la epidemia del VIH. El curso futuro de la epidemia depende de los esfuerzos que se emprendan ahora para prevenirla entre los adolescentes. Un gran número de estos empiezan su actividad sexual a una edad relativamente temprana, no son monógamos y no utilizan condón con la suficiente regularidad para asegurar la protección de las ITS y el VIH.

Esto se da por una serie de factores predisponentes entre los cuales se destacan, la información deficiente o errónea del tema con sus padres, en las instituciones educativas, estos temas son tan superficiales y a veces erróneos que las cifras de adolescentes con enfermedades venéreas, y embarazos siguen aumentando de forma impresionante. Por lo que se hace necesaria la realización de este trabajo de investigación para saber cuál es el nivel de conocimiento de los estudiantes y poder dejar un trabajo con datos reales a esta unidad educativa, emprender medidas de prevención y para que sirva de base en estudios posteriores o se trabaje en otros colegios partiendo de los resultados obtenidos.

Se va realizar el presente trabajo con el deseo de contribuir a que se reduzca el riesgo de contraer ITS, y hacer énfasis en la educación sexual a las/os adolescentes del

segundo de bachillerato del Colegio Técnico Arenillas, sobre medidas preventivas de ITS, evitando el riesgo mediante información sobre prácticas sexuales seguras. Y mejoramiento de los estilos de vida de los adolescentes, ya que se desea obtener que se reduzca el índice de infecciones de transmisión sexual en los adolescentes.

Además las ITS se relaciona a la mala o poca información sobre el tema en la sociedad y también a que no habido una ley que nos ayude a la educación a la población. El plan del buen vivir busca mejorar la calidad de vida de la población, buscando condiciones para la vida satisfactoria y saludable de todas las personas, familias y colectividad respetando su diversidad, y así evitar las infecciones de transmisión sexual.

# **CAPITULO I**

## **MARCO TEORICO**

### **1.1 GENERALIDADES**

#### **1.1.1 ADOLESCENCIA DEFINICIÓN**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia como el periodo en el cual: el individuo progresa desde el punto de la aparición inicial de los caracteres sexuales secundarios, hasta la madurez sexual y reproductiva los procesos psicológicos del individuo y las formas de identificación evolucionan desde un niño hasta los de un adulto y se hace la transición desde un estado de dependencia socioeconómica total, a otro de relativa dependencia.

#### **1.1.2 ETAPA DE LA ADOLESCENCIA**

##### **1.1.2.1 ETAPA DE ADOLESCENCIA TEMPRANA (10- 13 años)**

- Duelo por el cuerpo y relación infantil con los padres
- Duelo de padres por el niño que ya no es
- Reestructuración del esquema corporal
- Ajustes a emergentes cambios sexuales
- Incremento de capacidad de abstracción y reflexión
- Se abren nuevas posibilidades de desarrollo

- Afirmación a través de oposición
- Fluctuaciones del ánimo
- Ansiedad de padres
- Dificultades en la familia
- Relaciones grupales con el mismo sexo
- Ansiedad transicional
- De las identificaciones a las identidades
- Movimientos de regresión y avance

#### **1.1.2.2 ETAPA DE ADOLESCENCIA MEDIA (14 - 16años)**

- Diferenciación y des-idealización del grupo familiar
- Deseo de afirmar el atractivo sexual y social
- Exploración de capacidades personales
- La disciplina se acepta con reconocimiento de derechos y capacidades
- Mayor aceptación cuando se fijan reglas con claridad del propio beneficio.
- Elaboración de identidades
- Diversidades
- Relaciones grupales heterosexuales
- Interés por nuevas actividades y vida social
- Intereses participativos
- Búsqueda de sentido a su presente
- La pareja como extensión del yo
- Búsqueda de autonomía

#### **1.1.2.3 ETAPA DE ADOLESCENCIA TARDÍA (17- 19 años)**

- Ansiedad frente a decisiones que proyectan su futuro
- Duelo adolescente y renacer

- Duelo de padres por el adolescente fantaseado
- Cambio en el modelo de autoridad aceptado.
- Autoridad confusa
- Paulatina reestructuración de las relaciones familiares
- Desarrollo de instrumentos para la adultez
- Exploración de opciones sociales y proyectos
- Avances y conflictos en la elaboración de la identidad
- Complejidad de autonomía en época actual
- Están cada vez mas orientados al mundo exterior y a la búsqueda de satisfacciones.
- Grupos afines a sus intereses
- Iniciativas participativas
- Inicio de relaciones de pareja con diferenciación e intimidad
- Capacidad de autocuidado y cuidado mutuo

### 1.1.3 PERFIL PATOLÓGICO DE LOS ADOLESCENTES

**Consumo de alcohol.** Lo hace, habitualmente, más del 60% de los jóvenes de 14 a 20 años.

**Iniciación en las drogas.** Según datos del Plan Nacional sobre Drogas, el 31% de los adolescentes ha probado el cannabis.

**Embarazos no deseados.** Cada año se quedan embarazadas más de 18.000 menores de 19 años, según la Sociedad Española de Medicina de Familia.

**Acoso escolar o 'bullying'** por parte de sus compañeros. Ocurre, según diversos estudios promovidos por el Ministerio de Educación, en hasta el 12% de los alumnos no universitarios.

**Trastornos de la imagen y la alimentación.** Anorexia, bulimia nerviosa. Las sufren el 3% de las adolescentes españolas, según el Ministerio de Educación.

**Malos tratos.** Una cuarta parte de las denuncias interpuestas por mujeres que sufren malos tratos son de menores de 20 años.

**Problemas derivados del mal uso de Internet.** La adicción a Internet afecta, sobre todo, a chicos mayores. Según un estudio publicado en "Evidencias de Pediatría", son jóvenes que dedican más de 20 horas semanales a la web y la utilizan para jugar "on line".

**Sectas y socioadicciones.** Según el Instituto de Sociología Aplicada, en España hay 150.000 jóvenes que pertenecen a sectas.

**Depresión y trastornos emocionales.** Responsables del 10,75% de las muertes de adolescentes, según el Instituto de la Juventud (INJUVE.)

**Accidentes de tráfico.** Son responsables del 33% de los fallecimientos de jóvenes, según estudios del INJUVE.

## **1.2 INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL**

### **1.2.1 DEFINICIÓN**

Las ITS se conocían antes como “venéreas”. Para no dar idea de que este grupo de afecciones se contagia exclusivamente por la actividad sexual, algunos prefieren decir que son “transmisibles sexualmente”, admitiéndose la posibilidad cierta de otros modos de contagio. Es bueno tener claro el concepto de que en una mayoría muy importante de casos surgen como consecuencia del contacto genital entre las personas. Las E.T.S han sufrido en las últimas dos décadas un aumento

descontrolado. Esto se atribuye a una mayor permisividad sexual, a una variación de las prácticas sexuales por efectos culturales, y al descuido higiénico personal, sobre todo después de la aparición de las píldoras anticonceptivas que previenen el embarazo pero no protegen de contagios.

## **1.2.2 INFECCION GONOCOCICA**

Es una enfermedad producida por el gonococo, diplococo gramnegativo “*neisseria gonorrhoeae*”. En los extendidos de secreción uretral en el hombre o del endocervix en la mujer pueden verse gonococos junto a las células epiteliales y leucocitarias y en el interior del citoplasma: esa localización intracelular de los leucocitos polimorfos nucleares es muy característica. El cultivo en medios especiales, entre ellos el de Thayer Martin, resulta fundamental para su identificación cierta. En la mujer el cultivo específico es inexcusable, dada la habitual presencia de flora concomitante que ensucia el campo y enmascara la identificación bacterioscópica. En la mujer los focos primarios o de comienzo son varios, aunque el principal es el cuello uterino, en el que se produce una endocervicitis. Pueden ser afectados también algunos sitios vecinos: glándula de Skene, uretra, glándulas de Bartholin. En la mujer madura no coloniza en la vagina. Otro foco primario posible es el ano o recto, tanto en mujeres como en homosexuales varones, así como también la boca y las fauces, aunque más raramente.

A partir de cualquiera de estos puntos, se infecta la uretra masculina. Hay condiciones en la mujer que la hacen más contagiante: durante el embarazo que reactiva focos cronicados, o en la menstruación. Existen factores en el hombre que favorecen la contaminación: falta de higiene, fimosis, hipoespadias y contactos sexuales prolongados.

### **Patología:**

Cuando el gonococo se instala y prolifera en la uretra anterior del varón, provoca intensa reacción de su epitelio y de sus criptas, traducida por congestión, edema y exudación purulenta. Pueden ser tomadas las glándulas de Cowper. Por maniobras absolutamente contraindicadas (cateterismos, lavados) o por simple y espontánea progresión canalicular, la infección avanza por la uretra membranosa, en donde produce un estado catarral y llega a la uretra prostática. Esto equivale a una prostatitis aguda, a una fusión purulenta de muchos de sus acinos, a un absceso, que en cierto grado tiende a fistulizarse al periné o al recto.

Por vía canalicular, pueden infectarse las vesículas seminales, el conducto deferente y el epidídimo. Todas estas localizaciones posibles que siguen a la uretritis anterior aguda dan lugar a las “formas altas” urogenitales masculinas, que equivalen a la endometritis y la salpingitis de la mujer. La ubicación pelviana intraperitoneal del útero y las trompas de Falopio origina los síndromes de “enfermedad inflamatoria pélvica”. Pasada la etapa aguda y con tratamiento insuficiente, es factible la persistencia de focos aislados, en actividad más o menos larvada, por lo general en acantonamientos glandulares.

**Clínica:** el periodo de incubación es de 2 a 7 días, no menos de 2, pero se prolonga a veces hasta 20, lo cual es importante para la búsqueda del contacto infectante. Al final de la incubación, aun sin síntomas, el individuo puede tener proliferación suficiente de gonococos como para ser fuente de contagio. Hay un periodo de comienzo, de unas 24 hs, con picor uretral permanente y ardor durante la micción, enrojecimiento y edema en el meato; y un periodo de estado, en el que se observa la

abundante salida de pus cremoso, blanquecino o amarillo verdoso. El ardor uretral, exacerbado en la micción es máximo. Aun sin tratamiento, en 3 o 4 semana se atenúa la sintomatología uretral, aunque puede mantenerse alguna de las posibles localizaciones enunciadas.

La prostatitis agregara disuria y en ocasiones abscesos, que hasta exigen su drenaje. En el varón hay pocas complicaciones extra genitales salvo la conjuntivitis por autocontaminacion con las manos no higienizadas. En la mujer la sintomatología de una gonococia habitualmente es poco aparente y a menudo pasa inadvertida, con el consiguiente peligro para la propia afectada y para su pareja sexual. Además en una embarazada existe el riesgo de que contamine a su hijo en el momento del parto, siendo la consecuencia de mas grave probabilidad la conjuntivitis del recién nacido, que puede causar ceguera.

### **1.2.3 HERPES SIMPLE GENITAL**

Es una de las infecciones sexualmente transmisibles que se encuentran en mayor expansión en la actualidad. Es la ITS que produce más casos de ulceraciones genitales. Se trata de una virosis que se instala en un individuo y queda incorporada a él en forma prácticamente definitiva. Existen dos tipos bien individualizados:

- 1) HSV 1: en cavidades bucofaríngeas de los ojos y de la piel.
- 2) HSV 2: en mucosas urogenitales, el ano y la piel.

La incubación varía entre 2 y 7 días a partir de un contacto infectante, aunque puede extenderse hasta 3 semanas y probablemente más. Las lesiones primarias estrictas corresponden al primer episodio de infección por este virus en una persona, carente por lo tanto de anticuerpo anti-HSV. Se inician en más del 50% de los casos con escozor y molestia local, formándose placas eritematosas, en ocasiones con leve

edema subyacente, pero sin induración, en la piel o mucosa que hizo de puerta de entrada. Estas placas muy rápidamente muestran en su área un grupo de minúsculas vesículas, las cuales horas después de constituirse se abren, transformándose en erosiones y úlceras húmedas, que se agrandan por confluencia y a causa de lo cual suelen ser poli cíclicas. Son dolorosas, así como también lo son las adenopatías regionales que se instalan enseguida, comúnmente en forma bilateral. En la primo infección puede ocurrir repercusión general por viremia, con fiebre, inapetencia, mialgias y cefaleas.

Los elementos primarios genitales en el varón asientan en el glande, prepucio y piel del cuerpo peniano, y en homosexuales en el ano y adyacencias. En la mujer están afectados la vulva, la vagina y el cuello uterino. Sobre las úlceras que son rezumantes de secreción serosa, se forma pronto una fina costra y todo se normaliza en un par de semanas, salvo sobreinfección bacteriana que hay que combatir. Después se entra en periodos de latencia, de duración imprevisible: meses o años. Hay recurrencias, por lo general en el mismo lugar de origen o en su vecindad, precedidas por un típico picor o ardor en ese sitio. Cada brote de recidiva dura alrededor de una semana y no se acompaña de viremia: la enfermedad es local o regional, de lesión mucocutánea y de ganglio sensorial, básicamente.

Desde el inicio de los signos locales hasta la reepitelización, la lesión tanto primaria como recurrente, o por reinfección, es contagiosa. Deja de serlo al pasar a la latencia clínica. El HSV 2 sería el responsable de la contaminación embriofetal por vía placentaria cuando la gestante sufre una primo infección, causal de anomalías importantes e incluso de aborto o parto prematuro. En embarazadas con lesiones activas en el momento del parto hay un 50% de probabilidad de que ocurra el contagio al niño, quien puede sufrir desde una foliculitis virosica en diversos sitios de piel, que cura en unos días, hasta gravísimas alteraciones, a veces en los ojos pero

en especial en el SNC, con elevada mortalidad o con secuelas muy lamentables, microcefalia, hidrocefalia y retardo mental o de la maduración psicomotora.

#### **1.2.4 SIFILIS**

Es una infección con la bacteria *Treponema pallidum*.

La sífilis tiene varias etapas:

□ **La sífilis primaria es la primera etapa**, en donde se forman úlceras indoloras (chancros) en el sitio de infección de 2 a 3 semanas después de resultar infectado por primera vez. Es posible que usted no note las úlceras ni ningún otro síntoma, particularmente si éstas están ubicadas en el interior del recto o el cuello uterino.

Las úlceras desaparecen en un período de 4 a 6 semanas. Para encontrar mayor información específica acerca de este tipo de sífilis, ver el artículo sífilis primaria. La sífilis secundaria se presenta de 2 a 8 semanas después de la aparición de las primeras úlceras. Alrededor del 33% de aquellos que no reciben tratamiento para la sífilis primaria desarrollará esta segunda etapa. Estos síntomas a menudo desaparecerán sin tratamiento y de nuevo la bacteria se vuelve latente (inactiva) en su sistema. Para encontrar mayor información específica acerca de este tipo de sífilis, ver el artículo sífilis secundaria.

□ La etapa final es llamada sífilis terciaria y en ella la infección se disemina al cerebro, al sistema nervioso, al corazón, a la piel y a los huesos. Las bacterias latentes pueden ser detectables ya sea observando el daño que causan a una parte del cuerpo o a través de un examen de sangre para sífilis. Para encontrar mayor información específica acerca de este tipo de sífilis, ver el artículo sífilis terciaria.

**Síntomas:** Los síntomas de sífilis dependen de la etapa de la enfermedad, pero muchas personas no presentan síntomas. En general, las úlceras indoloras y la inflamación de los ganglios linfáticos son posibles síntomas de la sífilis primaria. Las personas con sífilis secundaria también pueden presentar fiebre, fatiga, erupciones cutáneas, dolores y achaques, al igual que inapetencia, entre otros síntomas. La sífilis terciaria causa problemas cardíacos, cerebrales y neurológicos.

### **Pruebas y exámenes**

Se pueden llevar a cabo exámenes de sangre para detectar sustancias producidas por las bacterias que causan la sífilis, siendo el VDRL el examen más antiguo. Otros exámenes de sangre pueden abarcar RPR y FTA-ABS.

### **Tratamiento**

Los antibióticos son un tratamiento efectivo para la sífilis y la penicilina es el preferido. La dosis y la forma de aplicarla (intramuscular o intravenosa) dependen de la etapa en que esté la sífilis. La doxiciclina se puede utilizar como un tratamiento alternativo en personas alérgicas a la penicilina.

Varias horas después del tratamiento de las etapas iniciales de la sífilis, usted puede presentar una reacción llamada reacción de Jarish-Herxheimer, cuyos síntomas abarcan:

- Escalofríos
- Fiebre
- Sensación general de malestar
- Dolores articulares generalizados Dolores musculares generalizados
- Dolor de cabeza
- Náuseas

- Erupción cutánea

Estos síntomas generalmente desaparecen al cabo de 24 horas. Se deben hacer exámenes de sangre de control a los 3, 6, 12 y 24 meses para asegurarse de que la infección haya desaparecido. Igualmente, se deben evitar las relaciones sexuales hasta que dos exámenes de control muestren que la infección ha sido curada. La sífilis es extremadamente contagiosa a través del contacto sexual en las etapas primaria y secundaria.

La sífilis es una infección de notificación obligatoria, lo cual quiere decir que los médicos deben informar de cualquier caso de esta enfermedad a las autoridades de salud pública, de tal manera que se pueda identificar y tratar a los compañeros sexuales potencialmente infectados.

### **1.2.5 LINFOGRANULOMA VENEREO O ENFERMEDAD DE NICOLAS Y FABRE**

Se la considera virosica, el agente responsable es una *Chlamydia trachomatis* emparentada con la causante de uretritis. Son de diferente serotipo. Predomina en el varón. La incubación es variable, entre unos pocos días (3 o 4) y un par de semanas. La lesión primaria suele ser fugaz, apenas de unas 48 hs, y muy a menudo pasa inadvertida para el enfermo para constituir lesiones pequeñas y tener tan breve presencia. Puede ser una discretísima ulceración no indurada, herpetiforme, o tener un aspecto papular. Asienta en el prepucio o en la piel del cuerpo del pene, o en la vulva o el periné. Hay curación espontánea local sin dejar rastros cicatrízales.

Superada esa leve manifestación primaria, pasan dos o más semanas sin síntomas y luego comienza un cuadro febril, una adenitis inguinal, unilateral en dos tercios de los casos. La linfopatía es lo más importante en esta enfermedad. Siempre están involucrados varios ganglios, progresivamente inflamados, con peri adenitis y tendencia a confluír sin la flogosis descrita en el cancroide. Se mantienen duros, muchas veces solidarios entre sí, pero libres con respecto a los planos profundos, en tanto que la piel que los cubre es infiltrada por la peri adenitis y adquiere en ocasiones un color opaco violáceo. Si no se toman medidas terapéuticas este cuadro remite espontáneamente al cabo de un tiempo, o sucede un cambio que las adenopatías reblandecen por supuración, ahora sí se fijan a la profundidad, y dan lugar a múltiples fistulas de trayecto tortuoso, con gran fibrosis reaccional, de evolución crónica.

**Diagnostico:** puede ser certificado mediante el aislamiento de chlamydia trachomatis desde material de raspado de las vesículas o pequeñas ulceraciones primarias o de la secreción que fluye por los poros de las diversas fistulas. La identificación es factible usando anticuerpos monoclonales para las clamidias. Sin tratamiento la evolución es muy prolongada y puede dejar graves secuelas fibroscleróticas de diversa localización y de difícil enfoque terapéutica. Tratamiento: en las manifestaciones tempranas, incluidas las adenitis todavía no fistulizadas, el pronóstico es bueno por responder bien a las sulfamidas. Las tetraciclinas tienen también indicación, así como la eritromicina y la roxitromicina. Siempre el tratamiento será prolongado por 3 a 6 semanas

## **1.2.6 CONDILOMAS ACUMINADOS**

Es una enfermedad causada por el Virus Papiloma Humano. Se caracteriza por el crecimiento de verrugas blandas en los genitales o en la región anal, o sea que crece

entre los muslos y la parte interna de las nalgas, en el pene o en la vagina. Es considerada una enfermedad de transmisión sexual, aunque en los niños puede darse con o sin contacto sexual. Las verrugas tienen forma de coliflor y pueden ser desde 2mm hasta varios centímetros. Generalmente crecen en el área genital húmeda, ya que es un medio propicio para el crecimiento de las verrugas; hay que observar que se reproducen rápidamente en las zonas húmedas y no en las secas, cuando una persona está infectada, es difícil mantener seca el área infectada; en el pene, las verrugas suelen ser más pequeñas que en los genitales femeninos, por lo mismo de la humedad. Los lugares en donde más suele aparecer es en: sitios húmedos, sitios cálidos, labios mayores y menores, ano recto y boca.

En las mujeres el Condiloma puede infectar la vagina y el cuello uterino, estas verrugas son planas y no son fácilmente visibles. Las lesiones suelen aparecer entre los dos y ocho meses después de haber tenido la relación. Esta enfermedad se presenta con más frecuencia en los adultos jóvenes de entre los quince y los treinta años de edad y es una enfermedad frecuentemente diseminada por el contacto sexual. A veces suele suceder que las verrugas desaparezcan sin ser tratadas, pero se corre el riesgo de que regresen, por lo que la forma más conveniente de tratarlas es con un buen medicamento siguiendo las indicaciones del médico.

### **Síntomas**

Estos son algunos de los síntomas más comunes y no tan comunes del Condiloma Acuminado:

- Lesiones vegetantes.
- Superficie genital granulosa, húmeda y blanda.
- Color de piel rosa o grisáceo (hiperpigmentada)

- Las verrugas pueden estar cubiertas de un exudado seroso o hemorrágico, pueden ser sésiles o pediculadas, algunas son puntiforme, pero pueden llegar a medir hasta 20 cm.
- En el hombre afecta órganos genitales y en algunos casos el canal anal.
- En la mujer aparecen en cualquier zona de los genitales exteriores y ano, pudiendo también afectar vagina y cerviz.
- En la mujer el virus que causa verrugas venéreas también se ha asociado con el cáncer cervical y de la vulva.
- En el varón homosexual se ha relacionado la infección de este virus con la aparición de carcinoma rectal.
- Si se han tenido relaciones urogenitales también se puede sufrir de algunas lesiones orales.
- Las verrugas causan picazón y ardor en el área genital y el área perianal.
- En la mujer las verrugas no son fácilmente visibles, se necesitan exámenes que lo demuestren.
- Al tener estos síntomas, la persona debe contactar al urólogo y saber cuál es el tratamiento a seguir, ya que puede que el caso no sea tan difícil como parezca, en cambio, si se piensa desde un principio en que no es tan grave puede ser que no lo sea pero si nos arriesgamos de esta forma nos estamos condenando a quedar infectados por una enfermedad dolorosa y molesta que a veces puede que sus síntomas, (las verrugas), estén presentes durante toda la vida. Cuidados.
- Si estas embarazada, o piensas que puedes estarlo, informa al médico, porque el bebe puede ser contagiado durante el parto, al tener contacto directo con los genitales.
- Es conveniente, (muy recomendable) que se platique e informe a su pareja sexual, ya que el pudo haber sido el portador, y así los dos pueden visitar al urólogo y tomar tratamiento, para que en un futuro sean sanadas esas verrugas.

### 1.2.7 SIDA

*El virus* de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un lentivirus (de la familia retroviridae). Fue descubierto y considerado como el agente de la naciente epidemia de sida por el equipo de Luc Montagnier en Francia en 1983.

El virion es esférico, dotado de una envoltura y con una capsida proteica. Su genoma es una cadena de ARN mono catenario 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 T4.

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.*)

*Mecanismos de transmisión del virus:*

El VIH solo se puede transmitir a través del contacto entre fluidos corporales que poseen una alta concentración viral. El virus no se transmite de manera casual. De acuerdo con los CDC de Estados Unidos, no se han encontrado casos en que abrazos, besos secos o saludos con las manos hayan sido causantes de infección. El virus ha sido aislado en la saliva, las lágrimas y la orina, el semen, el líquido preseminal, los fluidos vaginales, el líquido amniótico, la leche materna, el líquido cefalorraquídeo y la sangre, entre otros fluidos corporales humanos. Las tres principales formas de transmisión son: Sexual (acto sexual sin protección). (Infección de transmisión sexual). La transmisión se produce por el contacto de secreciones infectadas con la mucosa genital, rectal u oral de la otra persona.

Parenteral (por sangre). Es una forma de transmisión a través de jeringuillas contaminadas que se da por la utilización de drogas intravenosas o a través de los servicios sanitarios, como ha ocurrido a veces en países pobres, no usan las mejores medidas de higiene; también en personas, como hemofílicos, que han recibido una transfusión de sangre contaminada o productos contaminados derivados de la sangre; y en menor grado trabajadores de salud que estén expuestos a la infección en un accidente de trabajo como puede ocurrir si una herida entra en contacto con sangre contaminada; también durante la realización de *piercings*, tatuajes y escarificaciones.

Vertical (de madre a hijo). La transmisión puede ocurrir durante las últimas semanas del embarazo, durante el parto, o al amamantar al bebe. De estas situaciones, el parto es la más problemática. Actualmente en países desarrollados la transmisión vertical del VIH está totalmente controlada (siempre que la madre sepa que es portadora del virus) ya que desde el inicio del embarazo (y en ciertos casos con anterioridad incluso) se le da a la embarazada un Tratamiento Anti-Retroviral de Gran Actividad (TARGA) especialmente indicado para estas situaciones, el parto se realiza por cesárea generalmente, se suprime la producción de leche, y con ello la lactancia, e incluso se da tratamiento antiviral al recién nacido.

### **Historia natural de la infección por VIH**

La infección por VIH se clasifica en diversas etapas, identificadas por un conjunto de síntomas e indicadores clínicos. En ausencia de un tratamiento adecuado, el virus se replica constantemente e infecta los linfocitos T-CD4, que constituyen una parte esencial del sistema inmunológico en los seres humanos. Por su parte, el sistema inmunológico del portador del VIH reacciona ante la presencia del virus produciendo una respuesta que puede mantener temporalmente bajo control la infección, mediante la reposición de células defensivas. Al término de un periodo que se puede prolongar

por varios años, el VIH se vuelve resistente a las defensas naturales del cuerpo y destruye el sistema inmune del portador. De esta manera, el seropositivo queda expuesto a las enfermedades oportunistas y muere.

## **Fase aguda**

La fase de la infección aguda por VIH inicia en el momento del contagio. El virus se propaga por el cuerpo de la persona contagiada a través de sus fluidos corporales. En un plazo de días, el VIH infecta no solo las células expuestas inicialmente (por ejemplo, las células de la mucosa vaginal o rectal en el caso de una infección por vía sexual) sino también los ganglios linfáticos. Durante ese tiempo, el VIH se multiplica dentro del organismo hasta alcanzar niveles propios de la infección crónica. El tejido linfático asociado a los intestinos constituye uno de los principales espacios del cuerpo humano donde tiene lugar la reproducción inicial del VIH por su alto porcentaje de linfocitos T CD4.

Un porcentaje importante de personas que contraen el virus no presenta síntomas de la infección en su fase aguda. Es decir, son pacientes asintomáticos. Sin embargo, se calcula que entre el 40/50%-90% o hasta el 80% de los casos de contagio con VIH-1 presentan manifestaciones clínicas. El cuadro de la infección aguda es similar al de una mononucleosis infecciosa: fiebre, malestares musculares, inflamación de los ganglios, sudoración nocturna, diarrea, náuseas y vómito. La gran mayoría de los seropositivos no reciben diagnóstico del cuadro agudo de la infección por VIH, pues son síntomas compartidos por varias enfermedades. Por lo tanto, presentar un conjunto de síntomas como el descrito aquí no es indicador necesario de que una persona se haya infectado por VIH, aunque es recomendable que quien considere que ha estado expuesto al contagio y presente los síntomas, acuda a un especialista para recibir atención médica. El cuadro de la infección aguda por VIH aparece entre dos y

seis semanas después de la exposición al virus, y desaparece unos pocos días después. El VIH ataca principalmente los linfocitos T CD4+, que forman parte del sistema inmune de los seres humanos. Aunque estas células por si mismas no tienen una función de ataque contra células extrañas al cuerpo, tienen un papel importante en la respuesta inmunológica adaptativa.

En una persona con buena salud, el número de linfocitos T CD4+ oscila entre 1200 y 500/ $\mu$ l. Durante la fase asintomática de la infección, la proporción de linfocitos infectados 1/1000-1/100 000, que aumentara progresivamente hasta llegar a 1/100 en la infección crónica. Durante la fase aguda de la infección, las pruebas tradicionales siempre darán negativo porque no detectan directamente el VIH, sino los anticuerpos producidos como respuesta por el sistema inmune, lo que ocurre alrededor de la 12a semana después de la exposición. En contraste, las pruebas de carga viral, que contabilizan el número de copias del ARN del virus en la sangre, arrojaran como resultado una elevada cantidad de copias del VIH durante la fase aguda de la infección.

### **Fase crónica**

La fase crónica de la infección por VIH se suele llamar también *latencia clínica* porque el portador es asintomático, es decir, no presenta síntomas que puedan asociarse con la infección. Esto no quiere decir que el virus se encuentre inactivo. Por el contrario, durante la fase crónica el VIH se multiplica incesantemente. Se calcula que, en un sujeto infectado, diariamente se producen entre mil y diez mil millones de nuevas partículas virales y son destruidos alrededor de cien millones de linfocitos T CD4. Los pacientes son asintomáticos gracias a que el sistema inmune tiene una gran capacidad para regenerar las células destruidas por el virus, pero pueden presentar adenopatías y la disminución del conteo de plaquetas en la sangre.

La reacción ante la presencia del virus termina por desgastar al sistema inmunológico. En ausencia de tratamiento, la mayoría de los portadores del virus desarrollan el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) en un plazo de 5 a 10 años. La causa de esto es que, mientras el virus sigue reproduciéndose de manera constante y aumenta la carga viral en su anfitrión, disminuye también la capacidad de recuperación del sistema inmune. Al término fase crónica, los pacientes desarrollan otras manifestaciones de la infección como dermatitis seborreica, úlceras bucales y funiculitis

### **1.3 RIESGO DE INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL**

#### **1.3.1 DEFINICIÓN DE RIESGO**

El riesgo es la probabilidad de que una amenaza se convierta en un desastre. La vulnerabilidad o las amenazas, por separado, no representan un peligro. Pero si se juntan, se convierten en un riesgo, o sea, en la probabilidad de que ocurra un desastre. Sin embargo los riesgos pueden reducirse o manejarse. Si somos cuidadosos en nuestra relación con el ambiente, y si estamos conscientes de nuestras debilidades y vulnerabilidades frente a las amenazas existentes, podemos tomar medidas para asegurarnos de que las amenazas no se conviertan en desastres.

El riesgo se define como la combinación de la probabilidad de que se produzca un evento y sus consecuencias negativas. Los factores que lo componen son la amenaza y la vulnerabilidad. Amenaza es un fenómeno, sustancia, actividad humana o condición peligrosa que puede ocasionar la muerte, lesiones u otros impactos a la salud, al igual que daños a la propiedad, la pérdida de medios de sustento y de

servicios, trastornos sociales y económicos, o daños ambientales. La amenaza se determina en función de la intensidad y la frecuencia.

Vulnerabilidad son las características y las circunstancias de una comunidad, sistema o bien que los hacen susceptibles a los efectos dañinos de una amenaza. Con los factores mencionados se compone la siguiente fórmula de riesgo.

$$\mathbf{RIESGO = AMENAZA \times VULNERABILIDAD}$$

Los factores que componen la vulnerabilidad son la exposición, susceptibilidad y resiliencia, expresando su relación en la siguiente fórmula.

$$\mathbf{VULNERABILIDAD = EXPOSICIÓN \times SUSCEPTIBILIDAD / RESILIENCIA}$$

Exposición es la condición de desventaja debido a la ubicación, posición o localización de un sujeto, objeto o sistema expuesto al riesgo. Susceptibilidad es el grado de fragilidad interna de un sujeto, objeto o sistema para enfrentar una amenaza y recibir un posible impacto debido a la ocurrencia de un evento adverso. Resiliencia es la capacidad de un sistema, comunidad o sociedad expuestos a una amenaza para resistir, absorber, adaptarse y recuperarse de sus efectos de manera oportuna y eficaz, lo que incluye la preservación y la restauración de sus estructuras y funciones básicas.

### **1.3.2 FACTOR DE RIESGO**

En epidemiología un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud. Hay que diferenciar los factores de riesgo de los factores

pronóstico, que son aquellos que predicen el curso de una enfermedad una vez que ya está presente. Existen también marcadores de riesgo que son características de la persona que no pueden modificarse (edad, sexo, estado socio-económico, etc.). Hay factores de riesgo (edad, hipertensión arterial, etc.) que cuando aparece la enfermedad son a su vez factores pronóstico (mayor probabilidad de que se desarrolle un evento). En epidemiología, los factores de riesgo son aquellas características y atributos (variables) que se presentan asociados diversamente con la enfermedad o el evento estudiado. Los factores de riesgo no son necesariamente las causas, sólo sucede que están asociadas con el evento. Como constituyen una probabilidad medible, tienen valor predictivo y pueden usarse con ventajas tanto en prevención individual como en la comunidad.

### **1.3.3 FACTORES BIOLÓGICOS**

La inmadurez del sistema reproductivo de las adolescentes supone una mayor susceptibilidad para las ETS por diferentes motivos:

- El epitelio poliestratificado cornificado que reviste la vulva ofrece una menor resistencia de forma fisiológica en las niñas púberes, por lo que es posible que a ese nivel asienten gérmenes como el gonococo que en la mujer adulta no lo hace.
- Menor resistencia de la mucosa vaginal.
- En la postmenarquia aparece una mayor zona de ectopia en el cérvix uterino. Gérmenes como *C. Tracomatis* o *N. Gonorrhoeae* asientan en el epitelio cilíndrico y no en el escamoso. Esta mayor ectopia favorece además una mayor permeabilidad del moco.

- Es posible que con la edad se adquiera cierta inmunidad y resistencia a algunos patógenos transmitidos sexualmente. En esta inmunidad juega un papel importante los anticuerpos (Ac) tipo IgE presentes en epitelios y secreciones genitales. Esto explica la reducción en la prevalencia de algunas infecciones a partir de los 25 años. La edad joven está asociada a una baja prevalencia de anticuerpos anti-chlamydia.
- Con respecto a la transmisión del VIH, el riesgo de contagio para la chica es 2-4 veces superior que en el varón, ya que la mujer expone más superficie de mucosa durante el coito, existe mayor concentración de virus en el semen que en los fluidos vaginales y la presencia de una ETS en el cérvix uterino representa un factor de riesgo añadido

#### **1.3.4 EDAD DE INICIO DE LA ACTIVIDAD COITAL**

Se ha producido un adelantamiento en la edad de inicio de la actividad coital y una tendencia a la equiparación de la edad entre los dos sexos en la primera relación coital, aunque en nuestro país existe una mayor precocidad en los chicos que en las chicas (15,3 años frente a 16,1 años).

Esta disminución de la edad de inicio de la actividad coital posiblemente este influenciado por:

- Eficacia y divulgación de los métodos anticonceptivos.
- Bajo nivel cultural de los padres.
- Falta de creencias religiosas.
- Precocidad de la menarquia.
- Inestabilidad familiar.
- Mayor permisividad cultural y social.

En nuestro país, el porcentaje de adolescentes que a los 16 años mantienen relaciones coitales es inferior al del Norte y Centro de Europa (13-27% en España y 50% en Europa). Las chicas que inician la actividad coital antes de los 14 años presentan dos veces más incidencia de ETS que las que comenzaron su actividad Coital con más de 17 años. Con la aparición del SIDA se están produciendo modificaciones de la conducta sexual, con una demora en el inicio de la actividad coital por parte de las chicas, aspecto no observado en los varones.

### **1.3.5 NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES**

Cuando existe un mayor número de parejas sexuales, mayor es el riesgo de adquirir una ETS sobre todo cuando existe más de 6 compañeros sexuales en el último año. Estudios recientes señalan que en la actualidad existe un mayor porcentaje de adolescentes que tienen más de 6 parejas sexuales en el último año.

En la época actual, el establecimiento de la primera relación de pareja estable (matrimonio o no) es más tardío en comparación con décadas anteriores. Este hecho junto al inicio más precoz de las relaciones sexuales produce un mayor número de parejas sexuales diferentes a lo largo de la vida, dentro de lo que se ha llamado la “monogamia serial”, expansionando la ventana de riesgo en la que muchos jóvenes pueden tener diversos compañeros sexuales.

De los adolescentes que consultan por ETS existe un mayor porcentaje de chicos frente a chicas que han tenido 5 o más parejas sexuales por trimestre (31,7 frente a 18,6%).

### **1.3.6 PRÁCTICAS SEXUALES**

Las pacientes con ETS exhiben una mayor conducta sexual de riesgo que la población general y el punto culminante del problema de continuar la conducta sexual de riesgo están entre los jóvenes varones homosexuales.

La adolescencia es un periodo de la vida en la que es frecuente la experimentación sexual siendo la actividad sexual de los adolescentes no planificada ya que el sexo para los adolescentes es una fuente de placer y confirmatorio de su libertad. En la relación sexual, el sexo se percibe como algo espontáneo y romántico, excluyendo el planteamiento de las medidas de prevención frente a ETS y SIDA. Para las chicas adolescentes las relaciones sexuales tienden a ser más psicoafectivas que para el varón, buscando ser aceptadas, deseadas, cuidadas y protegidas.

Para la mayoría de personas heterosexuales, las relaciones íntimas van acompañadas necesariamente de la realización de coito vaginal, especialmente en los grupo de edad más activos sexualmente. La idea de relación sexual completa incluye el coito vaginal. La actividad coital en las adolescentes implica un mayor riesgo de EIP que para mujeres de 25 a 30 años. Este mayor riesgo se ve incrementado con una mayor frecuencia de relaciones coitales, sobre todo en presencia de vaginosis bacteriana. Es destacable el elevado porcentaje de adolescentes que mantienen relaciones sexuales con personas desconocidas (hasta un 18%, sobre todo por parte de los varones), relaciones con prostitutas y relaciones homosexuales en chicos activos sexualmente (9,8 y 3,7% respectivamente).

### **1.3.7 USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS**

El método anticonceptivo más utilizado por los adolescentes en las primeras relaciones sexuales es el coito interrumpido, pasando entre 6 y 12 meses desde el primer intercambio sexual hasta el uso de un método anticonceptivo de forma regular. Cuando las adolescentes acuden a las consultas de planificación familiar el preservativo es utilizado por un 50-60% de ellas, aunque el uso del mismo no es constante ni de manera adecuada. El uso del preservativo se integra sólo como mecanismo contraceptivo de transición y no como método de prevención de ETS, siendo los individuos sexualmente activos los que tienen una peor actitud hacia el mismo.

Con la aparición del SIDA se ha producido un aumento del uso del preservativo principalmente en chicos sin pareja regular y también en chicas. La elección del método anticonceptivo en función de la protección de ETS ha aumentado considerablemente, tanto en chicas como en chicosy también en pareja estable o sin pareja estable.

### **1.3.8 FACTORES ASOCIADOS AL USO DE PRESERVATIVOS POR ADOLESCENTES**

- Actitud hacia el uso como elemento preventivo vinculado a las creencias compartidas por el grupo de iguales.
- Conocimiento de su utilidad.
- Experiencia previa.
- Expectativa de autoeficacia para utilizarlo.
- Disponibilidad, confianza en su calidad, precio y uso previo de alcohol y otras drogas.

### **Las dificultades aducidas para no usar los preservativos son:**

- Reducción de la sensibilidad.
- Interrupción de la relación.
- Problemas en la relación sexual: retrasos en la eyaculación, no eyaculación, pérdida de erección.
- Pérdida de espontaneidad.
- No fácil acceso.
- Precio.
- No disponibilidad.
- Falta de información.
- Inexperiencia en su uso.
- Recelo de la pareja o posibilidad de suscitarlo, ya que puede suponer pérdida de confianza en la fidelidad del otro.
- Vergüenza y dificultades para negociarlo con la pareja.
- No comprensión de los beneficios que su uso puede ofrecer.

Imagen del preservativo asociado a laprostitución, adulterio y otras conductas no bien consideradas socialmente.

- Negativa por parte de usuarios de prostitución a utilizarlos.
- Pérdida de clientes por parte de las prostitutas en la negociación previa.

### **1.3.9 FACTORES PSICOSOCIALES**

La adolescencia es una etapa marcada por cambios psicológicos con inestabilidad psicológica y emocional e importantes contradicciones. La adolescencia es un período de la vida en el que en la búsqueda de la propia identidad es frecuente la

experimentación, tanto a nivel de sustancias tóxicas como de relaciones sexuales con la realización de prácticas de riesgo (por ejemplo tragar semen, coito anal en adolescentes homosexuales o bisexuales). A ello se le une un fuerte sentimiento de invulnerabilidad frente a enfermedades y eventos negativos favorecidos por la inexperiencia y la pobreza cultural, acompañado de un sentimiento de autosuficiencia y una inhabilidad para defender decisiones.

Estos elementos conducen a que la percepción del riesgo sea un valor y una norma, evaluando su autopercepción del riesgo por debajo de la de un sujeto medio, con una actitud psicológica de desafío del mismo con desprecio a las medidas de prevención en las relaciones sexuales, reforzado con las características de espontaneidad e inmediatez de las mismas. El hecho de que el reclutamiento de la pareja sexual se lleve a cabo dentro de sus redes de amistades hace que aún se subvalore más dicho riesgo. A menudo perciben el comportamiento de exposición al riesgo como una solución y no como un problema.

Los chicos adolescentes presentan una mayor conducta de riesgo que las chicas ya que inician la actividad coital antes que ellas, con un mayor número de parejas sexuales, un menor uso de preservativos, mayor frecuencia de relaciones homosexuales y con prostitutas y una mayor asociación de las relaciones sexuales al consumo de drogas.

### **1.3.10 FACTORES SANITARIOS**

La actitud represiva en torno a la sexualidad de los adolescentes dificulta el acceso de los mismos a los centros sanitarios y a los métodos anticonceptivos. A ello se le une el temor a la falta de confidencialidad, por lo que es importante establecer desde un principio con el adolescente los límites del secreto profesional. El adolescente suele acudir a la consulta con un cuadro abigarrado y confuso, difícil de definir,

muchas veces simulando otros cuadros clínicos y sin el conocimiento de sus padres. Suele existir por parte de los adolescentes un bajo cumplimiento de la medicación prescrita, aspecto que supone un factor de riesgo de ETS, recomendando dosis única y a ser posible facilitada en la propia consulta. Las chicas adolescentes realizan un mejor cumplimiento que los chicos.

Un adolescente que presenta una ITS debe ser investigado sobre las otras, incluyendo gonorrea, chlamydia y sífilis.

### **1.3.11 MASTURBACIÓN**

La masturbación, presente desde otras épocas, aparece nuevamente con una intensidad propia de este momento de la vida, siendo también la manera de canalizar las fantasías sexuales. Para algunos/as puede adquirir un carácter necesario para su autoestima, les lleva a renunciar a su deseo, se quedan “colgadas” de lo que el otro quiere, y esto le impide tomar sus propias decisiones.

En su relación con el otro sexo, la chica necesita sentirse amada, ya que si sólo hay deseo, puede llegar a sentir la pasión con sentimientos de ser como un objeto descartable, de aquellos de “usar y tirar”, con los concomitantes fantasmas de prostitución, de no ser valoradas, de ser utilizadas.

Por eso el discurso predominante en las jóvenes parece ser “el sexo implica amor, pero el amor no tiene necesariamente que implicar sexo. Será un desafío el combinar el deseo y el amor, cada una tendrá que inventar un punto en que el amor le sirva como sostén, para pasar por la experiencia del deseo y acceder al goce. Por su parte, a los adolescentes varones se les somete a presiones psíquicas importantes: ser los más inteligentes, tener gran seguridad en sí mismos, no demostrar demasiado el afecto; no llorar, llevar la iniciativa sexual, ser sexualmente activo, por tanto el amor se les presenta más del lado de la debilidad.

## **1.4 PREVENCIÓN DE ITS**

### **1.4.1 SEXO SEGURO**

Sexo seguro es la denominación de una serie de recomendaciones y prácticas en las relaciones sexuales con el propósito de reducir el riesgo de contraer o contagiar alguna enfermedad de transmisión sexual, como el SIDA u otra infección así como el de facilitar el control de la natalidad mediante el uso de métodos anticonceptivos u otras prácticas sexuales.

El concepto sexo seguro es recíproco por lo que implica el mantenimiento de relaciones sexuales que no pongan en riesgo la salud de otros. Algunas prácticas de sexo seguro como el uso del preservativo son eficaces para prevenir las enfermedades de transmisión sexual y como métodos anticonceptivos por lo que contribuyen, en las parejas heterosexuales, a evitar embarazos no deseados.<sup>2</sup>

### **1.4.2 SEXO PROTEGIDO**

Tener sexo de forma protegida no significa limitarse a un sólo procedimiento ni delegar la responsabilidad a la pareja.

Actualmente existe un amplio abanico de métodos anticonceptivos entre los que están el condón, las ya clásicas píldoras y el dispositivo intrauterino, pero que también incluyen parches, implantes y métodos definitivos.

A continuación, conoce algunas opciones para que hombres y mujeres puedan vivir su sexualidad de forma plena y responsable. El condón es una funda o capuchón de látex que no sólo protege contra un posible embarazo, también lo hace contra las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluidas el herpes y el VIH-SIDA.

Es un método anticonceptivo de barrera que impide el depósito de los espermatozoides en la vagina o en la entrada del útero, pues recolecta el semen en su punta.

### **1.4.3 USO DE CONDÓN**

La revolución sexual, ampliamente difundida, como suele suceder con muchas cuestiones, ha implicado a estratos inesperados de sociedad: jóvenes descuidados han llegado a ser sexualmente activos a edades más y más jóvenes, con una cohorte de promiscuidad, enfermedades de transmisión sexual, embarazos ectópicos y aumento exponencial del número de embarazos y niños nacidos fuera del matrimonio, que crecen en un ambiente lleno de carencias psicoafectivas. A esto tenemos que agregar el riesgo de que el VIH/SIDA pueda llegar a ser muy prevalente en este grupo, a pesar de la decisión política de que el SIDA no es una enfermedad de transmisión sexual.

Los preservativos, virtualmente aparcados como contraceptivos eficaces, debido a su alta frecuencia de fracaso, reducción del placer y empleo antipático, han sido resucitados y escogidos como medio para "un sexo más seguro", para proteger a nuestros jóvenes de esta epidemia.

Es bien conocido que los preservativos se rompen y se resbalan, incluso en las mejores manos, por así decir. Hay dos estudios controlados recientes de Trussel et al.

Que informan de frecuencias de rotura y de deslizamiento del 14,6%. En el primer estudio, los autores resumen: "Un estudio prospectivo empleando dos marcas de preservativos encontró que, de 405 preservativos empleados para las relaciones sexuales, el 7,9% o se rompió durante las relaciones o al retirarse, o se resbaló durante las relaciones; ninguno de estos hechos está relacionado con el tipo de preservativo. El 7,2% se resbaló al retirarse; no se encontró relación entre el deslizamiento del preservativo y su marca o el uso anterior de preservativos, pero era significativamente más alto cuando se usó algún lubricante adicional". En el segundo estudio, un comentario en la revista *Family Planning Perspectives*, se lee: "Los investigadores observan que la alta frecuencia con que los preservativos se resbalan y se caen al retirarse -17% de los preservativos que no se habían roto o caído durante las relaciones- indica un alto nivel de uso inadecuado. Indican que un mejor empleo puede ser difícil de conseguir, pues todas las mujeres que participaron habían recibido instrucciones escritas y verbales sobre su empleo adecuado".

Un obstáculo serio para que los adolescentes usen preservativos reside en que, frecuentemente, sus relaciones sexuales tienen lugar a raíz de un impulso repentino. Una encuesta muy conocida de Harris, comisionado por Planned Parenthood en 1986, registró que el 83% de los jóvenes entre 14 y 15 años declaró que su primera experiencia sexual fue inesperada. El Dr. D. Kirby escribió en *Family Planning Perspectives* que, en estudios controlados realizados en dispensarios de escuelas, no se había obtenido ningún impacto en su uso como contraceptivos. Halló que las dos razones más comunes dadas por las jóvenes era que "no esperaba tener relaciones sexuales" y que "simplemente no pensaba que pudiera quedarme embarazada". La mayor parte de las razones, continúa diciendo, "no estaba relacionada con el acceso a los contraceptivos". Un estudio más reciente, en la misma publicación, no encontró ninguna disminución de la tasa de nacimientos entre quienes acudían al dispensario.

Varios autores que han estudiado factores psicosociales y predictivos de uso del preservativo entre estudiantes encontraron que el uso inadecuado del preservativo era muy prevalente, y estaba asociado con conductas de alto riesgo (promiscuidad, drogas) que, a su vez, estaban asociadas con circunstancias vitales adversas: poca ayuda de los padres, abuso de medicamentos, problemas académicos.

Por ejemplo, Anderson encontró que el empleo inadecuado o el no empleo de preservativos afectaba al 65,6% de los niños a quienes se había hablado acerca del SIDA y al 66,6% de aquellos a los que nunca se les había hablado. El empleo del preservativo "siempre" era del 34,4% y 33,4% respectivamente. También halló que la enseñanza sobre el VIH/SIDA no se asocia a un comportamiento sexual menos peligroso.

Weisman ha registrado que la frecuencia media de uso correcto del preservativo en adolescentes era del 16%, algo más alta para "relaciones monógamas" y baja para casos de relaciones no estables. H. Walter halló, en un estudio en la ciudad de Nueva York y en las escuelas del condado de Rockland, que, del 36% de los alumnos de 10º grado que eran sexualmente activos, 25,2% usaban los preservativos incorrectamente, y este mal uso estaba asociado con promiscuidad y drogadicción. Y diclemente halló que el número de compañeros sexuales durante la vida era inversamente proporcional a la frecuencia de uso del preservativo.

D. Orr encontró que sólo el 22% de las muchachas que participaron en su estudio había usado preservativo durante la última vez que tuvieron relaciones sexuales. 55 de las del grupo "siempre" no lo había usado la última vez. De éstas, el 23% ya había estado embarazadas y el 19% tenía a la vez una ETS (Chlamydia). Y, según la Revista de Morbilidad y Mortalidad de enero del 92, menos del 50% de los estudiantes usaron un preservativo durante sus últimas relaciones sexuales. Un informe previo de D. Orr sobre "Actividad sexual prematura como indicador de riesgo psicosocial" afirma que sus datos "apoyan la idea de que la actividad sexual

está asociada de modo significativo a otras conductas peligrosas para la salud y que, con el aumento de la edad, las relaciones sexuales se asocian más frecuentemente con el empleo del alcohol o la marihuana, y esta asociación es mayor en las muchachas". Gillmore et al. Informaron de que la conducta sexual peligrosa se asocia con abuso de medicamentos y alcohol, tabaquismo y delincuencia.

En cambio, en su estudio, los adolescentes comprometidos con los valores, actividades e instituciones convencionales, tales como la familia y la iglesia, tenían menos probabilidad de emprender una conducta sexual peligrosa "presumiblemente porque piensan más en el futuro". Un comentario reciente en *Family Planning Perspectives* titulado "Sexo entre adolescentes y otras conductas peligrosas" afirma que los adolescentes raramente emprenden una sola conducta problemática (drogas, violencia, robo, fracaso escolar o expulsión de la escuela). Por contra, tienden a llevar a cabo conductas con múltiples problemas.

Los preservativos "pueden ayudar a reducir el peligro" pero se deben usar correcta y consecuentemente. Esto no es lo más probable entre adolescentes, y tampoco sucede en la población adulta, al contrario: estudios recientes entre estudiantes de Universidad han mostrado que, aunque están preocupados por el riesgo de adquirir una ETS, y conocen las técnicas para un "sexo más seguro", pocos las siguen. Sólo el 23% usa preservativos "siempre". Incluso entre varones homosexuales jóvenes, como señala Klepinger sus percepciones sobre la severidad de la enfermedad parecen tener poco impacto en su conducta sexual, y no existe una relación clara entre su conocimiento del SIDA, su número de relaciones sexuales recientes, su uso del preservativo o su participación en relaciones sexuales anales o casuales".

Los hemofílicos y sus esposas constituyen un grupo especial: la mayoría de los pacientes se infectó por el uso de hemoderivados contaminados antes del desarrollo de pruebas de detección del VIH. Un grupo grande de estas parejas, usualmente de relaciones estables y monógamas, fueron aconsejados sobre las técnicas para un "sexo más seguro". A pesar del riesgo obvio, el incumplimiento fue un problema común, y alcanzó una frecuencia del 45% - 55%.

## CAPITULO II

### PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

#### 2.1 TEORÍA DE ENFERMERÍA

Los modelos y teorías de la Enfermería pretenden describir, establecer y examinar los fenómenos que conforman la práctica de la Enfermería. Se asume por la disciplina que para poder determinar que existe una teoría enfermera ésta debe contener los elementos del metaparadigma de enfermería. Cada disciplina hace suyos los términos relacionados con la teoría y su desarrollo con el fin de dotarla de un cuerpo de conocimientos que le permitan orientar el ejercicio de la disciplina. En la Enfermería se contemplan los siguientes términos:

#### FILOSOFÍA

**Ciencia.** Es tanto un cuerpo de conocimientos propios de una disciplina como las habilidades y metodología que hacen progresar dicha disciplina.

**Conocimiento.** Es la percepción de la realidad que adquirimos por el aprendizaje y la investigación.

**Teoría.** Consiste en un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que nos permiten una visión sistemática de los fenómenos, estableciendo para ello las relaciones específicas entre los conceptos a fin de escribir, explicar, predecir y/o

controlar dichos fenómenos. La utilidad de la teoría para la enfermería radica en que le permite aumentar los conocimientos sobre su propia disciplina, al utilizar de manera sistemática un método de trabajo.

**Modelo.** Se trata de la representación simbólica de la realidad. Los modelos se desarrollan usando conceptos relacionados que aún no han progresado hacia una teoría. El modelo sirve como eslabón en el desarrollo de una teoría. Los modelos de enfermería son, pues, representaciones de la realidad de la práctica de enfermería. Representan los factores implicados y la relación que guardan entre sí.

### **2.1.1 FLORENCE NIGHTINGALE. “TEORIA DEL ENTORNO”**

Florence Nightingale inició su instrucción como enfermera en 1851 en Kaiserwerth, Alemania, su experiencia en el trato con soldados enfermos y heridos durante la Guerra de Crimea, influyó enormemente en su filosofía de la enfermería. Formuló sus ideas y valores gracias a los años de trabajo caritativo en enfermerías hospitalarias y militares. Es considerada como la primera teórica de enfermería, la información que se ha obtenido acerca de su teoría ha sido a través de la interpretación de sus escritos. Nightingale instauró el concepto de educación formalizada para las enfermeras. En 1852 Florence Nightingale con su libro “Notas de Enfermería” sentó las bases de la enfermería profesional; Su espíritu de indagación se basa en el pragmatismo. El objetivo fundamental de su modelo es conservar la energía vital del paciente y partiendo de la acción que ejerce la naturaleza sobre los individuos, colocarlo en las mejores condiciones posibles para que actuara sobre él. Su teoría se centra en el medio ambiente, creía que un entorno saludable era necesario para aplicar unos adecuados cuidados de enfermería. Ella afirma: “Que hay cinco puntos esenciales para asegurar la salubridad: el aire puro, agua pura, desagües eficaces, limpieza y luz”. Otro de sus aportes hace referencia a la necesidad de la atención domiciliaria, las enfermeras que prestan sus servicios en

la atención a domicilio, deben de enseñar a los enfermos y a sus familiares a ayudarse a sí mismos a mantener su independencia. La teoría de Nightingale ha influido significativamente en otras teorías: Teoría de la Adaptación, Teoría de las Necesidades y Teoría del Estrés.

#### **METAPARADIGMAS:**

**Persona:** ser humano afectado por el entorno y bajo la intervención de una enfermera, denominada por Nightingale como paciente.

**Entorno:** condiciones y fuerzas externas que afectan a la vida.

**Salud:** bienestar mantenida. Para Nightingale la enfermedad se contempla como un proceso de reparación instaurado por la naturaleza.

**Enfermería:** la que colabora para proporcionar aire fresco, luz, calor, higiene, tranquilidad. La que facilita la reparación de una persona.

### **2.1.2 DOROTHEA OREM. “TEORÍA GENERAL DE LA ENFERMERÍA”**

La Teoría General de la Enfermería de Dorotea Orem, está compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría del Autocuidado, Teoría del Déficit de Autocuidado y Teoría de los Sistemas de Enfermería.

#### **METAPARADIGMAS:**

**Persona:** Orem la define como el paciente, un ser que tiene funciones biológicas, simbólicas y sociales, y con potencial para aprender y desarrollarse. Con capacidad para autoconocerse. Puede aprender a satisfacer los requisitos de autocuidado; sino fuese así, serán otras personas las que le proporcionen los cuidados.

**Entorno:** es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona.

**Salud:** es definida como “el estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental”, por lo que la salud es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales. Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones.

**Enfermería** como cuidados. El concepto de cuidado surge de las proposiciones que se han establecido entre los conceptos de persona, entorno y salud, si bien incluye en este concepto metaparadigmático el objetivo de la disciplina, que es “ayudar a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico o a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros”. Puede utilizar métodos de ayuda en cada uno de los sistemas de enfermería.

**Epistemología:** La intuición espontánea de Orem la condujo a su formalización inicial y subsecuente expresión inductiva de un concepto general de Enfermería. Aquella generalización hizo posible después razonamientos deductivos sobre la enfermería. Orem cree que la vinculación con otras enfermeras a lo largo de los años le proporcionó muchas experiencias de aprendizaje, y considera que sus trabajos con estudiantes graduados, y de colaboración con colegas, fueron esfuerzos valiosos. Si bien no reconoce a nadie como influencia, principal, sí cita los trabajos de muchas otras enfermeras en términos de su contribución a la Enfermería.

**PRACTICA DE LA TEORÍA DE OREM.** Si se lleva a la práctica la Teoría de Orem deben seguirse los siguientes pasos:

1. Examinar los factores, los problemas de salud y los déficit de autocuidado.

2. Realizar la recogida de datos acerca de los problemas y la valoración del conocimiento, habilidades motivación y orientación del cliente.
3. Analizar los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería.
4. Diseñar y la planificar la forma de capacitar y animar al cliente para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de su salud.
5. Poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidador u orientador, contando con la participación del cliente.

## **2.2 VALORACIÓN**

La historia clínica debe incluir el motivo de la visita, antecedentes de ITS anteriores, actitud sexual (orientación, prácticas sexuales, número de parejas y fechas de los contactos sexuales), métodos anticonceptivos utilizados, fecha de la última menstruación y fórmula menstrual en el caso de las chicas, síntomas que presenta tanto la persona atendida en consulta como su/s pareja/s. Esta debe ser minuciosa y detallada, sin omisión de la exploración general y el examen de ganglios cervicales, axilares y epitrocleares. En el varón se explorará el pene tras retracción del prepucio, el escroto, testículos, pubis, ano y zona inguinal, sin omitir la exploración prostática.

En varones homosexuales debe examinarse además la faringe. En la mujer se explorará el abdomen, zona inguinal, monte de Venus y pubis, vulva (magnificada con lupa), glándulas de Bartholino, meato uretral, vagina, cérvix y se realizará tacto bimanual. Debe explorarse además ano y faringe.

## **2.3 PLANIFICACIÓN**

La planeación de las actividades de un programa permite sistematizar las acciones paso a paso para lograr el éxito del mismo. Por ello, es muy importante orientar acciones que faciliten:

- Establecer una secuencia coherente de las acciones a realizar
- Asignar los recursos de la organización
- Propiciar un mayor impacto en los resultados esperados
- Garantizar la permanencia de un programa a futuro
- Mejorar la calidad de los servicios de salud

## **2.4 DIAGNOSTICO**

El primer paso para lograr una planeación efectiva es la elaboración de un diagnóstico inicial, a partir del cual se detectan las necesidades en salud sexual y reproductiva de la población adolescente. Las necesidades varían de acuerdo a diversos factores como son: edad, sexo, nivel educativo, condiciones socioeconómicas y de salud, raza, estado civil, orientación sexual, nivel de conocimientos sobre sexualidad y tipos de servicios de salud existentes.

## **2.5 EJECUCIÓN**

Una vez recopilada la información tanto de fuentes documentales como de los resultados del estudio de zona, es oportuno responder a una serie de preguntas clave que nos permitan organizar dicha información.

- ¿Cuáles son los problemas de salud sexual y reproductiva en la población adolescente?
- ¿Cuáles son las necesidades que las y los adolescentes refieren?
- ¿En qué problemática se espera incidir a través de las actividades del programa con adolescentes?
- ¿A qué tipo de espacios acuden los y las adolescentes?
- ¿Qué servicios de información, educación y consejería existen para la población adolescente?

### **Promoción**

Diseñar un periódico mural con los adolescentes de primer año de secundaria sobre el uso del condón.

### **Educación**

Realizar una plática sobre las creencias falsas acerca del condón con estudiantes de primer año de secundaria.

### **Consejería**

Brindar consejería a los adolescentes de primer año de secundaria que lo soliciten.

Una vez diseñado el plan de trabajo es necesario identificar los componentes modulares para su mejor operación:

- La promoción consiste en motivar a la población y en particular a los adolescentes, para que asistan a los servicios de salud que se ofrecen.
- La educación tiene como propósito informar y desarrollar habilidades en los adolescentes en torno a la salud sexual y reproductiva.
- La consejería tiene como propósito brindar información, orientar sobre un problema específico y apoyar la toma de decisiones.

## 2.6 EVALUACIÓN

La evaluación se realiza de diversas formas, que van desde lo informal y simple hasta lo estructurado y complejo. Los tipos de evaluación utilizados son: diagnóstico, de proceso, de resultados y de impacto.

**Diagnóstico:** se realiza antes de iniciar un proyecto para identificar necesidades, detectar líneas de acción y priorizar acciones.

**De proceso:** permite examinar los procedimientos y las tareas involucradas con la ejecución de un programa.

**De resultados:** tiene como propósito aportar datos sobre los efectos de la operación a corto plazo y describe los productos inmediatos.

**De impacto:** su objetivo es la medición de los resultados a largo plazo, es decir, los cambios de actitudes y prácticas en un período mínimo de seis meses posteriores a la realización de las actividades de un programa.

La promoción permite que el equipo de salud sensibilice a la población sobre los beneficios de un programa de atención en salud sexual y reproductiva en el adolescente que evite la incidencia de problemas como: embarazos no planeados, infecciones de transmisión sexual (ITS), SIDA, aborto, relaciones sexuales no protegidas y no planeadas, etc. Una adecuada promoción motivará a los adolescentes

para que acudan a los servicios de salud, con la confianza de que van a ser atendidos con prontitud, calidad y confidencialidad.

**Es posible distinguir dos tipos de promoción:**

**Interna.** Se realiza en los centros de salud o unidades de medicina familiar a través de módulos informativos, consulta, reuniones técnicas, consejería, etc. Se le llama interna porque se realiza en el interior del centro de salud donde existe un programa con adolescentes y además sensibiliza al equipo de salud de la importancia de la atención a estos grupos.

**Externa.** Se realiza en espacios abiertos, fuera de los centros de trabajo: plazas comerciales, centros o clubes deportivos, librerías, etc. Está dirigida primordialmente a los adolescentes con potenciales de información, orientación y servicios del programa.

## **HIPOTESIS**

Los riesgos a los que se encuentran susceptibles los adolescentes frente a las ITS, se asocian a las características individuales, a las prácticas sobre la prevención las mismas que se evidencian con las características de las ITS presentes en los adolescentes.

## **VARIABLES**

- ✓ Características individuales
- ✓ Características de las infecciones de transmisión sexual
- ✓ Practicas de riesgo

### OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	ÍTEMS
<b>CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES</b>	Conjunto de cualidades que dan especificidad al modo de ser de un individuo dentro de una determinada sociedad relacionado con los adolescentes.	Sexo	Diferencia sexual	Masculino Femenino	¿Cuál es su diferencia sexual?
		Edad	N.- de años del adolescente	15 años 16 años 17 años 18 años	¿Cuántos años tiene Ud.?
		Residencia	Lugar donde vive	URBANA URBANA MARGINAL RURAL	¿Dónde vive usted?
		Etnia	Pertenencia étnica	Blanco Mestizo Afroamericano	¿Qué tipo de etnia pertenece usted ?

### OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	ÍTEMS
<b>CARACTERÍSTICAS DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL</b>	Las ITS, son un conjunto de infecciones producidas principalmente por bacterias, virus y hongos, adquiridas por contacto sexual.	Presencia de la enfermedad.	Adolescentes que han presentado una ITS	Si  No	¿Ud. Ha presentado alguna vez una ITS?

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	ÍTEMS
<b>PRACTICAS DE RIESGO</b>	Es el conjunto de elementos que poseen los estudiantes acerca el Sobre Prácticas Sexuales seguras.	RIESGO BAJO	Adolescentes expuestos a riesgos bajos	Besos Caricias Abrazos	Ud. practica algunas de las siguientes riesgos bajos.
		RIESGO MEDIO	Adolescentes que identifican el riesgo de una ITS.	Ducharse con su pareja Sexo Oral Sexo Interfemoral Masturbarse	¿Qué actividad sexual Ud. Considera de Riesgo para contraer una ITS?
		RIESGO ALTO	Adolescentes que identifican riesgo alto	Relaciones sexuales sin preservativo Promiscuidad	¿Cuál de las siguientes son consideras como riesgo alto de ITS?

<b>VARIABLE</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>DIMENSIÓN</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA</b>	<b>ÍTEMS</b>
		RIESGO LATENTE	Adolescentes que conocen de ITS	Si No	¿Ud. Tiene conocimiento de ITS?
			Adolescentes que conocen sobre los signos y síntomas de las ITS	Si No	¿Ud. Conoce los signos y síntomas que se presentan en una Infección de Transmisión Sexual son?
			Adolescentes que conocen consecuencias de ITS.	Si No	Ud. Conoce las consecuencias que tienen la ITS?

## **CAPITULO III**

### **DISEÑO METODOLÓGICO**

#### **TIPO DE ESTUDIO**

Esta investigación se realizó mediante un tipo de estudio descriptivo porque determino el conocimiento, riesgo, estilos de vida y prácticas sexuales seguras que tienen los adolescentes, y de corte transversal ejecutándose de Agosto a octubre del 2012.

#### **ÁREA DE ESTUDIO**

El área de estudio donde se realizó la investigación es en el Colegio Nacional técnico Arenillas ubicada en el cantón Arenillas correspondiente en la ciudad de Arenillas dentro de la provincia de El Oro. En actualidad en este periodo lectivo 2013 el segundo de bachillerato cuenta con las especialidades de ciencias generales e informática: con un paralelo de cada especialidad; 1er año de Ciencias Generales, 2do y 3er año de diversificado Ciencias Generales e Informática.

#### **UNIVERSO Y MUESTRA**

La población total de la investigación que se intervino fue de 150 adolescentes del segundo de bachillerato del Colegio Nacional Técnico Arenillas, siendo la muestra el total del universo.

## MÉTODO TÉCNICA E INSTRUMENTO

### PROCESO METODOLÓGICO

El proceso metodológico se desarrollo en tres fases:

#### 3.3.1 FASE INVESTIGACIÓN

**MÉTODO:** Se utilizo el método **deductivo** ya que en ésta investigación se conto con bases teóricas que fueron sustentadas e interpretados los resultados.

#### **TÉCNICA:**

Esta fase se realizo mediante la técnica cuantitativa directa a través de encuestas dirigidas a los estudiantes del ciclo diversificado dentro del colegio, como **instrumento** un cuestionario basado en las variables de estudio:

- Características individuales
- Prácticas sexuales
- Características de las ITS

#### **INSTRUMENTOS:**

Los que ayudaran a verificar las variables es:

- Cuestionario

La **fente** de información fue primaria, por medio de la entrevista a las/os adolescentes.

## **IDENTIFICACIÓN Y CONCEPTUALIZACIÓN DE VARIABLES**

### **CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES**

Conjunto de cualidades que dan especificidad al modo de ser de un individuo dentro de una determinada sociedad relacionado con los adolescentes

### **INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL**

Las ITS, son un conjunto de infecciones producidas principalmente por bacterias, virus y hongos, adquiridas por contacto sexual

### **PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN**

Es el conjunto de elementos que poseen los estudiantes acerca sobre prácticas Sexuales seguras

### **3.3.2 FASE INTERVENCIÓN**

Luego que se obtuvieron los resultados, la base para realizar un proyecto de intervención en donde se ejecutara técnicas educativas como:

- ❖ Charla Educativa
- ❖ Exposiciones Orales

#### **MATERIALES UTILIZADOS:**

- ❖ Lápiz
- ❖ Papel periódico, cartulinas
- ❖ Computador
- ❖ Infocus
- ❖ Pen driver.
- ❖ Cinta adhesiva
- ❖ Encuesta
- ❖ Trípticos sobre ITS, riesgo y estilos de vida saludable.
- ❖ Cámara.

#### **RECURSO HUMANO:**

- Investigadora
- Colaborador
- Director de tesis
- Asesor

### **3.3.3 FASE DE EVALUACIÓN**

Se valoro mediante tres criterios

#### **Proceso se medio:**

- Calidad de intervención
- Metodología usada
- Capacidad de captación
- Integración y participación de los estudiantes y docentes.

#### **Producto**

Cumpliendo actividades, objetivos programados y conocimientos.

#### **Impacto**

Se evaluó la satisfacción de los participantes en relación al proceso mediante los siguientes instrumentos de evaluación:

- Registro de asistencia de las personas
- Guía de preguntas para evaluación de conocimiento sobre el programa ejecutado
- Recolección de opiniones sobre el programa desarrollado
- Conocimiento adecuado sobre el tema
- Desarrollo de alternativas recreativas de los estudiantes.

## **PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS**

Luego de haber obtenido la información se tabularon manualmente, posteriormente se la expondrá en cuadros estadísticos de doble entrada y simples con el debido análisis e interpretación, útiles de valoración de las variables de estudio, representadas en números y porcentajes, con los respectivos análisis de datos obtenidos los que servirán de base para realizar las conclusiones y recomendaciones.

## CAPÍTULO IV

### PROCESAMIENTO DE DATOS

#### 4.1 RESULTADOS DE LA FASE DE INVESTIGACIÓN

CUADRO N° 1

EDAD RELACIONADA CON LA DIFERENCIA SEXUAL DE LOS ESTUDIANTES DEL SEGUNDO DE BACHILLERATO DEL COLEGIO TÉCNICO ARENILLAS. 2012.

EDAD	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	F	%	F	%	F	%
15 AÑOS	40	27%	42	28%	82	55%
16 AÑOS	22	15%	27	18%	49	33%
17 AÑOS	9	6%	5	3%	14	9%
18 AÑOS	5	3%	0	0%	5	3%
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>51%</b>	<b>87</b>	<b>49%</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

ELABORADO POR: GIOVANNI GARCES  
FUENTE: ENCUESTA

#### ANALISIS:

Al analizar el siguiente cuadro sobre la relacion de la edad con el sexo notamos que el 28% de estudiantes de 15 años de edad fueron de sexo femenino, mientras que el 3% de adolescentes de 18 años de sexo masculino.

## CUADRO N° 2

**EDAD RELACIONADA CON LA PRESENTACIÓN DE ITS EN LOS ESTUDIANTES DEL SEGUNDO DE BACHILLERATO DEL COLEGIO TÉCNICO ARENILLAS. 2012.**

EDAD	PRESENTACION DE ITS				TOTAL	
	SI		NO			
	F	%	F	%	F	%
15 AÑOS	0	0%	82	55%	82	55%
16 AÑOS	0	0%	49	33%	49	33%
17 AÑOS	3	2%	11	7%	14	9%
18 AÑOS	5	3%	0	0%	5	3%
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>5%</b>	<b>123</b>	<b>82%</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

ELABORADO POR: GIOVANNI GARCES

FUENTE: ENCUESTA

### ANALISIS:

El siguiente cuadro nos demuestra la relacion de la edad con la presentación de ITS de los adolescentes indicándonos que el 55% de adolescentes de 15 años no presentaron ITS, mientras que el 2% de 17 años si han presentado Infección de transmisión sexual.

### CUADRO N° 3

**EDAD RELACIONADA CON LA EXPOSICIÓN A RIESGO BAJO DE LOS ESTUDIANTES DEL SEGUNDO DE BACHILLERATO DEL COLEGIO TÉCNICO ARENILLAS. 2012.**

EDAD	RIESGO BAJO						TOTAL	
	BESOS		CARICIAS		ABRAZOS			
	F	%	F	%	F	%	F	%
15 AÑOS	40	27%	21	14%	21	14%	82	55%
16 AÑOS	21	14%	16	11%	12	8%	49	33%
17 AÑOS	4	3%	3	2%	7	5%	14	9%
18 AÑOS	0	0%	5	3%	0	0%	5	3%
<b>TOTAL</b>	<b>65</b>	<b>44%</b>	<b>45</b>	<b>30%</b>	<b>40</b>	<b>27%</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

ELABORADO POR: GEOVANNI GARCES  
FUENTE: ENCUESTA

#### ANALISIS:

El siguiente cuadro nos indica la relacion de la edad de los adolescentes con la exposición a riesgos bajos, siendo que el 27% de estudiantes de 15 años expuestos por besos, mientras que el 2% de 17 años por caricias.

#### CUADRO N° 4

### EDAD RELACIONADA CON LA EXPOSICIÓN A RIESGO MEDIO DE LOS ESTUDIANTES DEL SEGUNDO DE BACHILLERATO DEL COLEGIO SIMÓN BOLÍVAR. 2012.

EDAD	RIESGO MEDIO								TOTAL	
	NINGUNO		RELACIONES INTERFEMORALES		SEXO ORAL		MASTURBARSE			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
15 AÑOS	21	14%	21	14%	10	7%	30	20%	82	55%
16 AÑOS	12	8%	7	5%	15	10%	15	10%	49	33%
17 AÑOS	3	2%	6	4%	0	0%	5	3%	14	9%
18 AÑOS	0	0%	0	0%	0	0%	5	3%	5	3%
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>24%</b>	<b>34</b>	<b>23%</b>	<b>25</b>	<b>17%</b>	<b>55</b>	<b>36%</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

ELABORADO POR: GIOVANNI GARCES

FUENTE: ENCUESTA

#### ANÁLISIS:

El siguiente cuadro nos demuestra la exposición de los adolescentes en relación a los riesgos medios lo cual indica que el 20% de adolescentes de 15 años de edad se masturban, mientras que el 2% de los estudiantes de 17 años no realizan ninguno de los riesgos.

## CUADRO N° 5

### EDAD RELACIONADA CON LA EXPOSICIÓN A RIESGO ALTO DE LOS ESTUDIANTES DEL SEGUNDO DE BACHILLERATO DEL COLEGIO SIMÓN BOLÍVAR. 2012

EDAD	RIESGO ALTO								TOTAL	
	NINGUNO		RELACIONES SEXUALES CON PRESERVATIVO		RELACIONES SEXUALES SIN PRESERVATIVO		PROMISCUIDAD			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
15 AÑOS	21	14%	26	17%	28	19%	7	5%	82	55%
16 AÑOS	14	9%	11	7%	15	10%	9	6%	49	33%
17 AÑOS	0	0%	0	0%	14	9%	0	0%	14	9%
18 AÑOS	0	0%	0	0%	0	0%	5	3%	5	3%
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>23%</b>	<b>37</b>	<b>24%</b>	<b>57</b>	<b>38%</b>	<b>21</b>	<b>14%</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

ELABORADO POR: GIOVANNI GARCES  
FUENTE: ENCUESTA

#### ANÁLISIS:

Al analizar el siguiente cuadro notamos que el 19% de los estudiantes de 15 años de edad han tenido relaciones sexuales sin preservativo mientras que el 3% de 18 años mantienen promiscuidad, lo que denota el aumento de riesgo para la presentación de ITS.

## CUADRO N° 6

### EDAD RELACIONADA CON EL CONOCIMIENTO SOBRE SEXO SEGURO EN LOS ESTUDIANTES DEL SEGUNDO DE BACHILLERATO DEL COLEGIO TÉCNICO ARENILLAS. 2012.

EDAD	CONOCIMIENTO SOBRE SEXO SEGURO				TOTAL	
	SI		NO			
	F	%	F	%	F	%
<b>15 AÑOS</b>	12	8%	27	18%	39	26%
<b>16 AÑOS</b>	7	5%	30	20%	37	25%
<b>17 AÑOS</b>	5	3%	30	20%	35	23%
<b>18 AÑOS</b>	21	14%	18	12%	39	26%
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>30%</b>	<b>105</b>	<b>70%</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

ELABORADO POR: GIOVANNI GARCES

FUENTE: ENCUESTA

#### ANALISIS:

El siguiente cuadro nos indica que el 20% de los estudiantes de 17 años de edad no conocen sobre el sexo seguro, mientras que apenas el 3% de estudiantes del mismo grupo de edad si lo conocen, denotando un aumento de riesgo de presentación de ITS en los adolescentes de estas edades, lo que probablemente se debe por la falta o inadecuada información que reciben.

### CUADRO N° 7

**EDAD RELACIONADA CON EL CONOCIMIENTO SOBRE LA PROTECCIÓN DE LAS ITS EN LOS PRESENTAN LOS ESTUDIANTES DEL SEGUNDO DE BACHILLERATO DEL COLEGIO TÉCNICO ARENILLAS. 2012.**

EDAD	CONOCIMIENTO SOBRE PROTECCIONDE ITS				TOTAL	
	SI		NO		F	%
	F	%	F	%		
15 AÑOS	12	8%	27	18%	39	26%
16 AÑOS	7	5%	30	20%	37	25%
17 AÑOS	5	3%	30	20%	35	23%
18 AÑOS	21	14%	18	12%	39	26%
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>30%</b>	<b>105</b>	<b>70%</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

ELABORADO POR: GIOVANNI GARCES

FUENTE: ENCUESTA

#### ANALISIS:

El siguiente cuadro nos indica que el 20% de los estudiantes de 17 años de edad no conocen como protegerse de las ITS, mientras que el 3% de estudiantes de la misma edad si conocen las medidas de protección contra las ITS.

## CUADRO N° 8

**EDAD RELACIONADA CON EL CONOCIMIENTO SOBRE SIGNOS Y SINTOMAS DE LAS ITS EN LOS PRESENTAN LOS ESTUDIANTES DEL SEGUNDO DE BACHILLERATO DEL COLEGIO TÉCNICO ARENILLAS. 2012.**

EDAD	CONOCIMIENTO SOBRE SIGNOS Y SINTOMAS DE ITS				TOTAL	
	SI		NO		F	%
	F	%	F	%		
13-14	12	8%	27	18%	39	26%
15-16	7	5%	30	20%	37	25%
17-18	5	3%	30	20%	35	23%
18-19	21	14%	18	12%	39	26%
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>30%</b>	<b>105</b>	<b>70%</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

ELABORADO POR: GIOVANNI GARCES  
FUENTE: ENCUESTA

### ANALISIS:

Al analizar el siguiente cuadro notamos la relacion que existe entre la edad y el conocer los signos y síntomas de las infecciones de transmisión sexual, notándose que el 20% de estudiantes de 17 años de edad no saben reconocerlas, mientras que el 3% de adolescentes de la misma edad si lo saben.

### CUADRO N° 9

**EDAD RELACIONADA CON EL CONOCIMIENTO SOBRE  
CONSECUENCIAS DE LAS ITS EN LOS PRESENTAN LOS ESTUDIANTES  
DEL SEGUNDO DE BACHILLERATO DEL COLEGIO TÉCNICO  
ARENILLAS. 2012.**

EDAD	CONOCIMIENTO SOBRE CONSECUENCIAS DE LAS ITS				TOTAL	
	SI		NO			
	F	%	F	%	F	%
<b>13-14</b>	12	8%	27	18%	39	26%
<b>15-16</b>	7	5%	30	20%	37	25%
<b>17-18</b>	5	3%	30	20%	35	23%
<b>18-19</b>	21	14%	18	12%	39	26%
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>30%</b>	<b>105</b>	<b>70%</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

ELABORADO POR: GIOVANNI GARCES  
FUENTE: ENCUESTA

#### ANALISIS:

El siguiente cuadro nos demuestra que el 20% de adolescentes de 17 años de edad no conocen sobre las consecuencias que consigo traen las infecciones de transmisión sexual, mientras que apenas un 3% de estudiantes de la misma edad si lo saben.

## CUADRO N° 10

### EDAD RELACIONADA CON EL CONOCIMIENTO SOBRE USO CORRECTO DEL PRESERVATIVO DE LOS ESTUDIANTES DEL SEGUNDO DE BACHILLERATO DEL COLEGIO TÉCNICO ARENILLAS. 2012.

EDAD	CONOCIMIENTO SOBRE USO CORRECTO DEL PRESERVATIVO				TOTAL	
	SI		NO		F	%
	F	%	F	%		
15 AÑOS	12	8%	27	18%	39	26%
16 AÑOS	7	5%	30	20%	37	25%
17 AÑOS	5	3%	30	20%	35	23%
18 AÑOS	21	14%	18	12%	39	26%
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>30%</b>	<b>105</b>	<b>70%</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

ELABORADO POR: GIOVANNI GARCES

FUENTE: ENCUESTA

#### ANÁLISIS:

Al analizar el siguiente cuadro notamos que el 20% de estudiantes de 17 años de edad no utilizarlo, mientras que el 5% de adolescentes de la misma edad si lo saben. denotando así el riesgo que presentan frente a las ITS.

## 4.2 RESULTADOS DE LA FASE DE INTERVENCIÓN

### PROCESO

#### CUADRO N°1

**INTERÉS DE LOS TEMAS EXPUESTOS POR PARTE DE LOS Y LAS ADOLESCENTES ESTUDIANTES DEL COLEGIO TÉCNICO ARENILLAS.**

<b>INTERÉS DE LOS TEMAS</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Si	150	100%
No	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** ENCUESTAS

**BENEFICIARIAS:** 150 ESTUDIANTE

**ELABORADO POR:** GIOVANNI GARCÉS

#### **Análisis:**

El **100%** de los y las adolescentes estudiantes del colegio Técnico Arenillas asistente a la charla educativa sobre salud sexual manifestaron que fueron importantes los temas expuestos además que fueron comprendidos y llenaron sus expectativas.

## CUADRO N°2

### CLARIDAD DE LA EXPOSICIÓN

CLARIDAD DE LA EXPOSICION	F	%
Si	150	100%
No	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** ENCUESTAS

**BENEFICIARIAS:** 150 ESTUDIANTE

**ELABORADO POR:** GIOVANNI GARCÉS

#### **Análisis:**

El **100%** de los y las adolescentes estudiantes del colegio Técnico Arenillas asistente a la charla educativa sobre salud sexual manifestaron que hubo claridad en la exposición de la charla educativa.

### CUADRO N°3

#### CALIDAD DEL MATERIAL VISUAL EDUCATIVO UTILIZADO EN LA CHARLA EDUCATIVA.

<b>CALIDAD DEL MATERIAL VISUAL EDUCATIVO</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Bueno	150	100%
Regular	0	0
Malo	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** ENCUESTAS

**BENEFICIARIAS:** 150 ESTUDIANTE

**ELABORADO POR:** GIOVANNI GARCÉS

#### **Análisis:**

El **100%** de los y las adolescentes estudiantes del colegio Técnico Arenillas asistente en la charla educativa sobre salud sexual manifestaron que la calidad audiovisual era muy buena y que les agrado el material entregado ya que la información era importante, clara y creativa.

#### CUADRO N°4

#### CALIDAD DEL AMBIENTE DONDE RECIBIERON LA CHARLA EDUCATIVA

CALIDAD DEL AMBIENTE	F	%
Adecuado	150	100%
Inadecuado	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** ENCUESTAS

**BENEFICIARIAS:** 150 ESTUDIANTE

**ELABORADO POR:** GIOVANNI GARCÉS

#### **Análisis:**

El **100%** de los y las adolescentes estudiantes del colegio Técnico Arenillas asistente a la charla sobre salud sexual dada en la sala auditorio del colegio Simón Bolívar manifestaron que el ambiente fue adecuado y les agrado.



**CUADRO N° 5**  
**PRODUCTO**

TEMAS DE LA CHARLA EDUCATIVA	PRE- TEST				TOTAL		POST- TEST				TOTAL	
	CORRECTO		INCORRECTO				CORRECTO		INCORRECTO			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Salud Sexual	2	1%	148	98%	150	100%	150	100%	0	-	150	100%
Adolescencia	2	1%	148	98%	150	100%	150	100%	0	-	150	100%
Uso preservativo	2	1%	148	98%	150	100%	150	100%	0	-	150	100%
ITS	2	1%	148	98%	150	100%	150	100%	0	-	150	100%
Prevención	0	-	148	100%	150	100%	150	100%	0	-	150	100%

**FUENTE:** ENCUESTAS  
**BENEFICIARIAS:** 150 ESTUDIANTE  
**ELABORADO POR:** GIOVANNI GARCÉS

**Análisis:**

La presente tabla representa la relación entre el pre - test y post - test de la charla que se ejecutó acerca de salud sexual la misma que demuestra que antes de la charla educativa el **96%** de los y las adolescentes tenían un déficit de conocimiento; pero al concluir la charla educativa se obtuvo un mayor porcentaje en el aumento de conocimientos siendo así que la intervención beneficio al grupo en estudio.

## CUADRO N° 6

### EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS

ACTIVIDADES	PROGRAMADAS	%	EJECUTADAS	%
ACTIVIDADES DE GESTION	1	100%	1	100%
ACTIVIDADES DE COORDINACION	2	100%	2	100%
ACTIVIDADES DE EDUCACION	2	100%	2	100%
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>

**Fuentes:** Cronograma de actividades

**Elaborado por:** Giovanni Garcés

#### ANALISIS:

Todas las actividades programadas del proyecto se cumplieron en un 100%.

## IMPACTO

### CUADRO N° 7

**TRATO QUE RECIBIERAN LOS Y LAS ADOLESCENTES ESTUDIANTES DEL COLEGIO TÉCNICO ARENILLAS DURANTE LA CHARLA EDUCATIVA POR PARTE DEL EXPOSITOR.**

<b>TRATO QUE RECIBIÓ</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Bueno	150	100%
Regular	0	0
Malo	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** ENCUESTAS

**BENEFICIARIAS:** 150 ESTUDIANTE

**ELABORADO POR:** GIOVANNI GARCÉS

#### **Análisis:**

El **100%** de los y las adolescentes estudiantes del colegio Técnico Arenillas asistente a la charla educativa sobre salud sexual, expresaron su gratitud al estar satisfechos con el trato recibido, por parte del expositor.

## CONCLUSIONES

Luego de culminar con este trabajo de investigación puedo concluir lo siguiente:

- Según las características individuales de los adolescentes el 55% tenían 15 años, el 51% de sexo masculino, el 87% habitaban en zona urbana, el 100% de etnia mestiza, el 80% pertenecen a un tipo de familia nuclear.
- Según las características de its el 82% no han presentado infecciones de transmisión sexual, mientras que el 5% si siendo la condilomatosis y gonorrea la de mayor prevalencia.
- En cuanto a las prácticas de riesgo el 44% de adolescentes mantienen como riesgo bajo besos, según el riesgo medio el 36% se masturba, según el riesgo alto el 38% mantienen relaciones sexuales sin preservativo, en cuanto al riesgo latente el 70% no conocen sobre sexo seguro, 70% no saben cómo protegerse de ITS, 70% no reconocen signos y síntomas de ITS, el 70% no saben cuáles son las consecuencias de las its, el 70% ni saben cómo utilizar correctamente el preservativo.
- En cuanto al programa educativo el 100% de estudiantes se sintieron agradecidos y satisfechos con los temas expuestos ya que llenaron sus expectativas, cumpliendo así con los objetivos planteados.

## **RECOMENDACIONES**

Luego de culminar con este trabajo de investigación puedo concluir lo siguiente:

### ***A LOS PADRES DE LOS ESTUDIANTES***

- Incentivar al adolescente brindarle confianza para expresar temas de salud sexual.
- Asistir y participar en programas educativos en el colegio.
- Ayudarlos a entender sobre el sexo, y formas seguras de su sexualidad.
- Romper tabúes y mitos acerca del uso del preservativo, enseñarles como se usa.
- Brindar mayor educación en los diferentes temas actuales de salud sexual.
- Desarrollar actividades con los adolescentes con patrón de salud principalmente sobre salud sexual.

### ***A LOS PROFESORES DEL COLEGIO***

- Brindar un amplio conocimiento sobre salud sexual a los estudiantes.
- Organizar programas educativos tomando en cuenta al personal del centro de salud al que pertenece el colegio.

- Identificar problemas sobre salud sexual, inclinaciones sexuales en los estudiantes y trabajar con ellos, conjuntamente con la psicóloga del colegio para despejar dudas y problemas sobre el sexo.

## BIBLIOGRAFIA

- BALDERAS P. Ma. De la Luz. Riesgos Sexuales en la Adolescencia. Mc. Graw Hill., 2008.
- CÁNDIDO, Brito Méndez E, Guerra Rosales JM, Rodríguez Báez R Conducta de riesgo en infecciones de transmisión sexual y embarazo. Rev Cubana Med Gen Integr v.19 n.1 Ciudad de La Habana ene.- feb. 2003.
- CABALLERO, Hoyos, José Ramiro; Carlos Conde, Alberto Villaseñor ITS Y Vih/Sida En Adolescentes Y Adultos Jóvenes, Ángulos de la problemática en México.. Consejo Estatal del SIDA- Jalisco e Instituto Nacional de Salud Pública, Sierra editores año 2009 Primera edición pág. 970-9874-18-7, México.
- DOMÍNGUEZ, A., Barrabeig I, Solleras L. Epidemiología de las Enfermedades de Transmisión Sexual. Clin. Invest. Gin Obst. 2009.
- FERRER, J., Llaneza P., Perez R. Enfermedades de Transmisión Sexual en la adolescencia. Progresos de obstetricia y ginecología., 2007.
- GONZÁLEZ, Garza y cols. (2005). “Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de la ENSA 2000”, en *Revista de Salud Pública*, mayo-junio de 2005, volumen 47, número 3, pp. 209-218.

JUÁREZ, Fátima (2008) “Salud Sexual y reproductiva de los adolescentes en América Latina: evidencia, teorías e intervenciones”. En La fecundidad en condiciones de pobreza: una visión internacional. Cecilia Rabell Romero y María Eugenia Zavala de Cosío (coords). Instituto de Investigaciones Sociales, México. Pp. 291-314.

MINISTERIO de salud, Normas para la planificación familiar y control de la Maternidad, quinta edición, 2009, pág. 10-28.

MOLINA R., Sandoval J., Luengo X.: "Salud sexual y reproductiva del Adolescente" – Ruoti, A. M. y col.: Obstetricia y Perinatología, Cap. 8, 2ª Edición, 2.000 – EFACIM-EDUNA, Asunción, Paraguay.

#### **INTERNET:**

- Brindis C, Davis L. Mejora del acceso de los adolescentes a los métodos anticonceptivos. Serie de Advocates for Youth. Volumen IV; 2001. Disponible en: <http://www.advocatesforyouth.org/publications/comunidadesresponden4.pdf>
- Embarazo En Adolescentes, Variación Porcentual Tasas Fecundidad Venezuela, disponible en: [http://www.msds.gov.ve/msds/modules.php?name=Content&pa=list\\_pages\\_categories&cid=33MSDS\\_Linamientos\\_salud\\_adols.pdf](http://www.msds.gov.ve/msds/modules.php?name=Content&pa=list_pages_categories&cid=33MSDS_Linamientos_salud_adols.pdf)

- Norma sobre Salud Sexual y Reproductiva, disponible en:  
[ENPOFAM98.pdf](http://venezuela.unfpa.org/documentos/Informe%20enpofam.pdf)<http://venezuela.unfpa.org/documentos/Informe%20enpofam.pdf>.
- Díaz Gómez NM, Barroso A, Hernández C, Romero A, Daroqui P, Novo M. Sexualidad en la adolescencia. Disponible en:  
[http://www.comtf.es/pediatría/Congreso\\_AEP\\_2000/Ponencias-htm/N\\_Marta\\_D%C3%AD](http://www.comtf.es/pediatría/Congreso_AEP_2000/Ponencias-htm/N_Marta_D%C3%AD).
- Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud sexual recomendaciones para la acción. Disponible en:  
[http://www.paho.org/Spanish/HCP/HCA/salud\\_sexual.pdf](http://www.paho.org/Spanish/HCP/HCA/salud_sexual.pdf).

