

**República Dominicana**

**Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña**

Facultad de Ciencias de la Salud

Residencia de Medicina Familiar

CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE INFECCIONES  
DE TRANSMISIÓN SEXUAL QUE TIENEN LAS ADOLESCENTES  
QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL  
REGIONAL DOCENTE JUAN PABLO PINA, SAN CRISTÓBAL  
MAYO – JULIO, 2015

Tesis de pos-grado para optar por el título de especialista en:

**MEDICINA FAMILIAR**



Sustentante

Dra. Alba Nellys Pérez

Asesores

Dra. Concepción Aurora Sierra

Dra. Iris Paula

Dr. William Duke

Los conceptos expuestos en la presente tesis de posgrado son de la exclusiva responsabilidad de la sustentante

Distrito Nacional: 2018

## CONTENIDO

Agradecimientos	
Dedicatorias	
Resumen	
Abstract	
I. Introducción	1
I.1. Antecedentes	2
I.2. Justificación	3
II. Planteamiento del problema	4
III. Objetivos	6
III.1. General	6
III.2. Específicos	6
IV. Marco teórico	7
IV.1. Adolescencia	7
IV.1.1. Clasificación	7
IV.2. El conocimiento	8
IV.3. Concepciones tradicionales sobre la adquisición del conocimiento	9
IV.4. Actitud	12
IV.4.1. Formación de las actitudes	13
IV.4.2. Estructura de las actitudes	13
IV.4.3. Características de las actitudes	14
	14
IV.6. Enfermedades de transmisión sexual	15
IV.6.1. Clasificación	15
V. Hipótesis	36
VI. Operacionalización de las variables	37
VII. Material y métodos	39
VII.1. Tipo de estudio	39
VII.2. Demarcación geográfica	39

VII.3. Universo	39
VII.4. Muestra	39
VII.5. Criterios	39
VII.5.1. De inclusión	39
VII.5.2. De exclusión	39
VII. 6. Instrumento de recolección de los datos	40
VII. 7. Procedimiento	40
VII.8. Tabulación	41
VII.9. Análisis	41
VII.10. Principios éticos	41
VIII. Referencias	42
IX. Anexos	45
IX.1. Cronograma	45
IX.2. Instrumento de recolección de los datos	46
IX. 3. Costos y recursos	47

## **DEDICATORIA**

Dedico esta tesis de post grado a mi Dios poderoso en batalla, grande en misericordia, todo el honor y gloria para él, por haberme permitido cumplir esta meta tan importante en mi vida, por hacerme sentir que soy su hija predilecta, gracias mi Dios.

Para mi hija Erika Elizabeth Lara Perez que esto sea un ejemplo de superación para ella, mi hija no te rindas nunca.

Alba Nellys Perez

## **AGREDECIMIENTOS**

Primero a mi Dios por darme la oportunidad de llegar hasta aquí.

A mi familia por apoyarme en todo y soportar mi ausencia.

A la Residencia de Medicina Familiar del Hospital Regional Y Docente Juan Pablo Pina por creer en mí, por hacerme unas de sus hijas.

A mis compañeros de la residencia por haberme soportado 4 años, por compartir sus vidas conmigo, gracias Lorenza, Bernardina, Jenny, Angela, Miguel, Ailin, Nuris, Enmanuel

A mis profesores por haber dedicado su tiempo en mí para aportar de sus conocimientos y sabiduría en el desarrollo de mi formación profesional.

A todas las personas que directa e indirectamente ayudaron para la realización de este proyecto.

Alba Nellys Perez

## **RESUMEN**

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal, con el objetivo de determinar el conocimiento y la actitud que tienen las adolescentes que asisten a la consulta externa del Hospital Regional Juan Pablo Pina, San Cristóbal durante mayo-julio del 2015. El universo estuvo constituido por 475 adolescentes y la muestra fue de 46 adolescentes tomada de forma aleatoria simple. Se reporta que el 54.4 por ciento tenían bajo conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual, el 50.8 por ciento se halló entre 14-16 años, un 65.2 por ciento tenía un nivel básico de escolaridad, de las 28 adolescentes encuestadas entre 14-16 años, el 21.4 por ciento tenía alto conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual, el 21.4 por ciento mediano y un 57.2 por ciento bajo conocimiento, de las 30 adolescentes encuestadas con un nivel básico de educación, un 30 por ciento tenían alto conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual, un 20 por ciento mediano y un 50 por ciento bajo conocimiento, el 67.4 por ciento presentó actitud positiva frente las infecciones de transmisión sexual .

Palabras clave: Adolescentes, ITS, conocimiento actitud

## **ABSTRACT**

A descriptive, prospective and cross-sectional study the attitude with adolescents attending outpatient Regional Hospital Juan Pablo Pina, San Cristobal during May to July 2015 was conducted in order to determine the knowledge, . The universe consisted of 475 adolescents and 46 adolescents sample was randomly taken simple. It is reported that 54.4 percent had low knowledge about sexually transmitted infections, 50.8 percent were found between 14-16 years, 65.2 percent had a basic level of schooling, 28 teenagers between 14-16 years surveyed, 21.4 percent had high knowledge about sexually transmitted infections, 21.4 percent medium and 57.2 percent under knowledge of the 30 teens surveyed with a basic equation, 30 percent had high knowledge about sexually transmitted infections , 20 percent medium and 50 percent low knowledge, 67.4 percent had positive attitude towards sexually transmitted infections and 56.5 percent performed malpractice against sexually transmitted infections.

Key words: Adolescents, ITS, knowledge, attitude

## **I. INTRODUCCIÓN**

Las infecciones de transmisión sexual comprendidas dentro del grupo de afecciones contagiosas que se propagan principalmente por contacto sexual, continúan siendo una epidemia en la mayor parte de los países del mundo y constituyen el principal exponente de la profunda influencia que la conducta humana y los factores demográficos pueden tener sobre la epidemiología y la morbilidad de las enfermedades.<sup>1</sup>

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) aumentan en el mundo, afectan tanto a hombres como a mujeres de diferentes edades, sexo, raza y condición social; la Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que en el mundo existen por lo menos 340 millones de casos nuevos y que tienen cura, entre personas de 15 a 49 años de ambos sexos. En República Dominicana la frecuencia de infecciones de transmisión sexual varía de un área a otra, afectan a jóvenes y adultos, siendo los grupos más susceptibles a enfermarse las trabajadoras sexuales, homosexuales, presos y adolescentes.<sup>2</sup>

Este último grupo se ubica en un periodo de profundos cambios físicos, psicológicos y sociales; biológicamente tienen mayor susceptibilidad de contraer infecciones debido a que su sistema inmunológico no está completamente desarrollado; en el ámbito psicológico y social las nuevas emociones, experiencias, el deseo de aceptación por el grupo de amigos, entre otros aspectos, pueden influir para tomar decisiones precipitadas y adoptar conductas de riesgo respecto al consumo de sustancias o a su vida sexual, que realizan sin protección exponiéndose a embarazos no deseados o a infecciones de transmisión sexual.<sup>3</sup>

Los adolescentes constituyen una gran parte de la población mundial. En este grupo de población estamos asistiendo en las últimas décadas a un aumento en la incidencia de dos de los grandes riesgos en relación con la conducta sexual de nuestros jóvenes: el embarazo no deseado y las infecciones de transmisión sexual. Se estima que 340 millones de nuevos casos de sífilis, gonorrea, chlamydia y de trichomoniasis se dieron en el mundo entero.<sup>4</sup>



## I.1. Antecedentes

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), llevó a cabo un estudio descriptivo y transversal con el objetivo de contribuir a la prevención de VIH/SIDA en la Parroquia Nuestra Sra. del Rosario y las Hermanas Juanistas como unidades ejecutantes están desarrollando el Proyecto "Niños, niñas y adolescentes trabajamos por un futuro compartido" en los municipios de Dajabón, República Dominicana y de Wanament en Haití. Alrededor de la mitad de lo(a)s niño(a)s y adolescentes vive con ambos padres, 47.6 por ciento, el 28.4 por ciento vive sólo con la madre, 3.2 por ciento vive sólo con el padre y un 20.8 por ciento vive con otros parientes y amigos. El 39.0 por ciento de los niños y niñas realizan algún tipo de trabajo por paga o ganancia. El 26.9 por ciento de los niños, niñas y adolescentes entrevistados ha tenido relaciones sexuales cóitales, el 35.2 por ciento de sexo femenino y 64.7 masculino, en la comunidad de Dajabón sólo un 8.8 por ciento de los entrevistados entrevistadas ha tenido relaciones sexuales cóitales, en Wanament este porcentaje es el 45.6 por ciento. Un poco más de un tercio de los niños y las niñas que han tenido relaciones sexuales, inició su vida sexual a los diez años o antes. En cuanto al conocimiento de cómo protegerse para no contraer el VIH/Sida por medio de las relaciones sexuales, el 82.6 % de los niño(a)s y adolescentes entrevistados dijo que se puede evitar el VIH absteniéndose de tener relaciones sexuales, 87.6% dijo que teniendo parejas que sean fieles y el 94.6% dijo que teniendo relaciones sexuales con protección.

Silva, *et al*, realizaron un estudio descriptivo y transversal con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento y comportamiento de riesgo de adolescentes mujeres sobre las Infecciones de Transmisión Sexual en un Programa de Adolescentes de un hospital público en el Programa de Adolescentes de un Hospital Público Universitario, Brasil durante febrero-mayo del 2013. Resultado: De las participantes predominaron aquellas entre 14 y 16 años, con un 59.7 por ciento, solteras, con un 67.4 por ciento y con estudios secundarios, para un 57.4 por ciento, en relación con el conocimiento predominó el nivel regular, con un 63.1 por ciento y alta, con un 29.1 por ciento, el 50 por ciento usa preservativo.<sup>5</sup>

Choccare, llevó a cabo un estudio descriptivo y transversal con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual-VIH/SIDA y sus medidas preventivas en los estudiantes de enfermería de la Universidad Mayor San Marcos, Lima, Perú durante el 2007. Entre sus conclusiones, se tiene que no existen diferencias estadísticamente significativas del nivel de conocimientos según años de estudio; predomina el nivel medio de conocimiento, con un 52.1 por ciento, el sexo femenino tiene mayor conocimiento que el masculino, con un 67.1 por ciento.<sup>6</sup>

En Brasil se llevó a cabo en junio de 2009, fue realizada durante el año 2008 en todas las regiones de Brasil, con entrevistas a 8000 personas de entre 15 y 64 años. Reveló que el 45.6 por ciento tiene buen conocimiento sobre la ITS, el 13,2 por ciento de los varones habían tenido más de cinco parejas ocasionales en el año anterior a la encuesta, un índice tres veces menor (4,1 %) entre las mujeres. El 10 por ciento de ellos ha tenido una pareja del mismo sexo en la vida, mientras que sólo el 5,2 por ciento de ellas han tenido relaciones sexuales con otras mujeres. La vida sexual de los varones también comienza antes: el 36,9 por ciento tuvieron relaciones sexuales antes de los 15, un índice que cae a menos de la mitad en las mujeres, con un 17 por ciento.<sup>7</sup>

## I.2. Justificación

Las Infecciones de transmisión sexual son consideradas un problema de salud pública tanto a nivel nacional como internacional. Se consideran estas enfermedades como una verdadera epidemia de nuestra época. Se producen en el mundo 250,000,000 de casos nuevos cada año, en las Américas se estima una cifra de alrededor de 50,000,000 anualmente. Las más frecuentes en la actualidad son las siguientes: vaginosis bacteriana, herpes genital, trichomoniasis, candidiasis, infecciones por papilomas virus humanos, hepatitis B, sífilis y el SIDA.

Al analizar la problemática de los adolescentes se ha evidenciado en las últimas décadas el incremento significativo de los riesgos de las enfermedades de transmisión sexual, fundamentalmente el SIDA. Por tal razón, resulta indiscutible la importancia de tratar de ofrecer respuestas orientadas hacia la prevención de este terrible flagelo. Al considerar a los estudiantes como el segmento de la población que recibe educación formal en el nivel secundario, se puede asumir que son los llamados a constituirse en una avanzada de difusión de conocimientos necesarios tratando de alcanzar una mejor calidad de vida para el conjunto de la sociedad.

No es raro que una o más Infecciones de transmisión sexual se repitan durante la adolescencia y la reinyección es la causa más frecuente. Actualmente se observa un incremento de la incidencia de Infecciones de transmisión sexual, encontramos una ampliación de su espectro clónico y de sus agentes causales, se tienen una conciencia más

El presente trabajo pretende abordar los conocimientos que las estudiantes tienen acerca de la prevalencia de enfermedades de transmisión sexual en adolescentes y describir factores que se le asocian, con el fin último de utilizar esta información para mejorar tanto la prevención, el diagnóstico, tratamiento y calidad de atención de las adolescentes.

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las infecciones de transmisión sexual son un problema común y grave en todo el mundo. Es cierto que existen más de 20 tipos de microorganismos que pueden transmitirse por vía sexual, estos presentan síntomas y signos similares, entre los más comunes están: las secreciones del pene (uretra) o la vagina, y las úlceras genitales. Se estima que cada año se presentan más de 333 millones de casos de infecciones de transmisión sexual curables que ocurren un millón de contagios al día. En las Américas se producen anualmente 50 millones de casos de infecciones de transmisión sexual.<sup>7</sup>

Estas infecciones engloban a un grupo de enfermedades transmisibles de diversa etiología, cuya forma predominante de contagio se establece a través de las relaciones sexuales. En las últimas décadas las infecciones de transmisión sexual han sufrido una rápida evolución; entre ellas están la Gonorrea, Sífilis, Chancroide, Tricomoniasis, incluyendo el Virus de Inmunodeficiencia Humana. Son causas principales de esterilidad, infertilidad y muerte.<sup>8</sup>

Estas infecciones constituyen una de las principales causas de morbilidad a nivel regional y mundial. Esta realidad no es ajena a República Dominicana, diferentes estudios muestran elevadas tasas de infecciones de transmisión sexual no sólo en grupos de elevado riesgo como los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) o trabajadores sexuales (TS), sino también en población general.

A nivel general, el 80 por ciento de la población joven viven en ciudades y 47 por ciento son pobres, los jóvenes integran del 44 al 71 por ciento de la población económicamente activa, del al 40 por ciento de la población joven ni estudia, ni trabaja y el 50 por ciento de los adolescentes menores de 19 años son sexualmente activos y sólo el 10 por ciento usa algún método anticonceptivo, lo cual genera mayor casos de estas infecciones, principalmente por el desconocimiento que se tiene sobre ellas.<sup>9</sup>

La prevalencia de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) continúa representando un inconveniente para la población de República Dominicana y sus autoridades. Aunque en el pasado eran consideradas un mal exclusivo de trabajadoras sexuales, transexuales y homosexuales, la situación actual es otra. República Dominicana registra cada año más de 10 mil casos de sífilis, blenorragia o gonorrea, linfogranuloma venéreo y chancro blando, siendo las dos primeras las de mayor incidencia. Se desconoce la magnitud de infecciones de otras etiologías, tales como las producidas por clamidias o herpes simple.

Los principales obstáculos para frenar la incidencia de estas afecciones siguen siendo el desconocimiento de su importancia dentro de los trabajadores de la salud, actitud negativa hacia los pacientes infectados, homosexuales y trabajadoras sexuales, según consta en un plan de trabajo elaborado por el Programa de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (Procets), dependencia de la Dirección General de Epidemiología de Salud Pública.

Partiendo de estos informes se plantea:

¿Cuál es el nivel de conocimiento Y que actitud sobre infecciones de transmisión sexual tienen las adolescentes que asisten a la consulta externa del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, San Cristóbal durante mayo-julio del 2015?

### **III. OBJETIVOS**

#### III. General

1. Determinar el conocimiento y actitudes sobre infecciones de transmisión sexual que tienen las adolescentes que asisten a la consulta externa del Hospital Regional Juan Pablo Pina, San Cristóbal durante mayo-julio del 2015.

#### III. Específicos

1. Edad.
2. Procedencia.
3. Escolaridad
4. Conocimiento
5. Actitud.
6. Manifestaciones clínicas.
7. Pruebas diagnósticas.
8. Fuente de información.

## **IV. MARCO TEÓRICO**

### **IV.1. Adolescencia**

La adolescencia es un periodo de transición en el desarrollo entre la niñez y la vida adulta, comienza alrededor de los 10 años con la pubertad, que es un largo y complejo proceso en el que se producen importantes cambios biológicos. Aquí ocurren cambios como el comienzo de la menstruación en las niñas, la presencia de espermatozoides en los varones, la maduración de los órganos reproductivos y el desarrollo de características sexuales secundarias, todo esto produce el alcance de la maduración sexual. El desarrollo de esta maduración atraviesa posibles etapas de la sexualidad de la adolescencia, que describen características muy generales de este proceso relacionados con aspectos psicológicos y sociales, estas etapas son:<sup>10</sup>

#### **IV.1.1. Clasificación**

##### **Adolescencia Temprana: (10- 13 años)**

Caracterizada por el inicio de la maduración sexual, extrema curiosidad por su cuerpo, muchas fantasías sexuales, exploración acentuada del autoerotismo y se interrelaciona con una sexualidad donde lo físico predomina (coquetería, amor platónico, entre otros).<sup>11</sup>

##### **Adolescencia Media: (14-16 años)**

Completa maduración sexual, manifestación de alta energía sexual con énfasis en el contacto físico y conducta sexual exploratoria (pueden presentarse experiencias homosexuales y relaciones heterosexuales no planificadas), negación de las consecuencias de la conducta sexual (por sentimientos de invulnerabilidad), falta de información y educación sexual, relaciones intensas y fugaces.

##### **Adolescencia Tardía: (17 a 19 años)**

Se caracteriza por la completa maduración física, social, legal; logros definidos en la maduración psicológica, conducta sexual expresiva y puede establecer relaciones íntimas y estables con definición de su rol sexual.<sup>12</sup>

Los adolescentes son vulnerables, porque tanto las características del ambiente familiar y social en que una persona se desenvuelve con sus propias particularidades, pueden hacerlos muy vulnerables, ya que es quien teme mayor riesgo de recibir determinada lesión o daño.

#### IV.2. El conocimiento

El conocimiento sobre la realidad es uno de los factores que más han contribuido al éxito adaptativo del hombre como especie animal, ya que permite anticipar lo que va a suceder y a partir de ahí controlar el curso de las cosas y actuar sobre ellas de una manera eficaz para lograr sus objetivos. En definitiva, el conocimiento es el arma principal de la que dispone el hombre para controlar la naturaleza y sobrevivir.<sup>13</sup>

Por esto resulta de un enorme interés entender cómo se forman o adquieren conocimientos nuevos. Se trata de una de las preguntas que han preocupado a los hombres desde que empezaron a reflexionar sobre su propia actividad.

Desde la época de los griegos se han avanzado distintas propuestas para explicar cómo se forman nuevos conocimientos, cómo un individuo aprende nuevas cosas, y a partir de la época moderna el problema del conocimiento se ha convertido en uno de los temas fundamentales de la indagación filosófica. El empirismo, el racionalismo o la filosofía crítica de Kant constituyen intentos diferentes de responder a este problema.

Dado que el conocimiento constituye un aspecto tan esencial para la vida de los hombres es natural que estos dediquen una parte importante de su actividad a adquirir nuevos conocimientos. Por ello en todas las sociedades los adultos ponen un gran énfasis en conseguir que los niños adquieran los conocimientos que se consideran indispensables para la vida social y para la supervivencia, transmitiéndoles las adquisiciones que esa sociedad ha ido acumulando a lo largo del tiempo y que constituyen lo que solemos denominar la cultura.<sup>14</sup>

Los seres humanos son la única especie animal que realiza una transmisión sistemática e intencional de los conocimientos. Muchos animales aprenden, pero ningún otro, aparte de los seres humanos, enseña.



El proceso de transmisión de conocimientos, normas, valores, ritos, conductas, tradiciones, entre otros, es lo que se denomina educación, que constituye una parte importante de la actividad social.

Como señaló el sociólogo francés Durkheim, la educación consiste en la socialización sistemática de la generación joven. En las sociedades más simples la educación es una actividad que realizan todos los adultos, y en particular los padres, para conseguir que los niños y jóvenes adquieran esas habilidades que se consideran importantes en esa sociedad.

Pero en las sociedades complejas se han establecido además instituciones educativas especializadas que tienen como misión contribuir y completar la acción espontánea de los adultos, de tal manera que una parte importante de la socialización de los niños se realiza en las escuelas donde pasan buena parte de su tiempo durante el período de crecimiento.

#### IV.3. Concepciones tradicionales sobre la adquisición del conocimiento

Está claro que el conocimiento es un producto de la actividad social que se produce, se mantiene y se difunde en los intercambios con los otros. Un individuo aislado no puede desarrollarse como ser humano y los hombres y mujeres dependemos de los demás para la mayor parte de nuestras actividades.<sup>15</sup>

Los conocimientos son producidos por los individuos y están acumulados de alguna forma en lo que puede llamarse la mente de los individuos, pero se generan en los intercambios con los otros, se comunican a los otros y se perfeccionan en el comercio con los demás, en el proceso de compartirlos y contrastarlos con lo que piensan o saben hacer los demás.

Los individuos pueden producir conocimientos que antes no existían, dando lugar al progreso cultural, pero la mayoría de los conocimientos los recibimos de los otros o los adquirimos a través de nuestra actividad en los intercambios sociales.

En la mayor parte de las sociedades se acumulan también de una forma más permanente mediante ayudas exteriores como son los productos de la actividad cultural, entre los que se cuentan las herramientas.

Las construcciones, esculturas o dibujos, y todos los resultados de la actividad tecnológica. Pero además de eso los humanos han logrado producir en bastantes sociedades métodos más permanentes de conservación del conocimiento, como el lenguaje escrito y otros sistemas simbólicos que permiten transmitir los conocimientos a individuos con los cuales no resulta necesario tener un contacto directo, de tal forma que podemos aprender de personas que desaparecieron mucho antes de que nosotros nacióramos o que viven en lugares muy alejados y que nunca tendremos oportunidad de encontrar.

De estas observaciones parece desprenderse que la idea más simple y aparentemente obvia acerca de cómo se adquiere el conocimiento es que éste se toma de fuera, está en la sociedad, lo poseen los otros y nosotros nos apoderamos de él y nos lo incorporamos.

La mayor parte de la gente no produce conocimientos que sean nuevos para la humanidad y se limita a utilizar conocimientos que otros ya tienen. La palabra "aprender", que usamos habitualmente para referirnos a la adquisición de saberes, y que proviene del latín *apprehendere*, transmite la idea de ese proceso mediante el cual "cogemos" o "nos apoderamos" de algo que está ahí a nuestra disposición o que los otros nos dan.<sup>16</sup>

La acción opuesta a aprender es "enseñar", que etimológicamente significa dejar una "seña" o "marca", indicando que al enseñar dejamos una marca en el que aprende. De acuerdo con esta concepción, la actividad educativa consistiría en transmitir los conocimientos al alumno, que los aprendería y quedaría marcado por ellos. La mayor parte de los individuos serían puros consumidores de conocimientos y solo algunos los fabricarían o producirían.

Esta teoría concuerda muy bien con el sentido común y parece explicar satisfactoriamente lo que sucede todos los días delante de nosotros cuando una persona aprende algo que le resulta nuevo. Lo que presupone es que el conocimiento está hecho y terminado fuera del sujeto y pasa a adentro; puede venir de los otros o de la misma realidad, que el sujeto copiaría. Es una concepción que está emparentada con el "empirismo", una de las posiciones filosóficas dominantes para explicar la formación del conocimiento.

Según esta doctrina, que fue propuesta y defendida inicialmente por los filósofos ingleses como Locke, Berkeley y Hume, cuando nacemos nuestra mente es una como una pizarra en blanco, una tabula rasa, sobre la que se va escribiendo el resultado de nuestras experiencias, que de esta forma se irían acumulando en nuestra mente. Niega, por tanto, la existencia de ideas innatas y todo nuestro conocimiento sería el resultado del contacto con una realidad

El conocimiento sería una copia de la realidad y sería mejor cuanto más fiel resulte la copia. La posición empirista no sólo ha sido muy influyente dentro de la filosofía sino que ha inspirado a una buena parte de las posiciones que se mantienen dentro de la psicología para explicar la formación del conocimiento.

Por ejemplo, a principios de nuestro siglo apareció el conductismo, que es una de las formas más extremas de traducción del empirismo en términos psicológicos. Pero aunque las limitaciones del conductismo se han hecho muy evidentes con el paso de los años continúa estando muy presente bajo formas más sofisticadas en muchas teorías psicológicas actuales.<sup>17</sup>

El hecho de que sea una teoría tan de sentido común ha contribuido a la pervivencia del empirismo. Pero esta teoría resulta demasiado simple y deja sin explicar muchas cosas, principalmente cómo se produce ese paso de fuera a adentro (que es un aspecto esencial para entender la adquisición del conocimiento) y también por qué muchas veces no se produce. Si sólo se tratara de poner dentro lo que está fuera cualquier cosa podría ser aprendida por un individuo en cualquier momento con tal de que dispusiera de los conocimientos previos necesarios.

Además, lo que un individuo aprende sería exactamente lo que otro trata de enseñarle. También sería difícil explicar por qué distintos individuos difieren en su comprensión de una misma realidad. Sin embargo, es habitual que personas que presencian un mismo suceso, como un accidente, hayan visto cosas distintas, y no es infrecuente que los testigos de un mismo hecho no se pongan de acuerdo. Igualmente sabemos que los alumnos no entienden las cosas como nosotros creemos enseñárselas, o tienen dificultades para aprender determinados conocimientos que a nosotros nos parecen extraordinariamente sencillos.

Hoy la investigación psicológica está llena de descripciones de teorías de niños o adultos que no coinciden con lo que se les ha enseñado.

Un problema mucho más de fondo consiste en explicar cómo se forman conocimientos nuevos para todos (el progreso científico), que nadie ha podido enseñar porque eran desconocidos, y parece innegable que los conocimientos aumentan y están en continua evolución.

Pero en la filosofía se ha defendido también la posición contraria, a la que se denomina genéricamente el "innatismo", que afirma que nuestra mente tiene conocimientos a priori o innatos sin los cuales sería imposible conocer. Así se ha sostenido que la noción de objeto, o las categorías de espacio, tiempo, causalidad, número, que resultan necesarias para organizar nuestra experiencia, son innatas.<sup>18</sup>

Pero algunos sostienen también que tenemos capacidades no aprendidas para diferenciar las personas de las cosas o para adquirir el lenguaje. Una forma de innatismo fue defendida desde comienzos de siglo por la psicología de la Gestalt, que propuso que disponemos de formas innatas para organizar nuestra percepción (por eso en tres puntos vemos un triángulo, aunque por esos tres puntos podrían pasar otras muchas líneas). Un nuevo innatismo ha surgido bajo la influencia de la obra de Chomsky, que defiende la existencia de un dispositivo innato para la adquisición del lenguaje.

#### IV.4. Actitud

Los psicólogos han abordado ampliamente el problema de las actitudes, ya que tienen que ver con la conducta de las personas en relación al medio social en la que se desenvuelven. Allport da la siguiente definición: Es un estado mental y neurológico de las disposiciones a responder organizadamente a través de la experiencia y que ejerce una influencia directriz y/o dinámica de la conducta.<sup>18</sup>

La actitud es una predisposición para responder a un objeto y la conducta efectiva hacia el. Por otro lado, Whithaker define la actitud como: "Una predisposición para responder de manera predeterminada frente a un objeto específico.

Las definiciones de actitud Kerlinger refiere: La actitud es una predisposición organizada para sentir, percibir y comportarse hacia un referente (categoría que denota: fenómeno, objeto, acontecimiento, construcciones hipotéticas, entre otros). En cierta forma es una estructura estable de creencias que predisponen al individuo a comportarse selectivamente ante el referente o el objeto cognoscitivo. De lo expuesto la actitud es la predisposición organizada para pensar, percibir, sentir y comportarse ante un referente en forma de rechazo, aceptación e indiferencia.

#### IV.4.1. Formación de las actitudes

Las actitudes se van formando de distintas maneras; la conformidad, medio a través del comportamiento, es decir ante una práctica común por la presión social el individuo se conforman temporalmente y por la presión del grupo tendrá una conformidad permanente; la identificación, se establece cuando la persona define y responde de una manera predeterminada a partir de una persona o grupo por la experiencia lograda en una determinada situación.<sup>19</sup>

La internalización, es la aceptación absoluta de una actitud convirtiéndose en parte integral del individuo, se produce cuando una actitud es congruente con sus creencias y valores básicos, adoptada la nueva actitud porque piensa que es correcta o porque quiere parecerse a alguien.<sup>18</sup>

#### IV.4.2. Estructura de las actitudes

Las actitudes están compuestas por tres elementos o componentes básicos; el elemento, cognoscitivo, conformado por el conocimiento (parcialmente verdadero) que el sujeto tiene sobre el objeto de la actitud; toda actitud incorpora algún conocimiento de modo directo a través de una creencia.<sup>20</sup>

El elemento afectivo, constituido por los aspectos emocionales que acompañan a la motivación y/o formas como el objeto de la actitud afecta a las personas; y el elemento motivacional, constituido por la predisposición del sujeto a actuar respecto al objeto. Este elemento comprende tanto el aspecto de la energía como el desencadenante (acto) conductual).

#### IV.4.3. Características de las actitudes

Entre las principales características de las actitudes tenemos: son aprendidas ya que se forman a través de la experiencia y representan cambios potenciales en nuestro comportamiento.<sup>21</sup>

Por lo tanto no son innatas; son dinámicas porque cumplen un papel importante motivacional vinculado al sujeto con los objetos de la realidad y son susceptibles de modificación o sustitución, sin de extensión variable es decir pueden abarcar o comprender múltiples objetos; se interrelacionan debido a que las actitudes presentan una vinculación entre si constituyendo conjuntos consistentes o sin contradicción; tiene una dirección u orientación frente a los objetos este puede ser favorable (aceptación), desfavorable (rechazo), o neutral (indiferente).I

Por otro lado para Elvia González, desde la semiótica, la práctica hace referencia al mundo de lo real, mientras que la teoría gira entorno a los signos que la componen para explicar un hecho ya pasado. Simulaciones de lo real que crean una teoría, una reproducción equivalente a lo real, una hiperrealidad.

En general, y de acuerdo a los planteamientos realizados por los autores antes mencionados, la práctica es una manera de transformar una realidad, de acercarnos a ella y plantear alternativas de solución hacia determinadas dificultades, aún desconociendo cual será la solución verdadera y real para cada situación.

#### IV.6. Enfermedades de transmisión sexual

Las enfermedades de transmisión sexual (venéreas) son las que se transmiten a menudo, si no en todos los casos, de persona a persona a través del contacto sexual. Como la actividad sexual brinda oportunidad para que los microorganismos encuentren nuevos huéspedes, una gran variedad de microorganismos infecciosos pueden transmitirse de este modo. Éstos abarcan desde virus microscópicos (por ejemplo, el virus de la inmunodeficiencia humana) a insectos visibles (por ejemplo, la ladilla o el piojo púbico).<sup>23</sup>

El contagio de algunas enfermedades venéreas no requiere penetración genital. A pesar de que dichas enfermedades suelen ser el resultado de las

relaciones sexuales vaginales, orales o anales con una persona infectada, ocasionalmente pueden ser transmitidas al besar o mantener un contacto corporal estrecho. Ciertos agentes de enfermedades de transmisión sexual pueden ser contagiados a través de los alimentos y el agua o bien de las transfusiones de sangre, los instrumentos médicos contaminados o las agujas utilizadas por los adictos a las drogas.

#### IV.6.1. Clasificación

Tradicionalmente, cinco enfermedades han sido clasificadas como de transmisión sexual: la sífilis, la gonorrea, el chancroide, el linfogranuloma venéreo y el granuloma inguinal.<sup>24</sup>

Sin embargo, muchas otras se transmiten sexualmente, incluyendo el herpes genital, la hepatitis, el molluscum contagiosum, el piojo púbico, la sarna, y la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana que produce el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Otras, como la salmonelosis y la amebiasis, en ocasiones se transmiten durante la actividad sexual, pero en general no se las considera enfermedades de transmisión sexual. Las enfermedades venéreas generalmente se agrupan según los síntomas y signos que producen. Tanto la sífilis, el herpes genital como el chancroide producen úlceras (llagas) sobre la piel o las membranas que cubren la vagina o la boca.

Tanto la gonorrea como las infecciones clamidiales causan uretritis (inflamación y secreción de la uretra) en los hombres; cervicitis (inflamación y secreción del cervix) e infecciones pélvicas en las mujeres; e infecciones oculares en los recién nacidos.

#### Sífilis

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual causada por la bacteria *Treponema pallidum*. Esta bacteria penetra en el organismo a través de las membranas mucosas, como las de la vagina o la boca, o bien a través de la piel. Horas después, llega cerca de los ganglios linfáticos y luego se propaga por todo el organismo a través de la sangre. La sífilis también puede infectar a un feto durante el embarazo, causando defectos congénitos u otros problemas.<sup>25</sup>

Los síntomas suelen comenzar de 1 a 13 semanas después del contagio; el promedio es de 3 a 4 semanas. La infección con *Treponema pallidum* pasa por varios estadios: el primario, el secundario, el latente y el terciario. La infección puede durar muchos años y raramente provoca lesiones cardíacas, cerebrales o la muerte.

En el estadio primario, aparece una llaga o úlcera indolora (chancro) en el sitio de infección, generalmente sobre el pene, la vulva o la vagina. El chancro también puede aparecer en el ano, el recto, los labios, la lengua, la garganta, el cervix, los dedos o, rara vez, en otras partes del cuerpo. Por lo general, se presenta una sola llaga, pero en ocasiones pueden ser varias.

El chancro comienza como una pequeña zona roja abultada que pronto se convierte en una llaga abierta (úlceras), pero sigue siendo indolora. La llaga no sangra, pero al rozarla desprende un líquido claro altamente infeccioso. Los ganglios linfáticos cercanos suelen aumentar de tamaño, pero son indoloros.

Como la lesión produce tan pocos síntomas, suele ser ignorada. Alrededor de la mitad de las mujeres infectadas y un tercio de los hombres infectados no sabe que la tienen. Ésta suele curarse en 3 a 12 semanas, después de lo cual el afectado parece encontrarse perfectamente bien.

El estadio secundario suele iniciarse con una erupción cutánea, que aparece de 6 a 12 semanas después de la infección. Alrededor del 25 por ciento de los infectados aún tiene una llaga que se está curando durante esta etapa. Esta erupción puede durar poco tiempo o bien prolongarse durante meses. Aunque la persona no reciba tratamiento, suele desaparecer. Sin embargo, puede aparecer de nuevo semanas o meses más tarde.

En el estadio secundario, son frecuentes las úlceras en la boca que afectan a más del 80 por ciento de los enfermos. Alrededor del 50 por ciento presenta ganglios linfáticos inflamados en todo el cuerpo y aproximadamente un 10 por ciento tiene inflamación en los ojos. Esta inflamación no suele producir síntomas, aunque, ocasionalmente, el nervio óptico se inflama y entonces la visión se vuelve borrosa. Aproximadamente el 10 por ciento presenta inflamación de huesos y articulaciones que produce mucho dolor.<sup>26</sup>

La inflamación renal puede hacer que se encuentren proteínas en la orina y



la del hígado puede provocar ictericia. Un reducido número de personas desarrolla una inflamación de la membrana que recubre el cerebro (meningitis sifilítica aguda), que se traduce en dolor de cabeza, rigidez en el cuello y en ocasiones sordera.

Ocasionalmente, aparecen formaciones algo abultadas (condilomas planos) en las que la piel se une a una membrana mucosa, por ejemplo, en los bordes internos de los labios y de la vulva y en las zonas húmedas de la piel.

Estas lesiones extremadamente infecciosas pueden aplanarse y adoptar un color rosa oscuro o gris. El pelo suele caerse a mechones, lo cual le da una apariencia apolillada.

Otros síntomas incluyen sensación de malestar (indisposición), pérdida del apetito, náuseas, vómitos, fatiga, fiebre y anemia.

Una vez que la persona se ha recuperado del estadio secundario, la enfermedad entra en un estadio latente en el que no se producen síntomas. Esta etapa puede durar años o décadas o durante el resto de la vida. Durante la primera parte del estadio latente, a veces recurren las llagas infecciosas.

Durante la tercera etapa (estadio terciario), la sífilis no es contagiosa. Los síntomas oscilan entre leves y devastadores. Pueden aparecer tres tipos principales de síntomas: sífilis terciaria benigna, sífilis cardiovascular y neurosífilis. La sífilis terciaria benigna es muy rara en la actualidad. En varios órganos aparecen bultos llamados gomas, que crecen lentamente, se curan de forma gradual y dejan cicatrices.

Estas lesiones pueden aparecer en casi todo el cuerpo, pero son más frecuentes en la pierna justo debajo de la rodilla, la parte superior del tronco y el cuero cabelludo. Los huesos pueden resultar afectados, provocando un dolor profundo y penetrante que suele empeorar durante la noche.

La sífilis cardiovascular suele aparecer de 10 a 25 años después de la infección inicial. El enfermo puede desarrollar un aneurisma (debilitamiento y dilatación) de la aorta (la principal arteria que sale del corazón) o insuficiencia de la válvula aórtica. Estos trastornos pueden producir dolor de pecho, insuficiencia cardíaca o la muerte. La neurosífilis (sífilis del sistema nervioso) afecta alrededor del 5 por ciento de todos los sifilíticos no tratados. Las tres

clases principales son neurosífilis meningovascular, neurosífilis parética y neurosífilis tabética.

El diagnóstico definitivo se basa en los resultados de las pruebas de laboratorio y la exploración física. Se utilizan dos tipos de análisis de sangre. El primero es un análisis de control, como la llamada VDRL (laboratorio de investigación de enfermedades venéreas) o el RPR (reagina rápida del plasma). Dichos análisis son fáciles de hacer y no resultan costosos. En ciertos casos dan resultados falsos positivos, pero tienen la ventaja de negativizarse cuando se repiten después de un tratamiento correcto.

### Gonorrea

La gonorrea es una enfermedad de transmisión sexual causada por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae* que infecta el revestimiento mucoso de la uretra, el cérvix, el recto y la garganta o la membrana blanca (la conjuntiva) de los ojos. La bacteria puede propagarse a través del flujo sanguíneo hacia otras partes del cuerpo, especialmente la piel y las extremidades. En las mujeres, puede ascender por el tracto genital para infectar las membranas que se encuentran dentro de la pelvis, causando dolor pélvico y problemas reproductivos.<sup>27</sup>

En los hombres, los primeros síntomas suelen aparecer de 2 a 7 días después de la infección. Comienzan con una ligera molestia en la uretra, seguida, a las pocas horas, de un dolor leve o intenso al orinar y una secreción de pus proveniente del pene. El hombre tiene una necesidad imperiosa y frecuente de orinar, que empeora a medida que la enfermedad se extiende a la parte superior de la uretra. El orificio del pene puede adoptar un color rojizo e hincharse.

En las mujeres, los primeros síntomas suelen aparecer entre 7 y 21 días después de la infección. Las mujeres infectadas no suelen presentar síntomas durante semanas o meses y la enfermedad se descubre sólo después de que a su pareja masculina se le diagnostica la misma y ella es examinada por haber estado en contacto con él. Si aparecen síntomas, suelen ser leves. Sin embargo, algunas mujeres tienen síntomas graves, como una frecuente necesidad de orinar, dolor al orinar, secreción vaginal y fiebre.

El cervix, el útero, las trompas de Falopio, los ovarios, la uretra y el recto pueden resultar infectados y provocar un gran dolor pélvico o molestias durante el coito. El pus, que aparentemente proviene de la vagina, puede provenir del cervix, de la uretra o de las glándulas próximas al orificio vaginal.

Las mujeres y los varones homosexuales que mantienen relaciones sexuales por vía anal pueden contraer gonorrea rectal. La enfermedad puede causar malestar alrededor del ano y secreciones provenientes del recto. La zona que rodea el ano se enrojece y queda en carne viva, mientras que las heces se cubren de mucosidad y pus.

El sexo oral con una persona infectada puede producir gonorrea de garganta (faringitis gonocócica). Por lo general, la infección no provoca síntomas, pero en ciertos casos produce dolor de garganta y malestar al tragar. Si los humores infectados entran en contacto con los ojos, puede producirse una infección externa del ojo (conjuntivitis gonorreica).

Los recién nacidos pueden infectarse con gonorrea a través de su madre en el momento del parto, lo que les provoca hinchazón de ambos párpados y una descarga de pus proveniente de los ojos. En los adultos suelen producirse los mismos síntomas, pero por lo general sólo un ojo resulta afectado. Si la infección no recibe tratamiento puede derivar en ceguera.

La infección vaginal en niñas pequeñas y jóvenes suele ser el resultado de un abuso sexual por parte de adultos, pero en raras ocasiones se produce por manipular artículos del hogar infectados.

Los síntomas incluyen irritación, enrojecimiento e inflamación de la vulva, con secreción de pus proveniente de la vagina. La niña suele padecer molestias en la zona vaginal o sentir dolor al orinar. El recto también puede resultar inflamado y las secreciones pueden manchar su ropa interior.

### Chancroide

Es una enfermedad de transmisión sexual causada por la bacteria *Hemophilus ducreyi* que produce úlceras genitales dolorosas y persistentes. A pesar de que fue una enfermedad rara, el número de casos de chancroide se ha incrementado en los últimos tiempos. Una persona con una úlcera de

chancroide tiene más probabilidades de infectarse con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) si resulta expuesta a él.<sup>28</sup>

Los síntomas comienzan de 3 a 7 días después de la infección. Las pequeñas y dolorosas ampollas localizadas en los genitales o alrededor del ano se rompen rápidamente para formar úlceras superficiales.

Éstas pueden aumentar de tamaño y unirse entre sí. Los ganglios linfáticos de la ingle pueden volverse muy sensibles, aumentar de tamaño y fusionarse, formando un absceso (acumulación de pus).

La piel que cubre dicho absceso puede adoptar un color rojo y de aspecto brillante y probablemente se rompa, lo que produce una descarga de pus sobre la piel.

El diagnóstico del chancroide se basa en su aspecto clínico y en los resultados de los análisis de otras causas de úlcera. El hecho de tomar una muestra de pus de una lesión y cultivar la bacteria, procedimiento técnicamente difícil, puede ayudar al médico en el diagnóstico.

Al enfermo se le inyecta un antibiótico, ceftriaxona o eritromicina, cada 6 horas durante al menos 7 días. Con una jeringa se elimina el pus acumulado en un ganglio linfático inflamado.

El paciente con chancroide es controlado por el médico durante al menos 3 meses para tener la certeza de que la infección esté curada. En la medida de lo posible, se localiza a todas las parejas sexuales de la persona, para que puedan ser examinadas y tratadas si fuese necesario.

### Linfogranuloma venéreo

El linfogranuloma venéreo es una enfermedad de transmisión sexual causada por *Chlamydia trachomatis*, una bacteria de crecimiento intracelular. El linfogranuloma venéreo es causado por variedades de *Chlamydia trachomatis* diferentes de las que provocan inflamación de la uretra (uretritis) y el cervix (cervicitis). Éste se produce generalmente en las zonas tropicales y subtropicales.<sup>29</sup>

Los síntomas comienzan aproximadamente de 3 a 12 días después de la infección. En el pene o la vagina aparece una pequeña ampolla indolora llena de líquido.

Por lo general, ésta se convierte en una úlcera que se cura rápidamente y suele pasar inadvertida. A continuación, los ganglios linfáticos de la ingle de uno o ambos lados pueden aumentar de tamaño y sensibilizarse al tacto.

La piel que cubre la zona infectada adquiere una temperatura más elevada y se torna rojiza. Si no se trata, pueden aparecer orificios (fístulas) en la piel que los cubre. Estos orificios descargan pus o líquido sanguinolento y generalmente se curan, pero pueden dejar una cicatriz y recurrir.

Otros síntomas incluyen fiebre, malestar, dolor de cabeza y de las articulaciones, falta de apetito y vómitos, dolor de espalda y una infección del recto que produce secreciones purulentas manchadas de sangre. Tras episodios prolongados o repetidos, los vasos linfáticos pueden obstruirse y ello hace que el tejido se inflame.

La infección rectal ocasionalmente causa unas cicatrizaciones que derivan en un estrechamiento del recto. El médico sospecha la enfermedad basándose en sus síntomas característicos. El diagnóstico puede ser confirmado mediante un análisis de sangre que identifique anticuerpos contra la *Chlamydia trachomatis*. Si se inicia al comienzo de la enfermedad, el tratamiento con doxiciclina, eritromicina o tetraciclina oral durante 3 semanas produce una rápida curación.

### Granuloma inguinal

El granuloma inguinal es una enfermedad causada por la bacteria *Calymmatobacterium granulomatis* que ocasiona una inflamación crónica de los genitales. El granuloma inguinal es raro en climas templados, pero frecuente en algunas zonas tropicales y subtropicales.<sup>30</sup>

La sintomatología se inicia de 1 a 12 semanas después de la infección. El primer síntoma es un nódulo indoloro y de color rojizo que lentamente se convierte en una masa redondeada. Los puntos de infección incluyen el pene, el escroto, la ingle y los muslos en los hombres. La vulva, la vagina y las áreas de piel circundantes en las mujeres. Tanto en hombres como en mujeres, el ano, las nalgas y el rostro pueden resultar afectados. Finalmente, las masas pueden llegar a cubrir los genitales.

La curación es lenta y deja cicatrices. Por lo general, los nódulos se sobreinfectan. Si el granuloma inguinal no recibe tratamiento, la infección puede extenderse por todo el cuerpo hasta los huesos, las articulaciones o el hígado, causando una marcada pérdida de peso, fiebre y anemia.<sup>23</sup>

El diagnóstico se establece a partir de las características masas rojas y brillantes que presenta el enfermo. El examen al microscopio de especímenes extraídos del borde de estas protuberancias puede confirmar el diagnóstico.

Puede administrarse cualquiera de los siguientes antibióticos: estreptomicina, tetraciclina, eritromicina, cloranfenicol y trimetoprim-sulfametoxazol. Durante los 6 meses posteriores al tratamiento, el paciente debe ser controlado para tener certeza de que la infección se ha curado.<sup>23</sup>

#### Uretritis no gonocócica y cervicitis clamidial

La uretritis no gonocócica y la cervicitis clamidial son enfermedades de transmisión sexual causadas por *Chlamydia trachomatis* o (en los hombres) *Ureaplasma urealyticum*, si bien en ocasiones la provocan el *Trichomonas vaginalis* o el virus del herpes simple. Estas infecciones reciben el nombre de “no gonocócicas” para indicar que no son causadas por *Neisseria gonorrhoeae*, la bacteria que produce gonorrea.<sup>31</sup>

La *Chlamydia trachomatis* produce alrededor del 50 por ciento de las infecciones uretrales masculinas no gonorreicas y la mayoría de las infecciones con formación de pus que afectan a las mujeres y que no son causadas por la gonorrea.

Los casos restantes de uretritis son, generalmente, causados por *Ureaplasma urealyticum*, una bacteria similar al micoplasma. *Chlamydia* es el nombre de pequeñas bacterias que sólo se reproducen dentro de las células. Los ureaplasmas son diminutas bacterias que carecen de una rígida pared celular pero pueden reproducirse fuera de las células.

Por lo general entre 4 y 28 días después del contacto sexual con una persona infectada, un hombre infectado siente una leve sensación de quemazón en la uretra mientras orina. Generalmente, el pene produce una secreción. Ésta puede ser clara o turbia, pero habitualmente menos espesa

que la causada por la gonorrea.

A primera hora de la mañana, el orificio del pene suele tener una coloración rojiza y sus bordes están pegados debido a las secreciones secas. En ocasiones, la enfermedad comienza de forma más brusca. El hombre siente dolor al orinar, necesita hacerlo con frecuencia y tiene secreciones de pus provenientes de la uretra.

A pesar de que, por lo general, las mujeres infectadas con *Chlamydia* no tienen síntomas, algunas experimentan una frecuente necesidad de orinar, dolor al hacerlo, dolor en la parte inferior del abdomen y durante el coito, y secreciones de mucosidad amarillenta y pus vaginales.

El sexo anal u oral con una persona infectada puede causar una infección del recto o la garganta. Estas infecciones suelen producir dolor y una descarga amarillenta de pus y moco.

En la mayoría de los casos, es posible diagnosticar una infección con *Chlamydia trachomatis* al examinar una secreción uretral o del cérvix en un laboratorio. Las infecciones por *Ureaplasma urealyticum* no se diagnostican específicamente en chequeos médicos rutinarios.

Debido a que es difícil realizar un cultivo y las demás técnicas resultan costosas, el diagnóstico de infecciones por *Chlamydia* o *Ureaplasma* suele ser una suposición hallada en los síntomas característicos, junto con evidencia que demuestre la ausencia de gonorrea.<sup>32</sup>

Si una infección causada por *Chlamydia trachomatis* no recibe tratamiento, los síntomas desaparecen a las 4 semanas en alrededor del 60 o 70 por ciento de las personas. Sin embargo, una infección clamidial puede causar varias complicaciones. No se sabe con certeza si el *Ureaplasma* tiene algo que ver con éstas.

Si no recibe tratamiento, una infección clamidial en las mujeres suele ascender hasta las trompas de Falopio, donde la inflamación causa dolor y la cicatrización puede producir infertilidad o un embarazo ectópico. Estas últimas complicaciones ocasionalmente tienen lugar en ausencia de síntomas previos y producen un considerable sufrimiento y costo médico. En los hombres, la *Chlamydia* puede causar epididimitis, provocando una dolorosa inflamación del escroto en uno o ambos lados.

Las infecciones clamidiales y ureaplásmicas suelen ser tratadas con tetraciclina o doxiciclina administradas por vía oral durante al menos 7 días, o bien con una sola dosis de azitromicina. Las mujeres embarazadas no deben tomar tetraciclina. En alrededor del 20 por ciento de las personas, la infección recurre después del tratamiento.

Entonces éste se repite por un período más extenso. Las personas infectadas que tienen relaciones sexuales antes de completar el tratamiento pueden infectar a sus parejas. En consecuencia, en la medida de lo posible dichas parejas son tratadas simultáneamente.

### Tricomoniasis

La tricomoniasis es una enfermedad de transmisión sexual de la vagina o la uretra, causada por *Trichomonas vaginalis*, un organismo unicelular con una cola similar a un látigo. A pesar de que el *Trichomonas vaginalis* puede infectar el tracto genitourinario tanto de los hombres como de las mujeres, los síntomas son más frecuentes entre las mujeres. Alrededor del 20 por ciento de ellas experimenta tricomoniasis vaginal durante sus años reproductivos.<sup>33</sup>

En los hombres, el organismo infecta la uretra, la próstata y la vejiga, pero sólo rara vez produce síntomas. En algunas poblaciones, los *Trichomonas* pueden ser responsables del 5 al 10 por ciento de todos los casos de uretritis no gonocócica. El organismo es más difícil de detectar en los hombres que en las mujeres.

En las mujeres, la enfermedad suele comenzar con una secreción espumosa de color verde amarillento proveniente de la vagina. En algunas, dicha secreción suele ser leve. La vulva (los órganos genitales femeninos externos) puede estar irritada y dolorida y es posible que el coito produzca también dolor. En los casos graves, la vulva y la piel que la rodea se inflaman, al igual que los labios. Los síntomas son dolor al orinar o un aumento en la frecuencia de la micción, que se asemejan a los de una infección de vejiga.

Los hombres con tricomoniasis no suelen presentar síntomas pero pueden infectar a sus parejas sexuales. Algunos presentan una secreción proveniente de la uretra que es espumosa y similar al pus, sienten dolor al orinar y



necesitan hacerlo con frecuencia. Dichos síntomas suelen tener lugar temprano por las mañanas. La uretra puede sufrir una leve irritación y en ocasiones aparece humedad en el orificio del pene. La infección del epidídimo, que causa dolor testicular, es muy poco frecuente. La próstata también puede infectarse, pero el papel de los Trichomonas no es muy claro.

Estas infecciones son las únicas complicaciones conocidas de la tricomoniasis en los hombres. En el caso de las mujeres, el diagnóstico generalmente se establece en cuestión de minutos examinando una muestra de secreción vaginal al microscopio. También suelen realizarse análisis para otras enfermedades de transmisión sexual.

En los hombres, las secreciones provenientes del extremo del pene deben recolectarse por la mañana antes de orinar. Éstas se examinan al microscopio y se envía una muestra al laboratorio para su cultivo. Un cultivo de orina también resulta útil, porque es más probable que detecte Trichomonas que no se encontraron en el examen al microscopio.<sup>34</sup>

Una sola dosis de metronidazol oral cura hasta el 95 por ciento de las mujeres infectadas, siempre y cuando sus parejas sexuales reciban tratamiento simultáneamente. Como no se sabe con certeza si una sola dosis es eficaz en los varones, se les suele tratar durante 7 días.

Si se administra con alcohol, el metronidazol puede causar náuseas y enrojecimiento de la piel, así como una disminución en el número de glóbulos blancos y, en las mujeres, una mayor susceptibilidad a las infecciones vaginales por levaduras (candidiasis genital). Probablemente sea mejor evitar el metronidazol durante el embarazo, al menos durante los 3 primeros meses. Las personas infectadas que mantienen relaciones sexuales antes de que la infección se cure probablemente contagien a sus parejas.

### Cándida genital

La candidiasis genital es una infección producida por una levadura (hongo) que afecta a la vagina o al pene; comúnmente es conocida como afta y está causada por *Cándida albicans*. El hongo *Cándida* normalmente reside en la piel o en los intestinos. Desde estas zonas se puede propagar hasta los genitales.

La Cándida no suele ser transmitida sexualmente. Es una causa muy frecuente de vaginitis. La candidiasis genital se ha vuelto muy frecuente, principalmente debido al uso cada vez mayor de antibióticos, contraceptivos orales y otros fármacos que modifican las condiciones de la vagina de un modo que favorece el crecimiento del hongo.<sup>35</sup>

La candidiasis es más frecuente entre las mujeres embarazadas o que están menstruando y en las diabéticas. Con mucha menos frecuencia, el uso de fármacos (como los corticosteroides o la quimioterapia contra el cáncer) y la presencia de enfermedades que suprimen el sistema inmunitario (como el SIDA) pueden facilitar la infección.

Las mujeres con candidiasis genital suelen tener prurito o irritación en la vagina y la vulva y ocasionalmente una secreción vaginal. La irritación suele ser muy molesta, pero la secreción es ligera. La vulva puede enrojecer e inflamarse. La piel puede estar en carne viva y en ciertos casos se agrieta. La pared vaginal se cubre de un material similar al queso blanco, pero puede tener un aspecto normal.

Los hombres no suelen presentar sintomatología, pero el extremo del pene (el glande) y el prepucio (en los varones no circuncidados) en ocasiones se irrita y duele, especialmente después del coito. A veces aparece una pequeña secreción proveniente del pene. El extremo de éste y el prepucio pueden adoptar un color rojizo, presentar pequeñas ulceraciones o ampollas costrosas y estar cubiertos de un material similar al queso blanco.

Un diagnóstico inmediato es posible tomando muestras de la vagina o el pene y examinándolas al microscopio. Éstas también pueden ser cultivadas.

En las mujeres, la candidiasis se trata lavando la vagina con agua y jabón, secándola con una toalla limpia y luego aplicando una crema antimicótica que contenga clotrimazol, miconazol, butoconazol o tioconazol y terconazol. Alternativamente, se administra ketoconazol, fluconazol o itraconazol por vía oral.<sup>36</sup>

En los hombres, el pene (y el prepucio en los no circuncidados) debe ser lavado y secado antes de colocar una crema antimicótica (que contenga, por ejemplo, nistatina). En ciertos casos, las mujeres que ingieren contraceptivos

orales deben dejar de usarlos varios meses durante el tratamiento de la candidiasis vaginal, porque pueden empeorar la infección. Ciertas mujeres que corren riesgo de contraer candidiasis vaginal, como las inmunodeprimidas, o han tomado antibióticos durante mucho tiempo, pueden necesitar un fármaco antimicótico u otra terapia de prevención.

### Herpes genital

El herpes genital es una enfermedad de transmisión sexual de la zona genital (la piel que rodea el recto o las áreas adyacentes), causada por el virus del herpes simple. Existen dos tipos de virus del herpes simple, llamados VHS-1 y VHS-2. El VHS-2 suele transmitirse por la vía sexual, mientras que el VHS-1 por lo general infecta la boca.<sup>37</sup>

Ambos tipos de virus pueden infectar los genitales, la piel que rodea el recto o las manos (especialmente los lechos de las uñas) y pueden ser transmitidos a otras partes del cuerpo (como la superficie de los ojos). Las úlceras herpéticas no suelen infectarse con bacterias, pero algunas personas con herpes también tienen dentro de úlceras otros microorganismos transmitidos por vía sexual, como por ejemplo los de la sífilis o el chancroide.

Los síntomas del primer brote (primario) se inician de 4 a 7 días después de la infección. Suelen ser prurito, hormigueo y molestias. Luego aparece una pequeña placa enrojecida, seguida de un grupo de pequeñas y dolorosas ampollas. Éstas se rompen y fusionan hasta formar úlceras circulares, que por lo general son dolorosas y a los pocos días se cubren de costras.

El afectado puede tener dificultades para orinar y en ciertos casos siente dolor al caminar. Las úlceras se curan en aproximadamente 10 días, pero pueden dejar cicatrices. Los ganglios linfáticos de la ingle suelen aumentar levemente de tamaño y presentan sensibilidad al tacto. El primer brote es más doloroso, prolongado y generalizado que los subsiguientes, pudiendo causar fiebre y malestar.

En los hombres, las ampollas y las úlceras pueden aparecer en cualquier parte del pene, incluyendo el prepucio si no está circuncidado. En las mujeres, aparecen en la vulva, dentro y alrededor de la vagina y en el cervix. Quienes tienen relaciones sexuales anales pueden presentar dichas lesiones alrededor

del ano o en el recto.

En los inmunodeficientes, como los infectados con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), las úlceras del herpes pueden ser graves, propagarse a otras áreas del cuerpo, persistir durante semanas o más y, en raras ocasiones, volverse resistentes al tratamiento con aciclovir.

Las lesiones tienden a recurrir en las mismas zonas o en otras adyacentes, porque el virus persiste en los nervios pélvicos cercanos y se reactiva para reinfectar la piel. El VSH-2 se reactiva mejor en los nervios pélvicos. El VSH-1 se reactiva mejor en los nervios faciales, donde causa herpes febril o herpes labial. De todas formas, cualquiera de los dos virus puede causar enfermedad en ambas áreas. Una infección previa con uno de estos virus brinda una inmunidad parcial al otro, haciendo que los síntomas del segundo sean más leves. El médico sospecha la presencia de herpes basándose en los síntomas del paciente.

Es posible establecer un diagnóstico de inmediato examinando muestras de las úlceras al microscopio. Para confirmación, se envían muestras de las mismas para su cultivo a laboratorios especiales. Los resultados están disponibles en un plazo de 48 horas. Los análisis de sangre pueden mostrar una evidencia de infecciones pasadas o bien sugerir que existe una reciente, si se comprueba que los anticuerpos están aumentando.<sup>38</sup>

Ningún tratamiento cura el herpes genital, pero puede reducir la duración de un brote. El número de éstos puede reducirse aplicando una terapia continua con bajas dosis de fármacos antivíricos. El tratamiento es más eficaz si se inicia rápidamente, en general 2 días después de la aparición de los síntomas. El aciclovir o los fármacos antivíricos relacionados pueden ser administrados por vía oral, o bien en forma de crema directamente sobre las lesiones.

Los antivíricos reducen la propagación del virus vivo a partir de las lesiones, reduciendo de esta forma el riesgo de contagio. También pueden reducir la gravedad de los síntomas durante el brote inicial. Sin embargo, incluso el tratamiento precoz del primer ataque no evita las recurrencias. Los pacientes con historia de herpes pueden contagiar a sus parejas sexuales incluso aunque no se den cuenta de que están pasando por otro brote.

## Verrugas genitales

Las verrugas genitales (*Condylomata acuminata*) son lesiones localizadas en o alrededor de la vagina, el pene o el recto, causadas por papilomavirus transmitidos sexualmente.

Dichas verrugas son frecuentes y causan preocupación porque tienen un aspecto repulsivo; pueden sobreinfectarse con bacterias y quizás indiquen que el sistema inmunológico no funciona bien. En las mujeres, los papilomavirus tipos 16 y 18, que afectan al cérvix, pero no forman verrugas en los genitales externos, pueden causar cáncer cervical.

Éste y otros tipos de papilomavirus pueden generar displasia intraepitelial cervical (indicado por un resultado anormal en un frotis de Papanicolau) o cáncer de vagina, vulva, ano, pene, boca, garganta o esófago. Estas lesiones suelen formarse en las superficies húmedas y cálidas del cuerpo.

En los hombres, las zonas más frecuentes son la cabeza y el cuerpo del pene y debajo del prepucio (si el pene no ha sido circuncidado). En las mujeres, se producen en la vulva, la pared vaginal, el cérvix y la piel que rodea el área vaginal.

Las verrugas genitales pueden aparecer en la zona que rodea el ano y en el recto, especialmente en los varones homosexuales y en las mujeres que practican sexo anal. Las verrugas generalmente aparecen de 1 a 6 meses después de la infección y comienzan como diminutas protuberancias blandas, húmedas de color rosado o rojo. Crecen rápidamente y pueden desarrollar pedúnculos.<sup>39</sup>

En la misma zona suelen aparecer numerosas verrugas y sus superficies ásperas les confieren la apariencia de una pequeña coliflor. Pueden crecer rápidamente en las mujeres embarazadas, en los inmuno-deprimidos (por ejemplo, porque están enfermos de SIDA o porque realizan un tratamiento con fármacos inmunosupresores) y en los que presentan inflamación en la piel.

Estas lesiones genitales suelen ser diagnosticadas por su apariencia. Sin embargo, pueden ser confundidas con las úlceras que aparecen en el segundo estadio de la sífilis. Las verrugas de aspecto extraño o persistente pueden ser

extraídas quirúrgicamente y analizadas al microscopio para tener la certeza de que no son cancerosas. Las mujeres que tienen verrugas en el cérvix deberían realizarse frotis de Papanicolaou regularmente. Ningún tratamiento es completamente satisfactorio. Las verrugas genitales se pueden eliminar con láser, crioterapia (congelamiento) o cirugía utilizando anestesia local.

Los tratamientos con sustancias químicas, como resina podófila o toxina purificada o ácido tricloroacético, se aplican directamente sobre las verrugas. Sin embargo, este sistema supone realizar varias aplicaciones durante semanas o meses, suele quemar la piel circundante y falla con bastante frecuencia.

Las verrugas en la uretra se tratan con fármacos anticancerosos, como tiotepa o fluorouracilo. Alternativamente, éstas pueden ser eliminadas de la uretra mediante una cirugía endoscópica (un procedimiento en el cual se utiliza un tubo de visualización flexible con accesorios quirúrgicos).

En la actualidad se está estudiando aplicar inyecciones de alfa-interferón directamente en la verruga como un posible tratamiento, pero aún se desconoce su utilidad. Las verrugas genitales recurren con frecuencia y necesitan nuevo tratamiento. En los hombres, la circuncisión ayudará a evitar las recurrencias.

### Gardnerella vaginalis

Es una infección vaginal bacteriana producida por un bastón gramnegativo de la familia haemophilus. Puede ser asociado a la vulvovaginitis moniliásica y con menos frecuencia a la tricomoníesica. Se manifiesta por flujo grisáceo, mal oliente, acompañado de prurito discreto. La secreción fétida con “olor a pecado” es debida a la presencia de aminas (histamina metilamina). La gota gruesa y la coloración de gran suelen mostrar células típicas. Se cultiva el agar sangre o tioglicolado.<sup>40</sup>

El agregado de unas gotas de hidróxido de potasio a una muestra de la secreción vaginal incrementa el olor fétido de la misma. Responde a la antibioterapia con amoxicilina o ampicilina 500 mg por vía oral cada seis horas durante siete días.

### Infección por Estreptococo Beta-hemolítico

La colonización genital por el Estreptococo Beta-hemolítico (s. agalactia) en cuello uterino y/o vagina produce flujo purulento amarillo-verdoso, sin prurito ni ardor.

Se ha hallado riesgo aumentado de rotura prematura de membranas, prematuridad e infección neonatal y puerperal. Examen bacteriológico positivo. Y el antibiograma permitirá seleccionar el antibiótico específico que menos afecte al feto. Se indicara ampicilina 500 mg por vía oral cada seis horas durante diez días.

### Hepatitis B

Es una enfermedad contagiosa desarrollada en el hígado causada por el virus de la hepatitis B. Esta hace que el hígado se inflame y como consecuencia este, deje de funcionar correctamente. En todo el mundo hay 2.000 millones de personas que han estado en contacto con el virus y más de 350 millones son portadores crónicos.

En áreas endémicas como Asia y África subsahariana suele adquirirse la infección durante la infancia, mientras que en los países occidentales, donde el VHB es relativamente infrecuente, la infección se adquiere durante la vida adulta. La hepatitis B, puede ser de dos formas estas son: aguda y crónica.<sup>41</sup>

Es causado por el virus de especie típica del género orthohepadnavirus que produce la hepatitis B en humanos. Los grupos de alto riesgo incluyen aquellas personas con antecedentes de transfusiones múltiples, hemodiálisis, personal sanitario, drogadictos por vía parenteral, familiares y contactos heterosexuales de portadores de hepatitis B, homosexuales masculinos, residentes y empleados de residencias geriátricas o centros sociosanitarios, viajeros a regiones hiperendémicas menores de seis meses y nativos de Alaska, Asia e islas del pacífico.

Se transmite vía parenteral (ejemplos: pinchazo de aguja, inyección de drogas y transfusión). Se manifiesta dependiendo de la edad de las personas infectada puede producirse una resolución espontánea o una progresión ala

cronicidad (en niños menores de cinco años el 90 por ciento desarrollan infección por VHB crónica y en adultos el 5-10 por ciento desarrollan infección por VHB crónica). La hepatitis B aguda: puede ser silente (subclínica), especialmente en niños y jóvenes adultos.

Los síntomas oscilan desde una enfermedad leve hasta un fallo hepático fulminante (FHF). Los síntomas comunes, aunque inespecíficos, son malestar, fatiga, prurito, cefalea, dolor abdominal, mialgias, artralgias, náuseas, vómito, anorexia y fiebre.

La hepatitis B crónica sigue un curso clínico indolente, en ocasiones durante décadas. Un síntoma común es la fatiga. Puede que la enfermedad sea aparente clínicamente sólo de forma tardía en su historia natural, cuando aparecen los síntomas propios de la enfermedad hepática en estadio terminal. (EHET).

#### Virus de Inmunodeficiencia Humana

Es un retrovirus que pertenece al género lentivirus, este a su vez pertenece a la familia Retroviridae. Se caracteriza por poseer un genoma viral formado por ARN y una enzima catalizadora, la transcriptasa reversa, que lo transcribe a DNA de doble cadena, el cual, durante el proceso de replicación se integra como provirus al cromosoma celular. Se conoce dos tipos de virales, el VIH-1 de distribución universal y el VIH-2 aislado en África occidental en donde es endémico.<sup>42</sup>

Durante toda la vida del individuo infectado, la mayor presencia viral se va a encontrar principalmente en los órganos linfoides, donde el virus ejerce sus principales efectos. En la infección por VIH se pueden diferenciar tres estadios: primoinfección Fase asintomático (latencia clínica) y fase clínica del sida. En la primera infección fase asintomático (latencia clínica) y fase clínica del sida.

En la primera infección hay una activa replicación viral de los linfocitos activados localizados en los nódulos linfáticos y se detecta una alta viremia. Generalmente esta viremia decae en unas pocas semanas, debido posiblemente a la respuesta inmune de los linfocitos citotóxicos específicos, dado que la respuesta humoral aparece más tardíamente.



Los linfocitos CD4 disminuyen durante esta fase, pero luego recuperan niveles cercanos a los normales. Luego de pocos meses, generalmente la viremia se reduce a niveles bajos, presentando oscilaciones que no conllevan alteraciones inmunológicas o clínicas.

En el período asintomático el número de linfocitos CD4 disminuye a un número promedio de 60 células ul/año. En la fase asintomática, que en promedio en una persona sin tratamiento antirretrovirales dura 10 años, los niveles de linfocitos CD8 permanecen ligeramente elevados, pero la replicación viral continua, principalmente en el nódulo linfático. Como en la primera infección en esta fase probablemente la propagación viral es suprimida por la acción antiviral de los linfocitos CD8 citotóxicos.

Luego, hacia el final de este periodo el número de estos linfocitos disminuye. Durante la fase asintomática la población viral se vuelve heterogénea, probablemente por la continua selección de mutaciones específicas debido a la presión de la respuesta inmune.

En la fase clínica del sida esta caracterizada por un aumento de la viremia, un bajo recuento de linfocitos CD4 (menos de 200) y/o enfermedades oportunistas o neoplásicas marcadoras. La depleción de los linfocitos CD4, con la consiguiente disminución de sus funciones estimuladoras del sistema inmune, provoca alteraciones en las células natural killers, disminución funcional de los linfocitos B y de los macrófagos. También se observa una disminución en el número total de los linfocitos CD8.<sup>44</sup>

En los nódulos linfáticos, la replicación viral aumenta con la consecuente destrucción de las células linfoides y de la arquitectura normal del tejido linfoide. En este estado la población viral se vuelve relativamente homogénea, más virulenta y menos sensible a la neutralización por anticuerpos. La infección inicial o primoinfección puede ser asintomática o estar acompañada en un 40 por ciento de los casos por una enfermedad leve similar a la mononucleosis con una duración promedio de 10 días.

En la fase asintomática, la persona infectada puede experimentar síntomas inespecíficos o enfermedades no marcadoras de sida tales como pérdida de peso, fiebre, adenopatía persistente, candidiasis oral y diarrea la etapa de SIDA

se caracteriza por infecciones oportunistas tales como candidiasis esofágica o pulmonar, herpes simple o zoster persistente, tuberculosis, citomegalovirus, neumocistis, toxoplasmosis, molusco contagioso y condilomas acuminados, entre otras.

Se observan también frecuentemente neoplasias tales como sarcomas de kaposi, linfomas y carcinoma de cuello uterino. La infección producida en el sistema nervioso central se manifiesta frecuentemente en una encefalopatía asociada al VIH que puede llevar a la demencia o a la muerte.

Con excepción del período de ventana y períodos muy tardíos de la enfermedad, el diagnóstico de infección en el adulto se realiza por la detección de anticuerpos específicos. El organismo responde a la infección por el virus del VIH generando anticuerpos, entre las 2 y 4 semanas posinfección (detectados con los métodos más sensibles, como las Elisa de tercera generación en el 95 por ciento de los casos).<sup>45</sup>

Puede suceder que si se intenta realizar el diagnóstico muy temprano luego de la infección al no tener anticuerpos en niveles detectables resultara falso negativo o indeterminado. Este período se denomina de ventana y sólo se puede detectar la infección por métodos directos de detección de virus de genoma viral (PCR), de antígeno viral (Elisa para p24), o bien por aislamiento viral.

Para la detección de los anticuerpos específicos anti VIH se utilizan pruebas de tamizaje y de confirmación. Las pruebas de tamizaje más usadas están basadas en los principios de Elisa, aglutinación de partículas o dot blot, inmunofiltración e inmunocromatografía (pruebas rápidas).

Pruebas confirmatorias o suplementarias. A pesar de que las pruebas de tamizaje son adecuadas para identificar la mayoría de las infecciones por VIH presentan un porcentaje variable de falso positivos. Entonces, las pruebas confirmatorias o suplementarias se recomiendan para las muestras que son positivas o discordantes por una o dos pruebas de tamizaje. La prueba confirmatoria más usada es el western blot (wb) pudiéndose utilizar otros como la inmunofluorescencia indirecta y el latek.

## **V. HIPÓTESIS**

El conocimiento y actitudes sobre infecciones de transmisión sexual que tienen las adolescentes que asisten a la consulta externa del Hospital Regional Juan Pablo Pina, San Cristóbal durante mayo-junio del 2015, es bajo, la actitud es positiva y la práctica es positiva.

## VI. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta	Años cumplidos	10-13 años 14-16 años 17-19 años
Escolaridad	Curso en el cual se encuentra el estudiante entrevistado en el nivel media	Grado alcanzado	Ninguna Básica Media Superior
Fuente de información	Medios por el cual los estudiantes conocieron de las infecciones de transmisión sexual	Tipos de fuente	Libro Revista Médico Enfermera Internet amigos Televisión Radio Otros _____
Conocimiento sobre ITS	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje o a través de la introspección sobre las infecciones de transmisión sexual	El que mida la escala	Alto Mediano Bajo
		Se puede contagiar una ITS sin relaciones sexuales	Si No No se
		Las píldoras anticonceptivas protegen de ITS	Si No No se
		Las ITS son enfermedades pocas graves	Si No No se
		Son más graves las ITS durante el embarazo	Si No No se
		El uso correcto del condón protege de ITS	Si No No se
		Se sabe a simple vista quien tiene una ITS	Si No No se
		A mayor parejas sexuales mayor riesgo de ITS	Si No No se
		Existen tratamiento contra las ITS	Si No No se
		Existen vacunas contra las ITS	Si No No se

Actitud	Predisposición a reaccionar de manera sistemática ante las infecciones de transmisión sexual	La probabilidad de contraer una ITS es mínima cuando no se usa condón	Si No No se
		Te alejaría de una persona que tenga una ITS	Si No No se
		La gente con ITS tiene lo que se merece	Si No No se
		Abandonaría su novio (a) o pareja si tuviera una ITS,	Si No No se

## **VII. MATERIAL Y MÉTODOS**

### VII.2. Tipo de Estudio

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal, con el objetivo de determinar el conocimiento y actitud que tienen las adolescentes que asisten a la consulta externa del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, San Cristóbal durante mayo-julio del 2015.

### VII.2. Demarcación geográfica

Este hospital corresponde a un tercer nivel de atención, ubicado en la región sur y delimitado al Norte, por la calle Manuel María Seijas, al sur, por la calle Presidente Billini, el este, por la calle Santomé y al oeste por la calle Juan Tomás Díaz.

### VII.3. Universo

Estuvo representado por 475 adolescentes de la consulta externa del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, San Cristóbal durante mayo-julio del 2015.

### VII.4. Muestra

Estuvo conformada por 46 adolescentes tomada de forma aleatoria simple de la consulta externa del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, San Cristóbal durante mayo-julio del 2015.

### VII.5. Criterios

#### VII.5.1. De inclusión

- . Serán incluidas pacientes entre los 10-19 años de edad.
- . Pacientes que deseen participar en el estudio.
- . Pacientes sin barrera idiomática.

#### VII.5.2. De exclusión

- . Pacientes que no quieran colaborar con el trabajo de estudio.
- . Pacientes que por una u otra razón no concluyeron con la entrevista.

## VII.6. Instrumento de recolección de datos

El instrumento que se utilizó para la recolección de datos fue un cuestionario que permitió obtener información de la fuente directa a través de ítems cerrados y abiertos (policotómicos). Dicho instrumento consta de introducción, instrucciones, datos generales de las participantes y la sección de información específica que explora los conocimientos sobre las Infecciones de Transmisión Sexual y actitud.

## VII.7. Procedimiento

Luego de aceptado el tema en la Oficina de Tesis de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, se procederá llevar el perfil de la investigación a la dirección del centro hospitalario, al Director se le explicó en que consiste y cual es la importancia del estudio. Luego de obtenida la aprobación del estudio, nos planificamos para la obtención de la información donde se elaborará un cuestionario de conocimiento y actitud sobre Infección de Transmisión Sexual de información donde se expresa las variables del estudio.

Para determinar el nivel de conocimiento se utilizó la escala de Liker con respuesta polidicotómica de si, no, no se, que permitirá valorar el contenido de las distintas variables que ameritan descripciones por parte del entrevistado.

Después de completar el cuestionario, cada elemento se analizó por separado o cada respuesta se sumará los ítems para obtener una puntuación total para un grupo de elementos.

Alto conocimiento (8-9 puntos).

Conocimiento mediano (6-7 puntos).

Bajo conocimiento (> 5 puntos)

Para determinar la actitud

Positiva (3-4 puntos)

Negativa (1-2 puntos)

Las sesiones fueron realizadas en mañana y la tarde al momento en que las pacientes se encontraban en la consulta, se procedió a identificarnos como médica, se les entregó el consentimiento informado para obtener su aprobación.

Las pacientes a encuestar se les informaron los motivos de la investigación, mediante un informe, eligiendo aquellas que al momento de la entrevista se encuentren presentes en el centro asistencial.

#### VII.8. Tabulación

Se utilizó Epi-Info versión 7 en inglés, el método del paloteo para cuantificar algunos datos y Microsoft Word 2017, para digitar para la elaboración de gráficos y tablas. Dichos datos serán presentados de forma escrita, cuadros, gráficos, con análisis teórico de cada uno de ellos, también se realizarán conclusiones y recomendaciones de lugar.

#### VII.9. Análisis

Se realizará con medidas estadísticas relativas tales como: frecuencia y porcentaje con la finalidad de profundizar en el análisis.

#### VII.10. Principios éticos

Toda la información recolectada a través de este estudio será utilizada bajo absoluta discreción, así mismo, antes que las entrevistadas nos brinden la información, se deberá leer el consentimiento informado de esta y estar de acuerdo con él.



## VIII. RESULTADOS

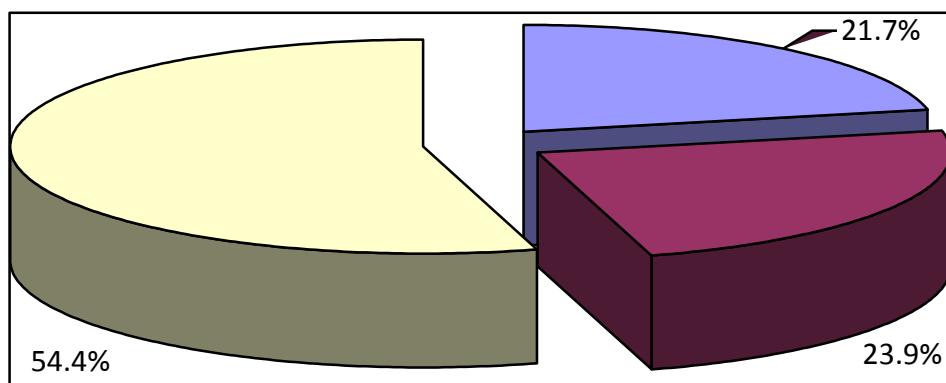
Cuadro 1. Nivel de conocimiento y actitud que tienen las adolescentes que asisten a la consulta externa del Hospital Regional Juan Pablo Pina, San Cristóbal durante mayo-julio del 2015.

Nivel de conocimiento	Frecuencia	%
Alto	10	21.7
Mediano	11	23.9
Bajo	25	54.4
Total	46	100.0

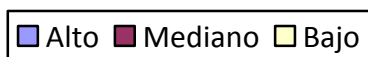
Fuente: Directa

Se observó que de los 46 adolescentes encuestadas, el 54.4 por ciento tenían bajo conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual.

Gráfico 1. Nivel de conocimiento y la actitud que tienen las adolescentes que asisten a la consulta externa del Hospital Regional Juan Pablo Pina, San Cristóbal durante mayo-julio del 2015.



Fuente: Cuadro 1

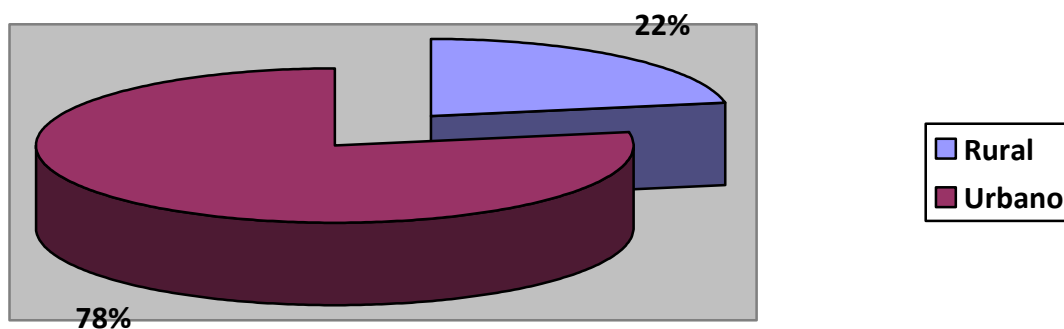


Cuadro 2. Nivel de procedencia que tienen las adolescentes que asisten a la consulta externa del Hospital Regional Juan Pablo Pina, San Cristóbal durante mayo-julio del 2015.

	Edades							
	10-13		14-16		17-19		%	
Procedencia	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%
Rural	2	22.2%	4	14.3%	1	10%	7	15.3%
Urbano	7	77.8%	24	85.7%	8	90%	39	84.7%
Total	9	100%	28	100%	9	100%	46	100%

Gráfico 2. Nivel de procedencia que tienen las adolescentes que asisten a la consulta externa del Hospital Regional Juan Pablo Pina, San Cristóbal durante mayo-julio del 2015.

Se encontró que el 84.7 por ciento de las adolescentes encuestadas tenían una procedencia urbana.

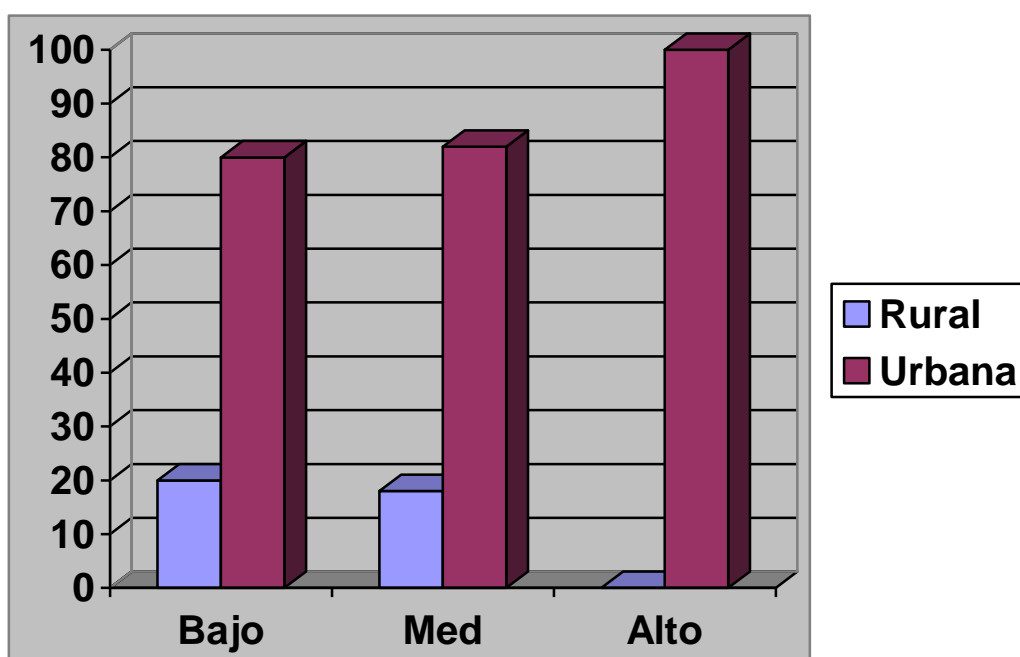


Cuadro 3. Nivel de conocimiento según procedencia que tienen las adolescentes que asisten a la consulta externa del Hospital Regional Juan Pablo Pina, San Cristóbal durante mayo-julio del 2015.

Procedencia	Nivel de conocimiento							
	Bajo		Med.		Alto		%	
	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%
Rural	5	20%	2	18.2%	0	0%	7	15.3%
Urbana	20	80%	9	81.8%	10	100%	39	84.7%
Total	25	100%	11	100%	10	100%	46	100%

Se encontró que el 84.7 por ciento de las adolescentes encuestadas de procedencia urbana tenía un alto nivel de conocimiento.

Gráfico 3. Nivel de conocimiento según procedencia que tienen las adolescentes que asisten a la consulta externa del Hospital Regional Juan Pablo Pina, San Cristóbal durante mayo-julio del 2015.



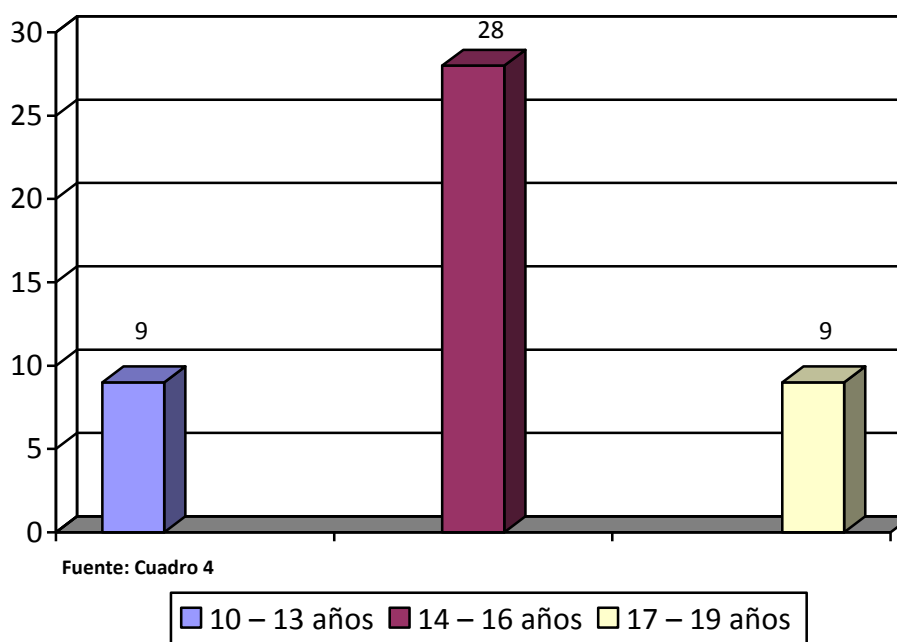
Cuadro 4. Edad de las adolescentes que asisten a la consulta externa del Hospital Regional Juan Pablo Pina, San Cristóbal durante mayo-julio del 2015.

Edad (años)	Frecuencia	%
10 – 13	9	19.6
14 – 16	28	50.8
17 – 19	9	19.6
Total	46	100.0

Fuente: Directa

Se observó que el 50.8 por ciento de las adolescentes encuestadas se hallaron entre 14-16 años.

Gráfico 4. Edad de las adolescentes que asisten a la consulta externa del Hospital Regional Juan Pablo Pina, San Cristóbal durante mayo-julio del 2015.



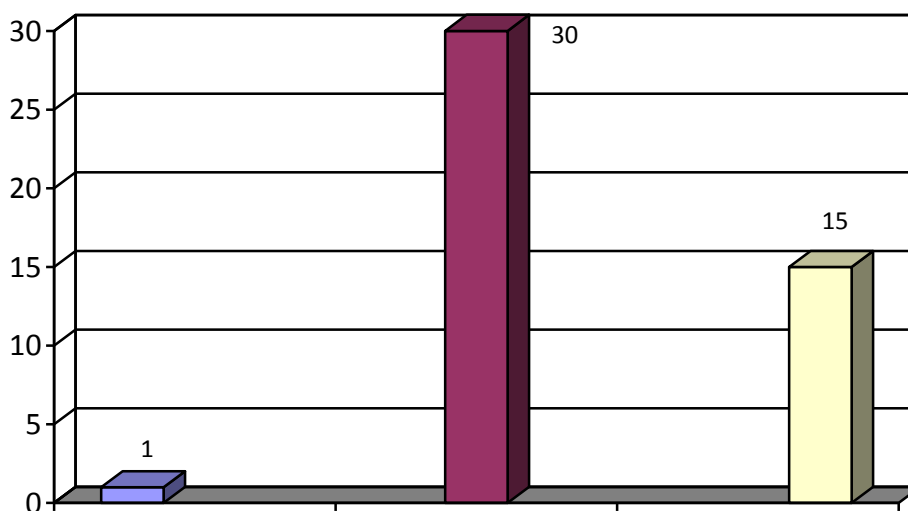
Cuadro 5. Escolaridad de las adolescentes que asisten a la consulta externa del Hospital Regional Juan Pablo Pina, San Cristóbal durante mayo-julio del 2015.

Escolaridad	Frecuencia	%
Ninguna	1	2.2
Básica	30	65.2
Media	15	32.6
Total	46	100.0

Fuente: Directa

Se encontró que el 65.2 por ciento de las adolescentes encuestadas tenían un nivel básico de escolaridad.

Gráfico 5. Escolaridad de las adolescentes que asisten a la consulta externa del Hospital Regional Juan Pablo Pina, San Cristóbal durante mayo-julio del 2015.



Fuente: Cuadro 5



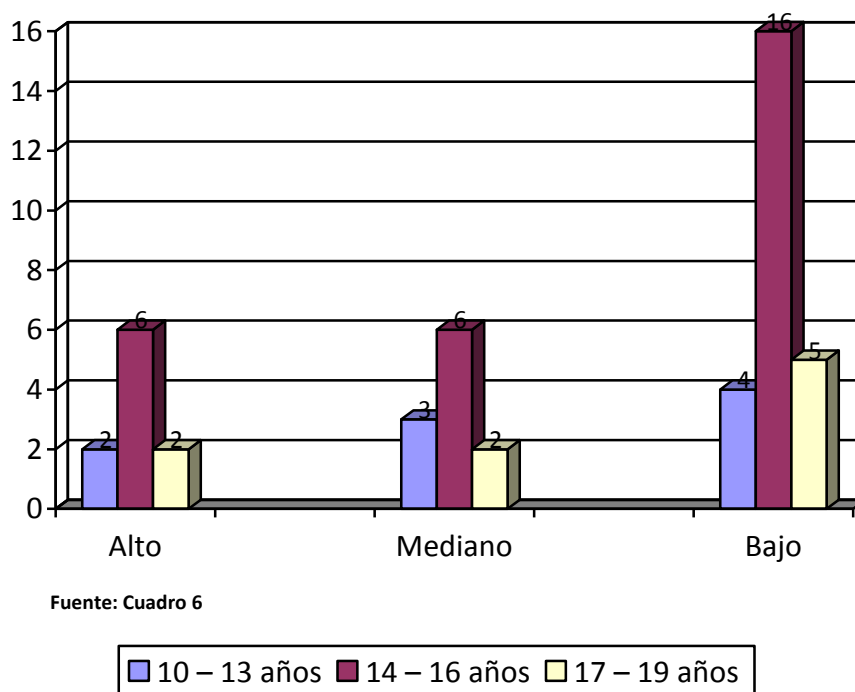
Cuadro 6. Edad y nivel de conocimiento de las adolescentes que asisten a la consulta externa del Hospital Regional Juan Pablo Pina, San Cristóbal durante mayo-julio del 2015.

Edad (años)	Frecuencia						%	
	Alto		Mediano		Bajo			
	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%
10 – 13	2	22.2	3	33.3	4	44.4	9	19.6
14 – 16	6	21.4	6	21.4	16	57.2	28	60.8
17 - 19	2	22.2	2	22.2	5	55.6	9	19.6
Total	10	21.7	11	23.9	25	54.4	46	100.0

Fuente: Directa

Se observó que de las 28 adolescentes encuestadas entre 14-16 años, el 21.4 por ciento tenían alto conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual, el 21.4 por ciento mediano y un 57.2 por ciento bajo conocimiento.

Gráfico 6. Edad y nivel de conocimiento de las adolescentes que asisten a la consulta externa del Hospital Regional Juan Pablo Pina, San Cristóbal durante mayo-julio del 2015.



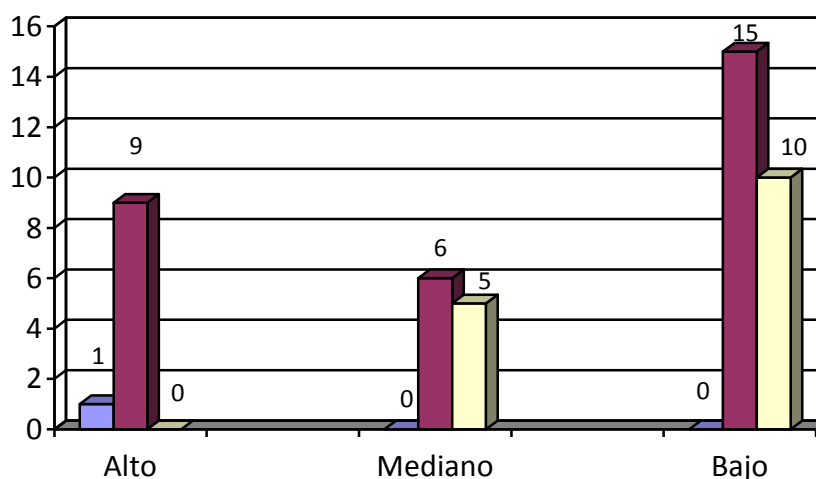
Cuadro 7. Escolaridad y nivel de conocimiento de las adolescentes que asisten a la consulta externa del Hospital Regional Juan Pablo Pina, San Cristóbal durante mayo-julio del 2015.

Escolaridad	Frecuencia						%	
	Alto		Mediano		Bajo			
	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%
Ninguna	1	100.0	0	0.0	0	0.0	1	2.2
Básica	9	30.0	6	20.0	15	50.0	30	65.2
Media	0	0.0	5	33.3	10	66.7	15	32.6
Total	10	21.7	11	23.9	25	54.4	46	100.0

Fuente: Directa

Se observó que de las 30 adolescentes encuestadas con un nivel básico de ecuación, un 30 por ciento tenían alto conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual, un 20 por ciento mediano y un 50 por ciento bajo conocimiento.

Gráfico 7. Escolaridad y nivel de conocimiento de las adolescentes que asisten a la consulta externa del Hospital Regional Juan Pablo Pina, San Cristóbal durante mayo-julio del 2015.



Fuente: Cuadro 7

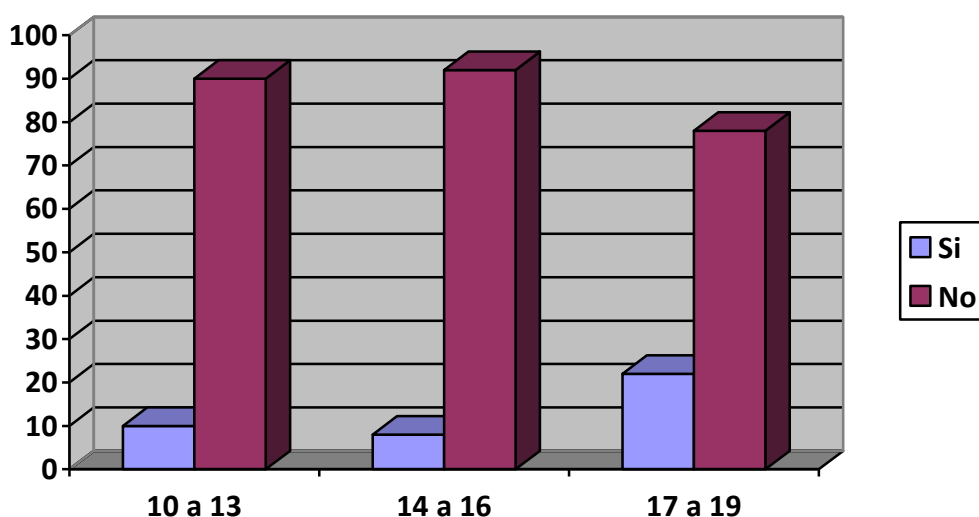


Cuadro 8. Nivel de pruebas diagnósticas según edad que tienen las adolescentes que asisten a la consulta externa del Hospital Regional Juan Pablo Pina, San Cristóbal durante mayo-julio del 2015.

Pruebas diagnósticas	EDAD							
	10-13		14-16		17-19		%	
	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%
Si	1	10%	2	7.7%	2	22.2%	4	8.7%
No	8	90%	26	92.3%	7	77.8%	42	91.3%
Total	9	100%	28	100%	9	100%	46	100%

Se evidenció que el 91.3 por ciento de las adolescentes encuestadas no se realizaron pruebas diagnósticas.

Gráfico 8. Nivel de pruebas diagnósticas según edad que tienen las adolescentes que asisten a la consulta externa del Hospital Regional Juan Pablo Pina, San Cristóbal durante mayo-julio del 2015.



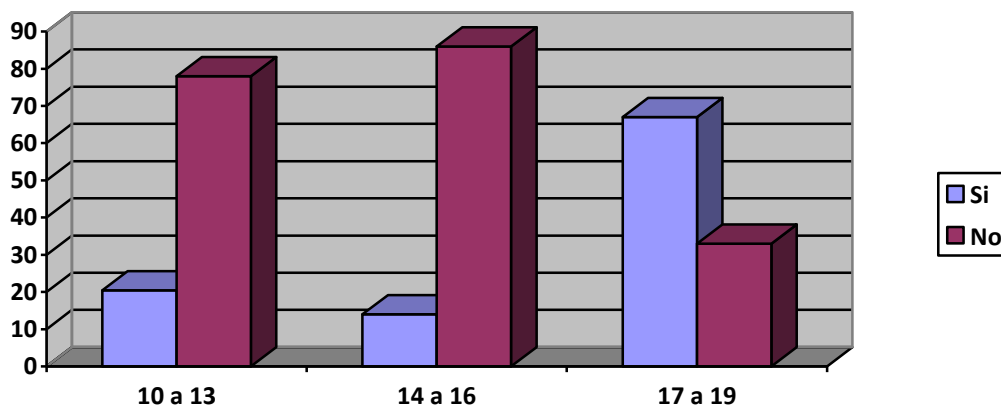


Cuadro 9. Nivel de manifestaciones clínicas según la edad que tienen las adolescentes que asisten a la consulta externa del Hospital Regional Juan Pablo Pina, San Cristóbal durante mayo-julio del 2015.

Manifestaciones clínicas	Edad							
	10-13		14-16		17-19		%	
	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%
Si	2	22.2%	4	14.3%	6	66.7%	12	26.1%
No	7	77.8%	24	85.7%	3	33.3%	34	73.9%
Total	9	100%	28	100%	9	100%	46	100%

Se evidenció que el 73.9 por ciento de las adolescentes encuestadas no tuvieron manifestaciones clínicas.

Gráfico 9. Nivel de manifestaciones clínicas según la edad que tienen las adolescentes que asisten a la consulta externa del Hospital Regional Juan Pablo Pina, San Cristóbal durante mayo-julio del 2015.



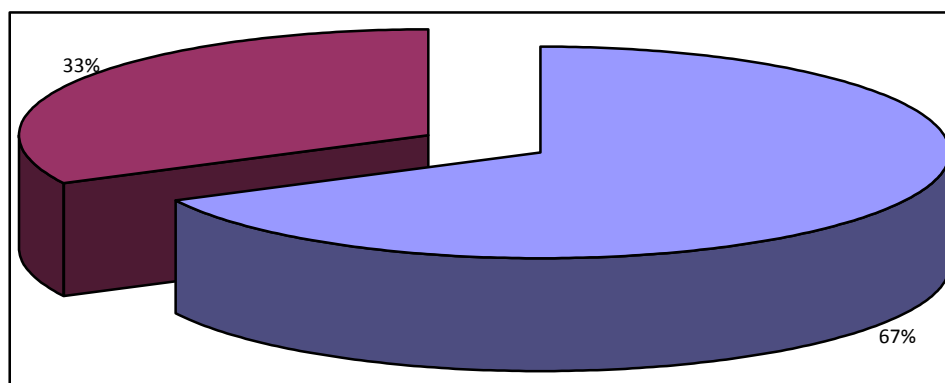
Cuadro 10. Actitud sobre infecciones de transmisión sexual de las adolescentes que asisten a la consulta externa del Hospital Regional Juan Pablo Pina, San Cristóbal durante mayo-julio del 2015.

Actitud	Frecuencia	%
Positiva	31	67.4
Negativa	15	32.6
Total	46	100.0

Fuente: Directa

Se evidenció que el 67.4 por ciento de las adolescentes encuestadas tenían una actitud positiva frente las infecciones de transmisión sexual.

Gráfico 10. Actitud sobre infecciones de transmisión sexual de las adolescentes que asisten a la consulta externa del Hospital Regional Juan Pablo Pina, San Cristóbal durante mayo-julio del 2015.



Fuente: Cuadro 10



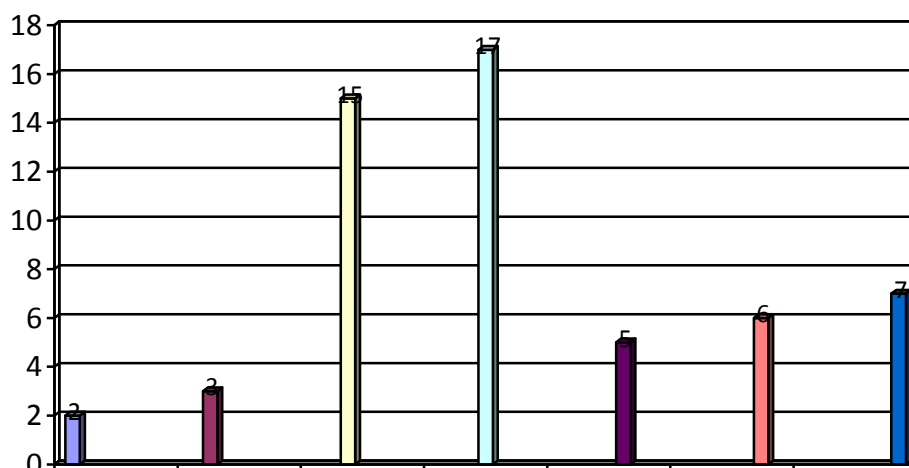
Cuadro 11. Fuentes de información por las que conocieron de las infecciones de transmisión sexual las adolescentes que asisten a la consulta externa del Hospital Regional Juan Pablo Pina, San Cristóbal, mayo-julio, 2015.

Práctica	Frecuencia	%
Libros	2	4.3
Revista	3	6.5
Médico	15	32.6
Enfermera	17	37.0
Internet	5	10.0
Televisión	6	13.0
Radio	7	15.2

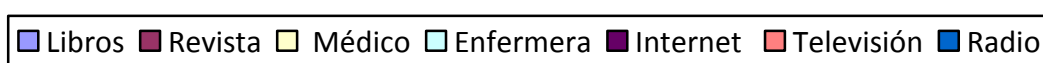
Fuente: Directa

Se evidenció que el 37 por ciento de las adolescentes encuestadas conocieron de las infecciones de transmisión sexual a través del personal de enfermería.

Gráfico 11. Fuentes de información por las que conocieron de las infecciones de transmisión sexual las adolescentes que asisten a la consulta externa del Hospital Regional Juan Pablo Pina, San Cristóbal, mayo-julio, 2015.



Fuente: Cuadro 11



## IX. DISCUSIÓN

Luego de haber tabulado los datos de la investigación realizada sobre el conocimiento y la actitud que tienen las adolescentes que asisten a la consulta externa del Hospital Regional Juan Pablo Pina, San Cristóbal durante mayo-julio del 2015. El universo estuvo comprendido por 475 adolescentes y muestra de 46 adolescente, En esta investigación se pudo observar que más de la mitad de las adolescentes encuestadas (54.4%) tienen un nivel de conocimiento bajo acerca de las infecciones de transmisión sexual, no coincidiendo este un hallazgo con autores como Silva<sup>5</sup>, *et al*, en su estudio en el Programa de Adolescentes de un Hospital Público Universitario, Brasil durante febrero-mayo del 2013, quienes encontraron que el 63.1 por ciento tienen conocimiento regular. Choccare<sup>6</sup>, en su estudio de la Universidad Mayor San Marcos, Lima, Perú durante el 2007, reporta un predominio de nivel medio de conocimiento, con un 52.1 por ciento y con el estudio de Brasil<sup>7</sup>, se llevó a cabo en junio de 2009, fue realizada durante el año 2008 en todas las regiones de Brasil, con entrevistas a 8000 personas de entre 15 y 64 años, donde se reportó que el 45.6 por ciento tiene buen conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual.

En este estudio predominó el grupo de adolescentes con edad entre 14 y 16 años, es decir, en el periodo clasificado como adolescencia media; se observó que el nivel de conocimiento que prevaleció en el presente estudio fue el bajo, con un 57.2 por ciento; un estudio en Venezuela con 36 estudiantes con el objetivo de determinar y modificar el nivel cognoscitivo sobre las ITS evidenció que 66.6 por ciento no tenían información sobre el tema<sup>10</sup>; otra investigación con 149 adolescentes apuntó que el 45 por ciento tenían conocimientos deficientes<sup>11</sup>, resultados discrepantes se presentaron en un estudio cubano donde el 66.6 por ciento de los participantes presentaron un buen conocimiento sobre el tema, además que el 64.9 por ciento conocían como prevenirlas

Se evidenció que 30 adolescentes encuestadas se encontraron con un nivel básico de ecuación, de las cuales, un 50 por ciento tenía bajo conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual. En República Dominicana, la

información que se brinda a los adolescentes en relación con la sexualidad y en especial a las infecciones de transmisión sexual aún es incipiente, a pesar de los esfuerzos del personal de salud y profesores, debido que aún es considerado como un tema tabú a pesar de vivir en una sociedad abierta al diálogo.

Se observó que en algunos casos las adolescentes tienen conceptos errados que los llevan a afirmar que las píldoras anticonceptivas protegen contra infecciones de transmisión sexual, que el uso correcto del condón no protege de infecciones de transmisión sexual, que el recambio sexual no es un factor de riesgo relevante o que las infecciones de transmisión sexual se pueden detectar a simple vista.

En cuanto a las actitudes que presentan los jóvenes, en este estudio se evidenció que su nivel es mayormente positiva, particularmente en lo relacionado con el señalamiento, la discriminación y la protección. Específicamente en la pregunta referida a las personas con infecciones de transmisión sexual tienen lo que se merece, la mayoría de los sujetos de este estudio afirmó que no; contrario a lo reportado en otros estudios, en los que los jóvenes entrevistados fueron categóricos al afirmar que la gente que tiene VIH/sida tiene lo que se merece

## **IX. CONCLUSIONES**

1. De las 46 adolescentes encuestadas, el 54.4 por ciento tenían bajo conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual.
2. El 50.8 por ciento de las adolescentes encuestadas se hallaron entre 14-16 años.
3. Un 65.2 por ciento de las adolescentes encuestadas tenían un nivel básico de escolaridad.
4. De las 28 adolescentes encuestadas entre 14-16 años, el 21.4 por ciento tenían alto conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual, el 21.4 por ciento mediano y un 57.2 por ciento bajo conocimiento.
5. De las 30 adolescentes encuestadas con un nivel básico de educación, un 30 por ciento tenían alto conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual, un 20 por ciento mediano y un 50 por ciento bajo conocimiento.
6. El 67.4 por ciento de las adolescentes encuestadas tenían una actitud positiva frente las infecciones de transmisión sexual.
7. Se encontró que el 84.7 por ciento de las adolescentes encuestadas tenían una procedencia urbana.
8. Se encontró que el 84.7 por ciento de las adolescentes encuestadas de procedencia urbana tenía un alto nivel de conocimiento.
9. Se evidenció que el 91.3 por ciento de las adolescentes encuestadas no se realizaron pruebas diagnósticas.
10. Se evidenció que el 73.9 por ciento de las adolescentes encuestadas no tuvieron manifestaciones clínicas.

## **X. RECOMENDACIONES**

1. Los profesionales de salud que brindan la atención prenatal tomen en cuenta las conclusiones del presente estudio, a fin de continuar mejorando las estrategias, en la atención que se brinda a la gestante a nivel informativo, de orientación y consejería, teniendo en cuenta la participación de la pareja y/o padres como arma importantísima para el abordaje en los conocimientos, cuidados y toma de conciencia de esta problemática.
2. Realizar programas de capacitación y propuestas dirigidas al profesional que brinda la atención para mejorar la metodología educativa, además de articular con otros programas del sector público como la salud del adolescente, planificación familiar, maternidad sin riesgo y prevención del VIH.
3. Para obtener un cambio se debe coordinar actividades en el Hospital Regional y docente Juan Pablo Pina mediante la realización de actividades preventivas – promocionales respecto a las infecciones de transmisión sexual, así como modelos de intervención que si logran ser muy eficaces, se debe buscar su expansión, seguimiento y evaluación para evitar el limitarse a una mínima población buscando un mayor impacto reflejado la contribución a la disminución de la morbilidad y mortalidad.
4. No solo enfocarse en el sector salud sino establecer aliados como los demás sectores de la sociedad, interviniendo en todo los lugares en la cual se desempeña la gestante adolescente (no solamente en el hospital]), como por ejemplo en la escuela y en la universidad implementando horas de tutorías y un consultorio de salud sexual y reproductiva para la atención integral del adolescente.
5. Plantear y ejecutar estudios de investigación similares en otras áreas de estudio, a fin de verificar los resultados encontrados son similares. Realizar investigaciones no sólo con enfoque cuantitativo sino articular el enfoque cualitativo permitiendo conocer no solamente la magnitud del problema sino comprender los significados, las vivencias, entre otros, que se tiene sobre las ITS, lo que contribuirá a orientar un cambio de
6. Comportamiento efectivo en las poblaciones.

## XI. REFERENCIAS

1. Jaramillo-Mejía A, Jaramillo-Posada C. Prevalencia de Infecciones de Transmisión Sexual en estudiantes de la Universidad de Antioquia que consultaron a la IPS Universitaria. Universidad de Antioquia; 201:12-16.
2. Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/ Sida (ONUSIDA). Informe sobre la epidemia mundial de sida 2008. Ginebra: ONUSIDA; 2008:8-12.
3. 35. Arredondo J. Temas actuales en infectología, Inter sistema S.A. de C.V., 2008:127-134.
4. Organización Mundial de la Salud. Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo. Salud Reproductiva e investigaciones conexas. 2010:39-46.
5. Silva F, Rodríguez H, Guzmán P. Nivel de conocimiento y comportamiento de riesgo de adolescentes mujeres sobre las Infecciones de Transmisión Sexual en un Programa de Adolescentes de un hospital público en el Programa de Adolescentes de un Hospital Público Universitario, Brasil durante febrero-mayo del 2013. Rev Bras Infectol, 2013:34-38.
6. Choccare J, Rizo G, Encarnación U. Conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual-VIH/SIDA y sus medidas preventivas en los estudiantes de enfermería de la Universidad Mayor San Marcos, Lima, Perú durante el 2007. Rev Peruana Infectol, 2009:67-71.
7. Handsfield H. Enfermedades de Transmisión Sexual. 2ª. ed., México, D.F, Mcgraw-HILL Interamericana, 2011;25-28.
8. Diez M, Díaz A. Infecciones de transmisión sexual: Epidemiología y control. Rev Esp Sanid Penit, 2011;13(2):1-7.
9. Brauwnuald E. Harrison: Principios de medicina interna. 17va ed., México, D.F., Interamericana Mcgraw-Hill, 2009:1223-1237.
10. Niveles de conocimiento (en línea) citado el 19 de mayo del 2013. Disponible en WWW: <http://secretosenred.com/articles/2563/1/NIVELES-DE-CONOCIMIENTO/Paacutegina1.html>



11. Castro E, Miranda P, Borre O. conocimientos, actitudes y prácticas (CAP), a estudiantes de secundaria de dos colegios de la ciudad de Cartagena, Colombia, en el periodo comprendido entre julio y diciembre de 2011. *Rev Cien Biomed*, 2012;3(2):275-281.
12. Mojica E, Rincón A, Gerónimo A. nivel de conocimiento del Virus del Papiloma Humano en los adolescentes del Centro Educativo San José Fe y Alegría durante enero-marzo del 2008. Tesis de grado UASD, 2008:12-16.
13. Murillo Z, Suárez Y, Hinestroza L, Bedoya A, Sánchez g, Baena A. Conocimiento de los estudiantes y docentes de la Escuela de Microbiología de la Universidad de Antioquia sobre la infección por el virus del papiloma humano. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 2010;28(2):125-131.
14. Béla L. Diccionario enciclopédico de la psique. Buenos Aires, Editorial Claridad, S.A., 2012:147-149.
15. Belmente-Serrano J. Gran enciclopedia hispánica. El conocimiento. Madrid. Editora Grijalbo, 2008:402-404.
16. Ponce G. Teoría del conocimiento/epistemología. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos/epistemologia2/epistemologia2.shtml>
17. Carbonell D. Clasificación del conocimiento científico. *Rev Cient*, 2010:5-6
18. Representación del conocimiento (en línea) citado el 21 de mayo del 2013. Disponible en WWW:
19. <http://pisuerga.inf.ubu.es/cgosorio/SExInArt/UD4/introKR.pdf>
20. Díez M, Díaz A. Infecciones de transmisión sexual: Epidemiología y control. *Rev Esp Sanid Penit*, 2011;13(2):1-7.
21. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual 2006-2011: romper la cadena de transmisión. Ginebra, 2007:23-35.
22. Griemberg G, Bautista T, Pizzimenti C, Orfus G, Alonso B. Prevalencia de infección de transmisión sexual en cuatros hospitales de la ciudad de Buenos Aires, Argentina. *Rev Argent Microbiol*, 2006;38(3):1-6.

23. Feliz-Cueva KM, Lafontaine-Feliz M, Castillo-María RA, Díaz-Guerrero K, González F. Incidencia de enfermedades de transmisión sexual en mujeres en la clínica rural La Guázara de la provincia Barahona en el primer trimestre del año 2006. Rev Med Dom, 2006;67(2):142-144.
24. José L. Arredondo. Temas actuales en infectología, Inter sistema S.A. de C.V. cap. 10, 2010:127-130.
25. Comino Delgado Rafael coord. Abad Martínez, Lorenzo Coast. López García Guillermo coord., Obstetricia y Ginecología, Barcelona Ariel 2012:234-238.
26. Faro Sebastian, Saper David E. "Enfermedades infecciosas en la mujer". Cap 36, 2007:423-428.
27. Merck Shoppe y Damned Reseco Labotañes, el manual Merck de Diagnósticos y terapéutica, 10 edición, México Nueva Editorial Interamericana, Editorial Salvat 2009:345-348.
28. Ochoa Soto R, y otros. Manual para médicos de familias sobre ITS y VIH/SIDA, La Habana: MINISAP, 2012:50-57.
29. OPS/OMS, salud sexual y VIH/sida en adolescentes y jóvenes. Boletín 21, mayo 2013:15-19.
30. Ramírez Manuel, Juárez Ricardo. Asociación de Medicina Interna de México."Temas de medicina interna. Infecciones por transmisión sexual". México, D.F McGraw-Hill interamericana 2012: 198-200.
31. Vélez Hernán, Rojas William, Borrero Jaime. Manual de VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual. CIB Medellín Colombia, 2012:256-260.
32. Vélez-Hernan W, Borrero J, Restrepo J. Fundamentos de medicina enfermedades infecciosas, Ed. Corporación para la investigación biológica, Colombia, 2012:11-15.
33. Cooper Daniel, krain adrew, lumner sem. Manual Washington de terapéutica medica.32 edición, editorial Masson, Barcelona España. 2011:1256-160.
34. Usandizaga José A; De La Fuente Pedro Pérez; "Tratado De Obstetricia y Ginecología", McGraw-Hill; 2012:456-460.
35. Rojas Williams, Inmunología, 13 ed., CIB Medellín Colombia, 2012;224-

- 228.
36. Jarillo-Soto E, Delgadillo H, Granados J. Conocimientos sobre el sida entre los estudiantes de medicina de tres universidades mejicanas. *Rev Esp Salud Pú*b, 2013;74(2):35-40.
  37. Guerra H, Trujillo N. Intervención educativa para elevar conocimientos sobre las ITS/VIH/SIDA en jóvenes. *AMC*, 2012;13(6):13-16.
  38. Rodríguez J. Conocimiento de estudiantes de la universidad de costa rica sobre el virus de papiloma humano, durante el II ciclo lectivo del año 2006, Costa Rica. *Rev Costarris Salud Pú*b, 2013;16(31) 57-63.
  39. Mentrel J, Camarean M, Silva J. Nivel de conocimientos y prácticas de riesgo para enfermedades de transmisión sexual (ETS) en alumnos de primer ingreso a la Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM, 2013:45-50.
  40. Knodel LC. Sexually Transmitted Diseases. 2002. In: DiPiro JT, Talbert RL, Yee GC. eds. *Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach*, 5th ed. New York: McGraw-Hill, 2012-2015-2020.
  41. Uribe P. Mujer, maternidad y enfermedades de transmisión sexual. En: *Maternidad sin riesgos en México*. Instituto Mexicano de Estudios Sociales, A. C. México, 2013: 91-97.
  42. Oraá R. Enfermedades de transmisión sexual. Unidad de promoción de la salud del Hospital de la Rioja, España. 2011:56-60.
  43. Conde-González C. Enfermedades de transmisión sexual. PAC Infecto-1 (monografía) México, D.F. Intersistemas, 2012:34-45.
  44. Llop-Valdés E, Zuazo D. Microbiología y parasitología médica. Editorial Ciencias Médicas. Tomo 1, La Habana 2011;399-427.
  45. Klausner J. Diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual. México, Mcgraw-Hill, 2007:84-92.

## XII. ANEXOS

### XII.1. Cronograma

Actividades	2015																							
	Febrero				marzo				Abril				mayo				junio				Julio			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Módulo sobre investigación en salud	X	X																						
Selección del tema y revisión de bibliografía			X	X	X																			
Determinación del problema						X	X																	
Elaboración de instrumento								X	X															
Aplicación del cuestionario y tabulación de los datos										X	X	X	X											
Elaboración del informe final													X	X										
Entrega de informe final y digitación de tesis															X	X	X	X	X	X				
Examen de tesis																						X	X	

## XII.2. Instrumento de recolección de datos

### CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE ITS QUE TIENEN LAS ADOLESCENTES QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL JUAN PABLO PINA, SAN CRISTÓBAL DURANTE MAYO-JULIO DEL 2015.

Formulario No. \_\_\_\_\_

1. Edad \_\_\_\_\_ años

2. Escolaridad

Ninguna \_\_\_\_\_ Básica \_\_\_\_\_ Media \_\_\_\_\_ Superior \_\_\_\_\_

3. Fuente de información

Libro \_\_\_\_\_ Revista \_\_\_\_\_ Médico \_\_\_\_\_ Enfermera \_\_\_\_\_ Internet \_\_\_\_\_  
amigos \_\_\_\_\_ Televisión \_\_\_\_\_ Radio \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

4. Procedencia

Urbana \_\_\_\_\_

Rural \_\_\_\_\_

5. Pruebas diagnósticas

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

6. Manifestaciones clínicas

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

7. Conocimiento sobre ITS

4.1. Se puede contagiar una ITS sin relaciones sexuales

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ No se \_\_\_\_\_

4.2. Las píldoras anticonceptivas protegen de ITS

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ No se \_\_\_\_\_

Las ITS son enfermedades pocas graves

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ No se \_\_\_\_\_

4.3. Son más graves las ITS durante el embarazo

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ No se \_\_\_\_\_

4.5. El uso correcto del condón protege de ITS

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ No se \_\_\_\_\_

4.6. Se sabe a simple vista quien tiene una ITS

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ No se \_\_\_\_\_

4.7. A mayor pareja sexual mayor riesgo de ITS

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ No se \_\_\_\_\_

4.8. Existen tratamiento contra las ITS

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ No se \_\_\_\_\_

4.9. Existen vacunas contra las ITS

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ No se \_\_\_\_\_

8 Actitud

5.1. La probabilidad de contraer una ITS es mínima cuando no se usa condón

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ No se \_\_\_\_\_

5.2. Te alejaría de una persona que tenga una ITS

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ No se \_\_\_\_\_

5.3. La gente con ITS tiene lo que se merece

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ No se \_\_\_\_\_

5.4. Abandonaría su novio (a) o pareja si tuviera una ITS,

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ No se \_\_\_\_\_

### XII.3. Costos y recursos

Humanos			
Una sustentante			
Un asesor			
Un estadígrafo			
Equipos y materiales	Cantidad	Precio RD\$	Total RD\$
Papel bond 20 (8 ½ x 11)	4 resma	160.00	640.00
Paper Graphics-gray 28 (8 ½ x 11)	1 resma	300.00	300.00
Lápices	4 unidades	5.00	20.00
Borras	2 unidades	10.00	20.00
Bolígrafos	2 unidades	10.00	20.00
Sacapuntas	2 unidades	10.00	20.00
Computador			
Impresora			
Proyector			
Cartucho HP	3 unidades	1500.00	5000.00
Calculadoras	1 unidad	150.00	150.00
Información			
Adquisición de libros			
Revistas			
Otros documentos			
Referencias bibliográficas (ver listado de referencias)			
Económicos			
Papelería (copias)	1200 copias	2.00	2400.00
Encuadernación	10 informes	200.00	2000.00
Transporte	20 pasajes x	25.00 c/u	1200.00
Imprevistos	4		2000.00
Pago de tesis	1 médico	10000.00	10000.00
Tarjetas de llamada	15	60.00 c/u	900.00
<b>Total</b>		<b>RD\$ 26670.00</b>	

XIII.4. Evaluación

Sustentante:

---

Dra. Alba Nellys Pérez

Asesores:

---

Dra. Concepcion Aurora Sierra  
Clínica

---

Dr. William Duke  
Metodológica

Jurado:

---

---

---

Autoridades:

---

Dr. Ervin David Jiménez Pérez  
Coordinador Residencia

---

Dra. Iris Paula  
Jefa del Departamento

---

Dra. Concepción Aurora Sierra  
Jefa de enseñanza

---

Dr. Eduardo García  
Director de la Escuela Medicina

---

William Duke  
Decano de la Facultad

Fecha presentación \_\_\_\_\_

Calificación: \_\_\_\_\_