

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina
Hospital Dr. Luis E. Aybar
Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria

CONOCIMIENTO SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL
DE ADOLESCENTES QUE ASISTEN A LA UNAP CONTRERAS DE
LA CLÍNICA URBANA YOLANDA GUZMÁN, MAYO - JUNIO, 2019



Tesis de posgrado para optar por el título de especialista en:
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Sustentante

Dra. Berkis Morel De George

Dra. Venecia Contreras (Cínico)

Rubén Darío Pimentel (Metodológico)

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

Distrito Nacional: 2019

CONTENIDO

Agradecimiento	
Dedicatoria	
Resumen	
Abstract	
I. Introducción	9
I.1. Antecedentes	10
I.2. Justificación	12
II. Planteamiento del problema	14
III. Objetivos	16
III.1. General	16
III.2. Específicos	16
IV. Marco teórico	17
IV.1. Conocimiento	17
IV.1.1. Formas del conocimiento	17
IV.2. Infección de transmisión sexual	20
IV.2.1. Historia	20
IV.2.2. Definición	21
IV.2.3. Epidemiología	21
IV.2.4. Factores de riesgo	23
IV.2.5. Clasificación	25
IV.2.6. Medidas preventivas	42
IV.2.7. Pronóstico	44
V. Hipótesis	45
VI. Operacionalización de las variables	46
VII.3. Material y métodos	48
VII.3.1. Tipo de estudio	48
VII.3.2. Área de estudio	48
VII.3.3. Universo	48
VII.3.4. Muestra	48

VII.3.5. Criterios	49
VII.3.5.1. De inclusión	49
VII.3.5.2. De exclusión	49
VII.3.6. Instrumento de recolección de datos	49
VII.3.7. Procedimiento	49
VII.3.8. Tabulación	49
VII.3.9. Análisis	50
VII.3.10. Principios éticos y bioéticos	50
VIII. Resultados	51
IX. Discusión	60
X. Conclusiones	62
XI. Recomendaciones	63
XII. Referencias	64
XIII. Anexos	68
XIII.1. Cronograma	69
XIII.2. Instrumento de recolección de datos	70
XIII.4.3. Consentimiento informado	73
XIII.4.4. Costos y recursos	74
XIII.5. Evaluación	75

AGRADECIMIENTO

A Dios

Por ayudarme a escalar esta nueva meta y darme la fuerza y entrega para salir adelante. Gracia mi señor.

A mi esposo Cesar George.

Eres la persona más entregada y sacrificada en este nuevo logro, gracia por siempre estar pendiente y por tu gran esfuerzo y tu amor.

A mi hija Abigail.

Por ser mi gran inspiración y motivación para seguir adelante.

A mis padres Mariana y Sergio.

Por su motivación de seguir preparándome y su motivación y sacrificio siempre. Gracias.

A mis Hermanos: Claris, Alexis, Fiordaliza, Kenia y Yocasta.

Gracias por su apoyo siempre.

A mis compañeras: Yuberky Núñez, Margaret Mora y Aydelina Sosa.

Gracias porque en los momentos difíciles de la residencias siempre estuvieron presente siempre unidas, por ser más que compañera por ser mi amigas.

A La Residencias de medicina familiar y comunitaria del hospital Dr. Luis E Aybar. Las doctoras Gladis Soto, Venecia Contreras, Yahaira Sierra y Ysabel Díaz.

Por aportar su sabiduría y experiencia para cada residente. Gracias por su entrega. A la secretaria Loida Eunice Segura por su eficiencia y dedicación. Gracias.

A Los Hermanos de la iglesia Santidad A Jehová.

Gracias por sus oraciones y su gran apoyo.

Berkis Morel De George

DEDICATORIA

Primeramente a Dios por que sin el nada es posible, por su fortaleza y su amor.

A mi familia mi esposo mi hijas y mis padres gracias por su apoyo entrega y sacrificio, enteramente agradecida.

Berkis Morel De George.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal en el objetivo de determinar el conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual de adolescentes que asisten a la UNAP Contreras de la Clínica Urbana Yolanda Guzmán, mayo-junio, 2019. El estudio fue dirigido a 201 adolescentes, hubo participación de 50.2 por ciento, el 51.5 por ciento tiene alto conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual, un 36.6 por ciento estaba comprendidos entre 17-19 años de edad, de los 37 adolescentes comprendidos entre 17-19 años, un 22.8 por ciento tienen alto conocimiento, el 72.3 por ciento correspondió al sexo femenino, de los 36 adolescentes correspondientes al sexo femenino, el 39.6 por ciento tienen alto conocimiento, un 30.7 por ciento se halló cursando el sexto grado del bachillerato., un 47.5 por ciento no profesaba ninguna religión, el 45.5 por ciento señaló haber tenido relaciones sexuales, de los 46 adolescentes que han sostenidos relaciones sexuales, un 24.8 por ciento tienen alto conocimiento, de los 46 adolescentes que han sostenidos relaciones sexuales, el 28.2 por ciento la han sostenidos con más de 3 parejas, de los 21 adolescentes que han sostenidos relaciones sexuales con menos de 1 parejas, el 30.4 por ciento tienen alto conocimiento y el 49.5 por ciento conoció las infecciones de transmisión sexual por medio del personal médico.

Palabras clave: Adolescente, conocimiento, infecciones de transmisión sexual, UNAP Contreras

ABSTRACT

It was a descriptive, prospective and cross-sectional study was carried out in order to determine the knowledge about sexually transmitted infections of adolescents attending the UNAP Contreras of the Yolanda Guzmán Urban Clinic, May-June, 2019. The study was aimed at 201 adolescents, there was 50.2 percent participation, the 51.5 percent have high knowledge about sexually transmitted infections, 36.6 percent were between 17-19 years of age, of the 37 adolescents between 17-19 years, 22.8 percent have high knowledge, the 72.3 percent corresponded to the female sex, of the 36 adolescents corresponding to the female sex, 39.6 percent have high knowledge, 30.7 percent were found in the sixth grade of the baccalaureate, 47.5 percent did not profess any religion, 45.5 percent reported having had sexual relations, of the 46 adolescents who have had sexual intercourse, 24.8 percent have high knowledge, of the 46 adolescents who have had sexual relations, 28.2 percent have sustained them with more than 3 couples, the 21 adolescents who have had sexual relations with less than 1 couples, 30.4 percent have high knowledge and 49.5 percent knew the sexually transmitted infections through medical personnel.

Key words: Adolescent, knowledge, sexually transmitted infections, UNAP Contreras

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.¹

Estas infecciones se denominan como todas aquellas que se pueden transmitir por las relaciones sexuales, aunque también se puedan adquirir por otros medios.

Últimamente las infecciones de transmisión sexual han cobrado importancia debida, por un lado, a la aparición del sida y, por otro, al cambio de patrones epidemiológicos de enfermedades que, como la sífilis, han aumentado en cuanto a su incidencia.²

La adolescencia, como etapa de experimentación e iniciación tanto en lo que a consumo de drogas como a relaciones sexuales se refiere, se convierte en un período de especial riesgo para la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.

De hecho, las infecciones de transmisión sexual representan en conjunto la patología infecciosa más común entre los adolescentes sexualmente activos y se ha predicho que la tercera ola de epidemia del SIDA, después de los homosexuales y los usuarios de drogas por vía parenteral.

Se focalizaría en los adolescentes, pues debido a los sentimientos de invulnerabilidad y necesidades de experimentación, junto al consumo de alcohol y drogas a estas edades, presentan una mayor promiscuidad y menor protección en las relaciones sexuales.³

El objetivo de este trabajo será indagar cuál es el nivel de conocimiento que tienen los adolescentes que acuden a la Clínica Urbana Yolanda Guzmán sobre las medidas preventivas de enfermedades de Transmisión Sexual entre enero-mayo, 2019.

I.1. Antecedentes

Pérez,⁴ llevó a cabo un estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal, con el objetivo de determinar el conocimiento, la actitud y la práctica 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 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, el 67.4 por ciento presentó actitud positiva frente las infecciones de transmisión sexual y el 56.5 por ciento realizaba práctica mala frente las infecciones de transmisión sexual.

Rodríguez C, Feliz S, Ramírez M,⁵ llevaron a cabo un estudio descriptivo y de corte transversal en el cual se busca el nivel conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual y sus medidas preventivas en los estudiantes del Liceo Nocturno Fray Ramón Pane durante el periodo marzo-mayo 2018. El 63.3 por ciento niveles altos, el 23.2 por ciento niveles medios y el 13.5 por ciento bajo, participaron más hombre que mujeres, más de la mitad ha sostenido relación sexual, la edad de la primera experiencia sexual fue la adolescencia media, alrededor de la cuarta parte sostuvo su primera relación sexual antes de los 14 años de edad, más de las tres cuartas parte conoce que usando el condón de manera correcta es la mejor forma de prevenir las infecciones de transmisión sexual, un poco menos de la mitad señaló que la mejor forma de protección contra la infecciones de transmisión sexual es mediante el uso del condón, los orientadores fueron los medios por los cuales los adolescentes conocieron de las infecciones de transmisión sexual.

Flores D, Ríos R, Vargas M,⁶ realizaron una investigación cuantitativa, diseño no experimental, de tipo correlacional denominado Conocimiento sobre VIH/SIDA y comportamiento sexual en adolescentes de la Comunidad San Francisco, Rio Itaya-Distrito de Belén 2015, quienes comprobaron que el 61 por ciento de adolescentes tienen un nivel de conocimiento adecuado sobre VIH/SIDA, mientras que el 39 por ciento tienen un conocimiento inadecuado; además el 77,9 por ciento presentaron comportamientos sexuales de riesgo de VIH/SIDA. Anchi E, Franco, Perú 2015, realizaron un estudio de tipo descriptivo, prospectivo y transversal, titulado Nivel de conocimiento de los adolescentes sobre medidas preventivas del VIH/SIDA en la I.E. Señor de los Milagros de Ayacucho. Mayo-Noviembre 2015, en una muestra de 61 adolescentes, encontraron que el 68,9 por ciento tenían conocimiento bajo sobre medidas preventivas del VIH/SIDA, y el 31,10 por ciento un nivel de conocimiento alto.

More K,⁷ llevó a cabo un estudio descriptivo y transversal con el objetivo de determinar los conocimientos sobre ITS-VIH/SIDA en adolescentes de cuarto y quinto año de secundaria de la Institución Educativa Nuestra Señora del Pilar-Piura, Mayo 2018. Los resultados demostraron que las adolescentes en estudio no conocen sobre ITS en forma global el 58,8 por ciento, mientras que el 41,15 por ciento conoce, por otro lado, el 56,9 por ciento no conocen sobre VIH/SIDA en forma global, mientras que el 43,1 por ciento conoce. En referencia al conocimiento sobre las medidas preventivas de las ITS el 60,77 por ciento no conocen en forma global y el 39,2 por ciento conoce; por otra parte, el 62,7 por ciento no conoce sobre las medidas preventivas del VIH/SIDA, mientras que el 37,3 por ciento conoce. Las características sociodemográficas y sexuales identificadas fueron que el 91,8 por ciento tuvo entre 15 a 19 años, con respecto al estado civil el 99,5 por ciento son solteras, la religión que más predominó fue católica con el 84,2 por ciento, la ocupación reportó que el 96,17 por ciento son estudiantes, han tenido relaciones coitales el 13,9 por ciento, y la edad de inicio de la misma fue entre los 15 a 19 años con el 86,2 por ciento y finalmente el 100 por ciento su orientación sexual fue heterosexual.⁷

Rimarachín M,⁸ realizó un estudio tipo descriptivo, correlacional de corte transversal, denominada Nivel de conocimiento de VIH/SIDA y uso de métodos anticonceptivos en alumnos(as) del Colegio Nacional Almirante Miguel Grau N°01 Chota, 2014, demostró que, del total de alumnos de tercero, cuarto y quinto año de secundaria, el 46,28% obtuvo un nivel conocimiento bajo sobre el Virus Inmunodeficiencia Humana - Sida, seguido de un 27,13% un nivel de conocimiento alto y por último el 26,60% de alumnos tienen un nivel de conocimiento medio.

Sulca,⁹ llevó a cabo un estudio sobre la relación entre el nivel de conocimiento sobre las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y las actitudes frente a las conductas sexuales de riesgo en gestantes adolescentes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Lima, Perú, entre enero-mayo 2014. Resultados: Del 100 por ciento (198) de gestantes adolescentes, el 18.7 por ciento oscila entre 14 a 16 años y el 81.3 por ciento (161) entre 17 a 19 años. El estado civil, el 52 por ciento (103) son solteras, y el 48.0 por ciento (95) son convivientes. Predomina el conocimiento medio sobre las ITS con un 64.1 por ciento (127), seguido del conocimiento bajo con un 24.2 por ciento (48) y el conocimiento alto con 11.6 por ciento.

1.2 Justificación

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) constituyen un grave problema de salud pública en la mayor parte de los países, las cuales afectan principalmente a la población de adolescentes y jóvenes los que se constituyen como la población más vulnerables a contraer una Infección de Transmisión Sexual, siendo un indicador de riesgo el comportamiento sexual de los mismos que los impulsan a tener relaciones sexuales tempranamente.

La misma curiosidad, el deseo de relacionarse con el sexo opuesto, los mismos compañeros hacen que éstos sean más propensos a estas infecciones; se hace necesario fortalecer sus conocimientos que les permita un comportamiento sexual más seguro.

La presente investigación se justifica porque las Infecciones de Transmisión Sexual constituyen un grave problema de salud pública a nivel mundial, nacional y regional, afectando principalmente a los adolescentes, los cuales constituyen como la población más vulnerable a contraer una Infección de Transmisión Sexual incluido el VIH/SIDA, siendo indicadores de riesgo la falta de conocimientos y el comportamiento sexual de los mismos que los impulsan a tener relaciones sexuales tempranamente.

Ante este panorama esta investigación permitirá recoger información base para el diseño de estrategias e intervenciones dirigidas a mejorar la situación actual de los adolescentes en materia de sexualidad y reproducción. Tales actividades se deben enmarcar en la promoción y prevención en salud sexual y reproductiva, educando bajo una amplia perspectiva y metodología que integre la educación teórica en materia de las ITS-VIH/SIDA.

Por otro lado, esta investigación, aportará material teórico para estudios posteriores relacionados a ITS-VIH/SIDA, dirigidas a los adolescentes en materia de su sexualidad

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen un importante problema de salud pública en la población a nivel mundial, por su elevada incidencia y prevalencia. Se define como un conjunto heterogéneo de enfermedades transmisibles que se presentan en todos los grupos de edad, pero con mayor frecuencia en personas de 15 a 50 años; su forma principal de contagio son las relaciones sexuales coitales e incluyen enfermedades como: sífilis, blenorragia (gonorrea), hepatitis viral, herpes simple, candidiasis, linfogranuloma venéreo, condilomas, trichomoniasis y el virus de la inmunodeficiencia adquirida, entre otras.¹⁰

En los últimos veinte años, debido al surgimiento de la pandemia del VIH/Sida en todo el mundo se vienen realizando múltiples esfuerzos por controlar la incidencia de las enfermedades de transmisión sexual, puesto que al controlar las enfermedades de transmisión sexual se evitaría la transmisión del VIH. La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que cada año ocurre en el mundo más de 340 millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual curables en hombres y mujeres, con una mayor proporción en Asia meridional y sudoriental, seguida de África Subsahariana, por América Latina y el Caribe.¹¹

Cabe destacar que para evitar la transmisión de estas infecciones que son las enfermedades de transmisión sexual es necesario implementar medidas de prevención efectivas, con el fin de concientizar a los adolescentes, dicho sea el caso que necesariamente sean dirigidas para promover la abstinencia sexual, evitando así la relación temprana y parejas ocasionales.

Por otro lado, el tema de sexualidad entre los adolescente todavía es un tema tabú, sobre todo en el contexto familiar. Velásquez *et al*, refieren que los padres y algunos sectores de la sociedad califican como un atentado contra la moral al realizar intervenciones educativas entre los jóvenes sobre sexualidad, aludiendo que se está promoviendo la sexualidad precoz, no se puede negar que la sexualidad precoz y las relaciones sexuales premaritales son un hecho en la sociedad actual.¹²

A esto se añade que los adolescentes en general, presentan una característica común que es la vulnerabilidad a las enfermedades de transmisión sexual, la cual está íntimamente relacionada con su historia, hábito o comportamiento sexual.

Es importante destacar el componente familiar, como institución básica de la sociedad fundamentada en las relaciones de afecto y consanguinidad entre sus miembros, cumpliendo funciones de reproducción, economía y principalmente la educación de los hijos a través de la transmisión de la experiencia histórico social y de los valores culturales, así como de las tradiciones y normas de la vida social. La influencia familiar es fundamental en la determinación del comportamiento sexual de los miembros, sobre todo de los más jóvenes utilizando una adecuada comunicación familiar donde se transmiten los valores, concepciones, acciones y comportamientos sobre la sexualidad.¹³

Diversos estudios demostraron que la población adolescente es la más susceptible a estas enfermedades, considerando la influencia de los factores sociodemográficos y familiares. Frente a este contexto, en este estudio se pretende investigar la asociación existente entre el conocimiento sobre la prevención de infección de transmisión sexual con los factores sociodemográficos y relaciones familiares, considerando que en la sociedad actual se suscitan a diferentes cambios, tanto socioeconómicos como culturales que influyen en la percepción y comportamiento sexual de los adolescentes.

De esa manera, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual de adolescentes que asisten a la UNAP Contreras de la Clínica Urbana Yolanda Guzmán, mayo-junio, 2019?

III.3. OBJETIVOS

III.1. General

1. Determinar el conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual de adolescentes que asisten a la UNAP Contreras de la Clínica Urbana Yolanda Guzmán, mayo-junio, 2019.

III.2. Específicos

Determinar el conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual de adolescentes que asisten a la UNAP Contreras de la Clínica Urbana Yolanda Guzmán, mayo-junio, 2019, según:

1. Edad.
2. Sexo.
3. Curso.
4. Religión
5. Relación sexual
6. Edad de primera relación sexual
7. Número de parejas sexuales
8. Transmisión.
9. Manifestaciones clínicas.
10. Prevención.

IV. MARCO TEORICO

IV.1. Conocimiento

El conocimiento es un producto de la práctica del hombre sobre la naturaleza y de la acción recíproca del hombre sobre el hombre. Desde su origen el ser humano se le enfrentó mediante el trabajo, a la naturaleza para servirse de sus recursos y transformarlos de acuerdo a sus necesidades concretas. El conocimiento consiste en la asimilación espiritual de la realidad indispensable para la práctica en el proceso del cual se crean los conceptos y las teorías. Esta asimilación refleja de manera creadora, racional y activa; los fenómenos las propiedades y las leyes del mundo objetivo y tienen una existencia real en forma del sistema lingüístico.¹⁴

La teoría del conocimiento es el resultado de la investigación, acerca de la relación que existe entre el sujeto y el objeto, es el estudio sobre la posibilidad al origen y la esencia del conocimiento, es la identificación de los elementos interactuantes, es el desarrollo histórico del pensamiento. La teoría del conocimiento propuesta por Ernest Reinold: Apareció en 1832.

Lenin expresó brillantemente las bases sobre la Teoría del conocimiento que se formulan de la siguiente manera: Existen cosas que no dependen de nuestra conciencia, de nuestras sensaciones. No existen absolutamente ninguna diferencia entre el fenómeno y la cosa en sí, lo que realmente existen las diferencias entre lo que es conocido y lo que aún se desconoce. En Teoría del conocimiento hay que razonar didácticamente es decir, no considerar que nuestro conocimiento es acabado e inmutable, sino que está en constante movimiento: de la ignorancia al saber.

IV.1.1. Formas del conocimiento

El conocimiento empírico-espontáneo; son Aquellos conocimientos que en la actividad práctica humana resultaron necesarios para ejecutar exitosamente las múltiples acciones requeridas para el trabajo fueron reafirmandose y transmitiéndose de generación como un nuevo acervo cognoscitivo derivado de la actividad cotidiana del hombre.

Por ello, los conocimientos en este proceso, aparecen en forma de diversas indicaciones descriptivas, en las cuales se recoge la experiencia de las generaciones anteriores. No es metódico ni sistemático, es superficial, sólo se conformaron lo aparente.¹⁵

El conocimiento científico; es un producto de la investigación científica en cuya adquisición intervienen la actividad conjunta de los órganos sensoriales y del pensamiento del sujeto cognoscente apoyados por la teoría científica, guiador por el método científico y con ayuda de medios técnicos, de esta manera trasciende el conocimiento empírico espontáneo, es decir más allá de la apariencia y capta la esencia de los objetos y fenómenos elaborando así principios, hipótesis y leyes científicas, con lo cual se explica de forma objetiva la realidad. En una palabra el conocimiento científico es una de las formas de apropiación espiritual de la realidad.

El proceso del conocimiento: En el proceso que describe Lenin; los teóricos distinguen tres momentos: El primer momento; la observación viva, consiste en la exposición de los órganos sensoriales al mundo externo para obtener sensaciones y percepciones. El segundo momento; en el proceso de abstracción se ordenan los datos obtenidos; organizándose en base a experiencias, se realizan en el pensamiento, en donde se analizan y sintetizan a través de un proceso de abstracción.

El tercer momento; la práctica científica implica la confrontación del pensamiento abstracto con la realidad a través de la práctica científica, para enriquecer q si es preciso cambiar el conocimiento de acuerdo con la realidad concreta. Elementos del conocimiento científico: Entre los elementos más importantes del conocimiento tenemos:

Los hechos, las categorías, la ley, la teoría, el supuesto y el postulado, los modelos. El conocimiento teórico y la práctica deben formar una sólida unidad. La teoría sólo puede extraerse de la práctica de la generalización de la experiencia práctica y debe entonces ayudar a su vez a transformar la práctica es el objetivo final de todo conocimiento. Se considera como práctica científica al conjunto de actividades manuales y técnicos disponibles.

Desde el punto de vista pedagógico; el conocimiento es una experiencia que incluye la representación vivida de un hecho; es la facultad que es del propio pensamiento y de percepción, incluyendo el entendimiento y la razón. Desde el punto de vista filosófico Salazar Bondy, lo define como acto y contenido.¹⁶

Dice que el conocimiento como acto es la aprehensión de una cosa, una propiedad, un hecho; entendiéndose como aprehensión al proceso mental y no físico. Del conocimiento como contenido asume que aquel se adquiere gracias a los actos de conocer, al producto de la operación mental de conocer, este conocimiento se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar de unos a otros como: conocimiento vulgar, conocimiento científico y conocimiento filosófico.

Mario Bunge define al conocimiento como el conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claras, precisos, ordenados e inexactos, en base a ello se tipifica al conocimiento en: Conocimiento científico y conocimiento vulgar.

El primero lo identifica como conocimiento racional, analítico, objetivo y sistemático y verificable a través de la experiencia y el conocimiento vulgar, como un conocimiento vago, inexacto limitado a la observación.

En cuanto al marco conceptual de práctica se le define como sinónimo de experiencia, para que el ser humano ponga en práctica su conocimiento sea este científico o vulgar; es necesario en primera instancia un contacto directo, mediante el uso de los sentidos y conducta psicomotriz.

Desde el punto de vista filosófico, la experiencia presenta una serie de problemas propios de la filosofía sobre su naturaleza. Sin embargo no cabe duda de su existencia en la adquisición de conocimientos, cuando Mario Bunge nos habla del conocimiento científico, nos dice que una de sus características tiene la facultad de ser verificable en la experiencia y que solo ella puede decirnos si una hipótesis relativa a un cierto grupo de hechos materiales es adecuada o no.

Agrega además la experiencia que le ha enseñado a la humanidad el conocimiento de un hecho convencional, que busca la comprensión y el control de los hechos a compartirse según sugerencias con la experiencia.

IV.2. Infecciones de transmisión sexual

IV.2.1. Historia

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), término preferido por la Organización Mundial de la Salud, o enfermedades de transmisión sexual (ETS), son conocidas desde épocas muy remotas. Se presume inclusive que ya Hipócrates podría haber realizado la descripción de una de ellas a lo largo de su vida, como es el caso de la sífilis.¹⁸

Las más conocidas a lo largo de la historia han sido esta última y la gonorrea, enfermedades que desde la Edad Media hasta hace relativamente poco han generado elevadas tasas de morbilidad y mortalidad. Clásicamente se las ha denominado bajo el término de enfermedades venéreas, apelativo que deriva de la palabra Venus, en referencia a la diosa mitológica del amor, la belleza y la fertilidad.

Antes del advenimiento del remedio moderno, la falta de conciencia por parte de las sociedades antiguas llevó a una dispersión exponencial de estas infecciones. Se dice que la sífilis fue extendida a América y Oceanía por los diversos viajes de exploradores europeos como Cristóbal Colón.¹⁹

En el siglo XVIII y XIX, el mercurio, el arsénico y el azufre eran los fármacos que se usaban para tratar las enfermedades venéreas. El empleo de estas sustancias dio lugar a serios efectos secundarios, con un epílogo trágico en el que muchas personas encontraban la muerte por envenenamiento.

Se sabe que con el surgimiento de los antibióticos y, en las últimas décadas como respuesta ante la aparición del SIDA, con el incremento del uso del preservativo, muchas de estas patologías en especial, la sífilis y la gonorrea han reducido su incidencia. Pero, con el correr del tiempo, esta reducción ha demostrado ser transitoria.²⁰

El auge de las pastillas anticonceptivas y el mayor y mejor tratamiento de la infección por VIH ha ocasionado la relajación de prácticas seguras en materia sexual, con el consecuente incremento de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo nuevos casos de HIV/SIDA, sífilis, gonorrea, clamidia y el herpes genital, entre otras.

Como se observa, estas patologías han sido un producto de la conducta sexual de las personas y seguirán existiendo en tanto no se tomen precauciones a la hora de mantener relaciones sexuales.

IV.2.2. Definición

El término infecciones de transmisión sexual (ITS) se refiere a una variedad de síndromes clínicos e infecciones causadas por patógenos que pueden ser adquiridos y transmitidos a través de la actividad sexual llámese relaciones sexuales vaginales, orales y anales. Pero también pueden resultar infectados por medio no sexuales: Transmisión vertical y/o transfusiones sanguíneas. Estas infecciones son un importante problema de salud pública tanto en entornos ricos en recursos como limitados económicamente.²¹

Las enfermedades de transmisión sexual son frecuentemente asintomáticas y pueden conducir a diversas complicaciones. El objetivo inmediato de la detección de enfermedades de transmisión sexual es identificar y tratar a las personas infectadas antes de que desarrollen complicaciones e identificar, evaluar y tratar a sus parejas sexuales para prevenir la transmisión y las reinfecciones.

IV.2.3. Epidemiología

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su nota descriptiva N° 110 de noviembre 2013 considera que se estima que anualmente unos 500 millones de personas contraen alguna de cuatro curables ITS: Clamidiasis: 105,7 millones de casos, Gonorrea: 106,1 millones de casos, Sífilis: 10,6 millones de casos y Tricomoniasis Vaginal: 276,4 millones de casos.²²

Por regiones de la Organización Mundial de la Salud esas cuatro enfermedades curables se distribuyen como casos nuevos anuales: 92,6 millones en Africa, 125,7 millones en las Américas, 78,5 millones en Sudeste Asiático, 46,8 millones en Europa, 26,4 millones en Mediterráneo Este, 128,2 millones en Pacífico Oeste.

Se estiman que 536 millones de personas están viviendo con el incurable virus Herpes genital tipo 2 y 291 millones de mujeres están infectadas por el virus del papiloma humano VPH. Se calcula casi un millón de casos nuevos de ITS cada día en el mundo.

Por otro lado, la sífilis durante el embarazo provoca 305 000 muertes fetales y neonatales, y la infección de VPH provoca 530 000 casos de cáncer cérvico-uterino y 275,000 defunciones y la gonorrea y la clamidiasis son las causas principales de enfermedad inflamatoria de la pelvis ocasionando más del 85 por ciento de infertilidad en las mujeres. Los datos estadísticos más confiables son proporcionados por Estados Unidos de Norte América a través del *Center for Disease Control and Prevention (CDC)* que informa que cerca de 20 millones de nuevas ITS se presentan anualmente, la mitad de ellas en población joven de 15-24 años, las ITS principales son: Papiloma Virus (VPH) 14 millones, Clamidia 2860000, Tricomoniasis 1090000, Gonorrea 820000, Herpes Virus 2 (HSV-2): 776 000, Sífilis 55 400 todos nuevos casos anuales siendo la incidencia similar en ambos géneros masculino y femenino.²³

Sin embargo como prevalencia predomina largamente el HPV con 79 millones de personas, seguido del HSV-2 con 24 millones de personas. En África un estudio publicado en el 2014 evaluó la prevalencia de ITS referente a clamidia, gonorrea, tricomonas y sífilis en 2,293 mujeres jóvenes de comunidades de Sudáfrica, encontrando que la incidencia es de 20 por cada 100 mujeres por año.

Siendo las mujeres más jóvenes menores de 25 años, solteras quienes tenían más alto riesgo ($p < 0,001$), confirmando la alta prevalencia actual de ITS en zonas donde también existe epidemia de VIH y un estudio mediante regresión lineal respecto a la incidencia y prevalencia de seis ITS: herpes, clamidiasis, gonorrea, sífilis y tricomoniasis, por regiones según la Oficinas de la Organización Mundial de la Salud, encontró considerable diferencias, en el África Subsahariana se encuentra en la categoría de alta ITS comparado con las otras regiones como Asia Este y Pacífico, Norte del África, Oriente Medio, América y Europa

IV.2.4. Factores de riesgo

Existen muchos factores que influyen la transmisión que incluyen el comportamiento sexual que aumenta el riesgo de exposición a las ITS como los grupos de riesgo que tienen una alta prevalencia de ITS. Además debemos mencionar que la edad también es un factor habiendo así grupos etarios más susceptibles como son los adultos jóvenes y adultos mayores debido a anatomía y consistencia de la mucosa vaginal; y el género específicamente la mujer es más vulnerable a contraer alguna enfermedades de transmisión sexual comparado a los hombres.²⁴

Contactos con los grupos de riesgo en los cuales se han identificado por tener una alta prevalencia de infección de transmisión sexual; entre ellos tenemos:

Edad joven (15 a 24 años).

Hombres que tienen sexo con hombres (HSH).

Historial de una infección de transmisión sexual anterior.

Estado civil soltero.

Menor nivel socioeconómico, o educación secundaria o menos.

Admisión a una institución correccional o centro de detención juvenil.

Uso ilícito de drogas

El riesgo de infecciones de transmisión sexual es particularmente alto entre los adolescentes y adultos jóvenes sexualmente activos. Como ejemplo, en los Estados Unidos, la tasa de casos reportados de clamidia entre las mujeres es más alta entre los jóvenes de jóvenes de 15 a 19 años.

En 2013, la incidencia de clamidia en estos grupos de edad fue de 3621 y 3043 casos por 100.000 personas, respectivamente, en comparación con la incidencia total de 623 casos por cada 100.000 personas. Las incidencias de clamidia en hombres y gonorrea en ambos sexos son sustancialmente más bajas, pero siguen el mismo patrón general de edad.

Como ya se hace mención, las trabajadoras sexuales son consideradas dentro de un grupo vulnerable con alta prevalencia de contagio de enfermedades de transmisión sexual.

Entre los factores políticos podemos mencionar las leyes y política punitivas, que incluyen las criminalizaciones en varios aspectos del trabajo sexual que aumenta la discriminación social y que en la mayoría de los casos se realiza de manera informal y a escondidas, sumado a la falta de compromiso de las autoridades sobre la necesidad de información directa y verdadera sobre los riesgos de este grupo vulnerable y su repercusión sobre nuestra sociedad.

La misma discriminación hace difícil el acceso a servicios a los diferentes servicios de salud además existen aspectos propios de la trabajadora sexual como son la educación, y disposición de la misma a acudir a un establecimiento especializado que existen ya en nuestro país.²⁵

Otros factores que también influyen es la capacidad del personal de salud que atiende a esta población para desarrollar una empatía que permita que una asistencia continua a los controles ya establecidos según normativa. Pero cabe destacar que el factor de riesgo más importante viene hacer el conductual; las prácticas y actitudes inadecuadas van a la exponer a un más al contagio de una ITS. Entre los factores de riesgo conductuales incluyen:

Nueva pareja sexual en los últimos 60 días.

Múltiples parejas sexuales o parejas sexuales con múltiples parejas sexuales concurrentes

Contacto sexual (oral, anal, pene o vaginal) con trabajadoras sexuales.

Otro factor importante vendría a ser la Historia sexuales, por ello se debe contar con datos completos y específicos que incluyan:

1. Contactos Cualquier nueva pareja sexual Historial de múltiples parejas sexuales Parejas sexuales con socios concomitantes

2. Prácticas Historial de relaciones sexuales con trauma (como ejemplo, el fisting (introducción parcial o total de la mano en el recto o la vagina de la pareja), en homosexuales se ha relacionado con un mayor riesgo de infección por el virus de la hepatitis C).

Sitios anatómicos de exposición (esto guiará las decisiones sobre que sitios de la mucosa probar diagnósticamente).

3. Protección contra enfermedades de transmisión sexual.

Frecuencia del uso del condón Conocimiento sobre el uso correcto del condón.

4. Historial pasado de enfermedades de transmisión sexual.

Antecedentes de cualquier ITS, incluida la ulceración genital, que puede aumentar el riesgo de adquirir el VIH La historia debe ser directa y sin prejuicios, con asesoramiento adecuado sobre los comportamientos de riesgo, según sea necesario. Existen tres enfoques que pueden ser usados para el diagnóstico y manejo de las enfermedades de transmisión sexual:

a) Etiológico: Basado en el hallazgo del agente causal o la confirmación de su presencia mediante pruebas de laboratorio, la cual es su mayor desventaja puesto que obliga al paciente a retornar a una segunda cita antes de brindar el tratamiento, además de los costos que conllevan dichas pruebas.

b) Clínico: Basado en la experiencia del evaluador y el diagnóstico se basa en el examen físico y la presencia de lesiones.

La principal desventaja es que diversas infecciones causan síntomas similares y mixtos, y el clínico puede dar tratamiento a una de ellas, dejándose sin tratar otras afecciones llegando éstas a estadios avanzados, creando así mayores complicaciones.

c) Sindrómico: Su principal objetivo es la identificación y tratamiento de la afección en la primera consulta. Con un tratamiento para varios patógenos e infecciones concomitantes, y así romper tempranamente la cadena de transmisión de las enfermedades sexuales.

IV.2.5. Clasificación

Tradicionalmente, cinco enfermedades han sido clasificadas como de transmisión sexual: la sífilis, la gonorrea, el chancroide, el linfogranuloma venéreo y el granuloma inguinal. 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.²⁶

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 gonorrea como las infecciones clamidiales causan uretritis (inflamación y secreción de la uretra) en los hombres; cervicitis (inflamación y secreción del cérvix) 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.²⁶

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 cérvix, 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.²⁷

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.²⁸

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 sífilíticos 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.

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.²⁹

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.

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.

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.³⁰

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.

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.

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 cérvix (cervicitis). Éste se produce generalmente en las zonas tropicales y subtropicales.³¹

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.

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.

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.³²

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.

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.

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.³³

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.

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.³⁴

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.

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. 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.

Tricomoniasis

La tricomoniasis es una infección 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.³⁵

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 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.³⁶

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.

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.³⁷

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.

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.

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. 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.³⁸

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.³⁹

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.

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.

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.⁴⁰

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.

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.⁴¹

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.

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 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.

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.⁴²

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.

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.⁴³

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.

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 manifiesta dependiendo de la edad de las personas infectada puede producirse una resolución espontánea o una progresión a la 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 estado terminal.

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.⁴⁴

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 primo 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 está 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.⁴⁵

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.

El organismo responde a la infección por el virus del VIH generando anticuerpos, entre las 2 y 4 semanas, como las Elisa de tercera generación en el 95 por ciento de los casos.⁴⁶

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.

IV.2.6. Medidas preventivas

La mejor forma de prevenir la transmisión es no tener relaciones sexuales con personas infectadas, sin embargo, muchas personas pueden tener la infección y no saberlo porque no presentan síntomas. Entonces: El método más seguro para prevenir las ITS es usar siempre condón en todas las relaciones sexuales y durante todo el coito. -Prevenir el abuso de alcohol y drogas, porque limita el control frente las medidas de prevención del VIH (favorece las relaciones sexuales casuales sin uso del condón).⁴⁷

El uso del preservativo para prevenir embarazos ya es conocido desde el siglo XVI. Con la epidemia del VIH-SIDA el uso del condón ha obtenido otro objetivo: la protección contra infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH.

En los últimos años los fabricantes han logrado fabricar condones muy delgados para incrementar la sensibilidad y confort sin incrementar el riesgo de rotura.

Consejos para el uso del condón

Utilizar un condón no es signo de desconfianza, sino una manera de ser responsable y cuidarse a si misma y a su pareja

Discutir el uso del condón antes de tener relaciones sexuales

Tener a mano el condón

Poner el condón a la pareja puede ser parte de la relación sexual. Así no es una interrupción de la relación sexual

Si no ha utilizado condones antes, hacer la prueba en ponérselo, antes de la relación sexual.

Uso consistente

El uso del condón en cada relación sexual desde el principio de la relación hasta el final.

Pasos para el uso correcto del condón.

Primero: siempre coloque el condón antes de que el pene toque la vagina, la boca o el ano de la pareja. Verifique que el sobre del condón tenga aire y no esté dañado y que la fecha de vencimiento no esté pasada o que la fecha de fabricación esté dentro de los 5 años de su fabricación.

Abre con la mano el sobre

Asegura que tiene el lado correcto del condón arriba

Coloca el condón en el pene erecto, colocando la punta del condón para retener el semen, desenróllalo hasta la base del pene, siempre colocando la punta

Después de la eyaculación, y cuando el pene aún esté erecto, retire el pene, sujetando el condón

Quita el condón del pene y bóvalo a la basura

Utilice un condón nuevo si tiene relaciones sexuales otra vez o si tiene relaciones en otro sitio (vagina, boca o ano)

IV.2.7. Pronóstico

El pronóstico depende del tipo de infección, ya que hay infecciones que se curan con la toma de medicamentos (la mayoría) y otras que se cronifican. El tiempo de evolución también es importante ya que, a mayor tiempo, mayor probabilidad de complicaciones. Por lo general, tienen un buen pronóstico si se cogen a tiempo, pero en caso contrario pueden dar lugar a infertilidad, enfermedad inflamatoria pélvica, complicaciones fetales y perinatales, cáncer anogenital y trastornos psicosexuales.

V. HIPÓTESIS

El conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual de adolescentes que asisten a la UNAP Contreras de la Clínica Urbana Yolanda Guzmán, mayo-junio, 2019, es bajo.

VI. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición	Indicador	Escala
Conocimiento	Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, o a través de la introspección.	Alto Mediano Bajo	Ordinal
Edad	Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta la actualidad	Años cumplidos	Numérica
Sexo	El sexo es un conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos como hombre y mujer	Características genotípicas	Nominal
Infecciones de transmisión sexual	Grupo de infecciones adquiridas a través de las relaciones sexuales	Tricomoniasis Candidiasis Gonorrea Chlamydia VIH/SIDA Papiloma humano Sífilis Chancroide Linfogranuloma venéreo	Nominal
Factor de riesgo	Cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.	Promiscuidad Inicio temprano de actividad sexual No uso de anticonceptivos de barrera	Nominal
Medidas de prevención	Acto anticipado con el fin de evitar un riesgo de contagio	Abstinencia sexual Anticonceptivos Preservativos Vacunas	Nominal
Medios de información	Son diversos tipos de documentos que contienen datos útiles para satisfacer una demanda de información o conocimiento	Radio Televisión Amigo/as Charlas Padres Libros Internet Periódico Revista Orientador o Psicólogo	Nominal

Relaciones familiares	Conjunto de roles y vínculos existente en el seno una familia	Siempre Casi siempre A veces Pocas veces Nunca	Nominal
		Siempre Casi siempre A veces Pocas veces Nunca	Nominal
		Madre Padre Hermano Otros_____	Nominal
		Sí No	Nominal
		Madre Padre Padre y madre Abuelos Tíos Amigos	Nominal

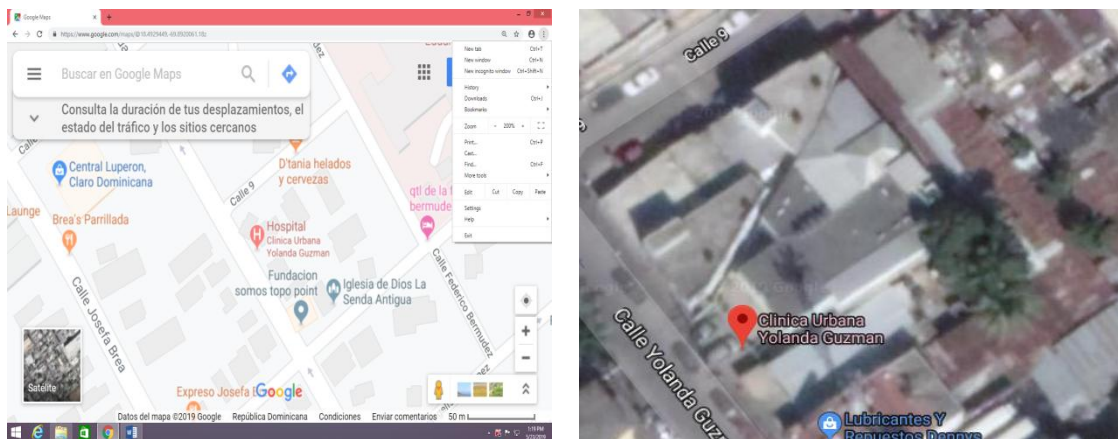
VII. MATERIAL Y MÉTODOS

VII.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal en el objetivo de determinar el conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual de adolescentes que asisten a la UNAP Contreras de la Clínica Urbana Yolanda Guzmán, mayo-junio, 2019. (Ver anexo XIII.1. Cronograma).

VII.2. Área de estudio

El estudio fue realizado en la UNAP Contreras de la Clínica Urbana Yolanda Guzmán, Calle Yolanda Guzmán No. 147, Barrio Mejoramiento social (BAMESO). Delimitada al Norte, por la calle 9, al Sur, por la calle Federico Velázquez, al Este por la calle Federico Bermúdez y al Oeste, por la calle Yolanda Guzmán. (Ver mapa cartográfico y vista aérea).



VII.3. Universo

El universo estuvo representado por 601 pacientes asistidos en la UNAP Contreras de la Clínica Urbana Yolanda Guzmán, mayo-junio, 2019.

VII.4. Muestra

La muestra estuvo representada por 201 adolescentes escogidos a conveniencia de los que asistieron a la Clínica Urbana Yolanda Guzmán, enero-mayo, 2019.

VII.5. Criterios

VII.5.1. De inclusión

1. Ser adolescentes.
2. No discrimina sexo.

VII.5.2. De exclusión

1. Barrera de idioma.
2. Que se negara participar en él estudio.

VII.6. Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de la información se elaboró un cuestionario que contiene 16 preguntas, 1 abierta y 15 cerradas, contiene datos sociodemográficos tales como: edad, sexo, curso, religión y datos sobre infecciones de transmisión sexual. (Ver anexo XIII.2. Instrumento de recolección de datos).

VII.7. Procedimiento

El instrumento de recolección de dato fue llenado a través de una autoencuesta suministrada por la sustentante. Esta fase fue ejecutada en el mes de mayo-junio, 2019. Para determinar el nivel de conocimiento se utilizó la escala de Likert, con preguntas cerradas que permitirá valorar el contenido de las distintas variables que ameritaron descripciones por parte del entrevistado.

Después de completar el cuestionario, cada respuesta se sumará para obtener una puntuación total para un grupo de elementos.

Alto conocimiento (8-10 respuestas correctas).

Mediano conocimiento (6-7 respuestas correctas).

Bajo conocimiento (0-6 respuestas correctas).

VII.8. Tabulación

Los datos obtenidos fueron tabulados a través del programa computarizado EPI-INFO-7-2.

VII.9. Análisis

La información obtenida fue analizada en frecuencia simple.

VII.10. Principios éticos y bioéticos

El presente estudio fue ejecutado con apego a las informativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki⁴⁸ y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas.⁴⁹ Toda la información obtenida mediante esta investigación contará con Confidencialidad de la información, orientación acerca del objetivo del estudio, omisión de los nombres de los participantes y consentimiento informado, será manejada mediante total discreción de los investigadores y no será divulgada a personas externas a este proceso.

VIII. RESULTADOS

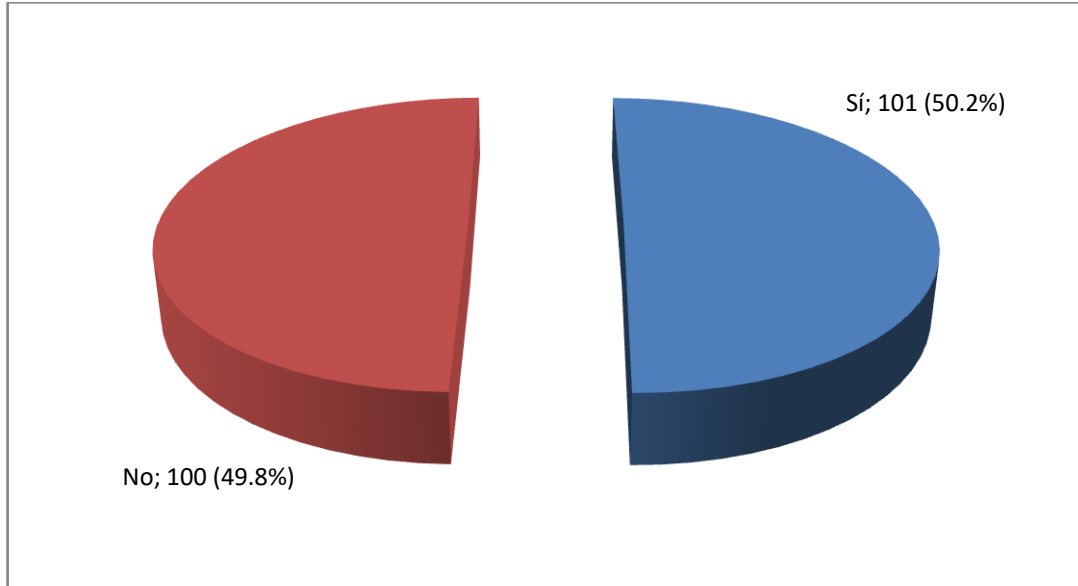
Cuadro 1. De un total de 201 adolescentes, participaron 101 (50.2%), 100 (49.8%) estaban ausentes en la UNAP Contreras de la Clínica Urbana Yolanda Guzmán, mayo-junio, 2019.

Adolescentes encuestados	Frecuencia	%
Sí	101	50.2
No	100	49.8
Total	201	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a los adolescentes.

Se evidenció que el 50.2 por ciento de los adolescentes fueron encuestados durante el período de estudio.

Gráfico 1. De un total de 201 adolescentes, participaron 101 (50.2%), 100 (49.8%) estaban ausentes en la UNAP Contreras de la Clínica Urbana Yolanda Guzmán, mayo-junio, 2019.



Fuente: Cuadro 1

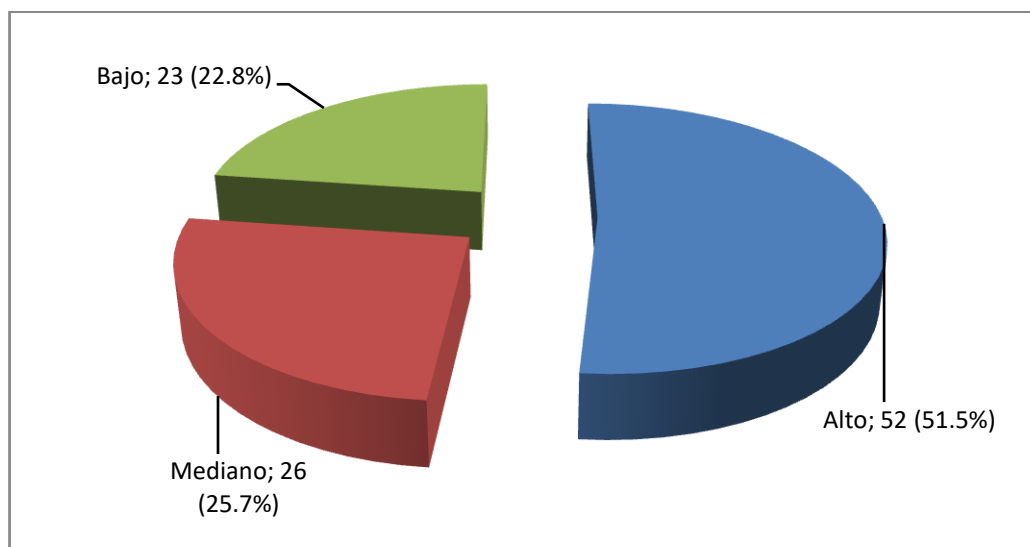
Cuadro 2. Conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual de adolescentes que asisten a la UNAP Contreras de la Clínica Urbana Yolanda Guzmán, mayo-junio, 2019.

Conocimiento	Frecuencia	%
Alto	52	51.5
Mediano	26	25.7
Bajo	23	22.8
Total	101	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a los adolescentes.

Se evidenció que el 51.5 por ciento de los adolescentes tienen alto conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual, un 25.7 mediano conocimiento y el 22.8 por ciento bajo conocimiento.

Gráfico 2. Conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual de adolescentes que asisten a la UNAP Contreras de la Clínica Urbana Yolanda Guzmán, mayo-junio, 2019.



Fuente: Cuadro 2

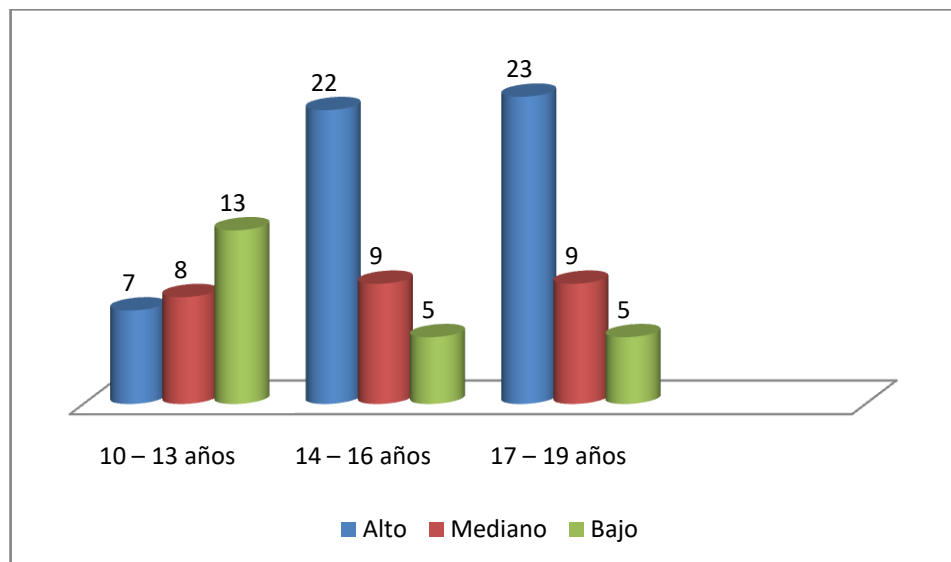
Cuadro 3. Edad y nivel de conocimiento de los adolescentes encuestados que asisten a la UNAP Contreras de la Clínica Urbana Yolanda Guzmán, mayo-junio, 2019

Edad (años)	Nivel de conocimiento						Total	
	Alto		Mediano		Bajo		Fc.	%
	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%		
10 – 13	7	6.9	8	7.9	13	12.8	28	27.7
14 – 16	22	28.8	9	8.9	5	5.0	36	35.6
17 – 19	23	22.8	9	8.9	5	5.0	37	36.6
Total	52	51.5	26	25.7	23	22.8	101	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a los adolescentes.

Se observó que de los 37 adolescentes comprendidos entre 17-19 años, un 22.8 por ciento tienen alto conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual, el 8.9 por ciento, mediano conocimiento y un 5.0 por ciento bajo conocimiento.

Gráfico 3. Edad y nivel de conocimiento de los adolescentes encuestados que asisten a la UNAP Contreras de la Clínica Urbana Yolanda Guzmán, mayo-junio, 2019.



Fuente: Cuadro 3

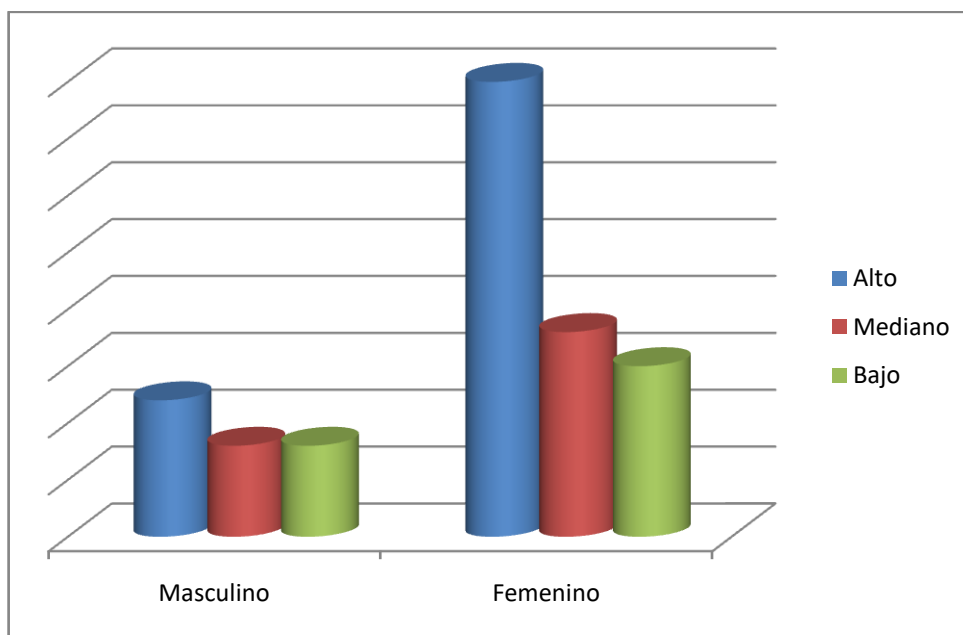
Cuadro 4. Sexo y nivel de conocimiento de los adolescentes encuestados que asisten a la UNAP Contreras de la Clínica Urbana Yolanda Guzmán, mayo-junio, 2019

Sexo	Nivel de conocimiento						Total	
	Alto		Mediano		Bajo			
	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%
Masculino	12	11.9	8	7.9	8	7.9	28	27.7
Femenino	40	39.6	18	17.8	15	14.9	36	35.6
Total	52	51.5	26	25.7	23	22.8	101	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a los adolescentes.

Se evidenció que de los 36 adolescentes correspondientes al sexo femenino, el 39.6 por ciento tienen alto conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual, un 17.8 por ciento, mediano conocimiento y un 14.9 por ciento bajo conocimiento.

Gráfico 4. Sexo y nivel de conocimiento de los adolescentes encuestados que asisten a la UNAP Contreras de la Clínica Urbana Yolanda Guzmán, mayo-junio, 2019



Fuente: Cuadro 4

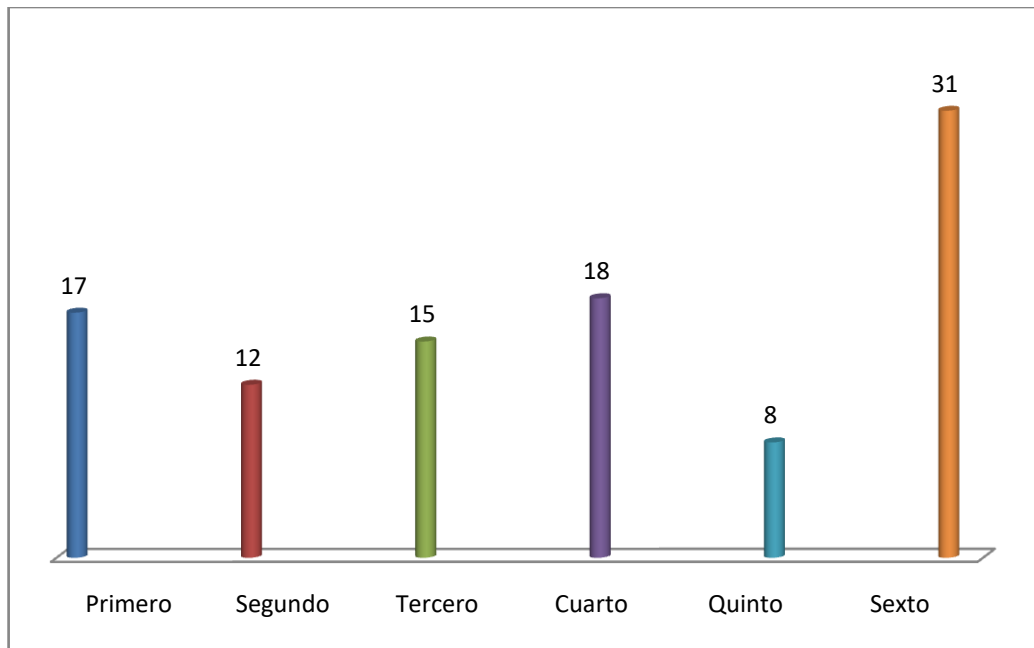
Cuadro 5. Curso en el cual se encuentran los adolescentes que asisten a la UNAP Contreras de la Clínica Urbana Yolanda Guzmán, mayo-junio, 2019

Curso	Frecuencia	%
Primero	17	16.8
Segundo	12	11.9
Tercero	15	14.8
Cuarto	18	17.8
Quinto	8	7.9
Sexto	31	30.7
Total	101	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a los adolescentes.

Se observó que un 30.7 por ciento de los adolescentes se encontraban cursando el sexto grado del bachillerato.

Gráfico 5. Curso en el cual se encuentran los adolescentes que asisten a la UNAP Contreras de la Clínica Urbana Yolanda Guzmán, mayo-junio, 2019



Fuente: Cuadro 5

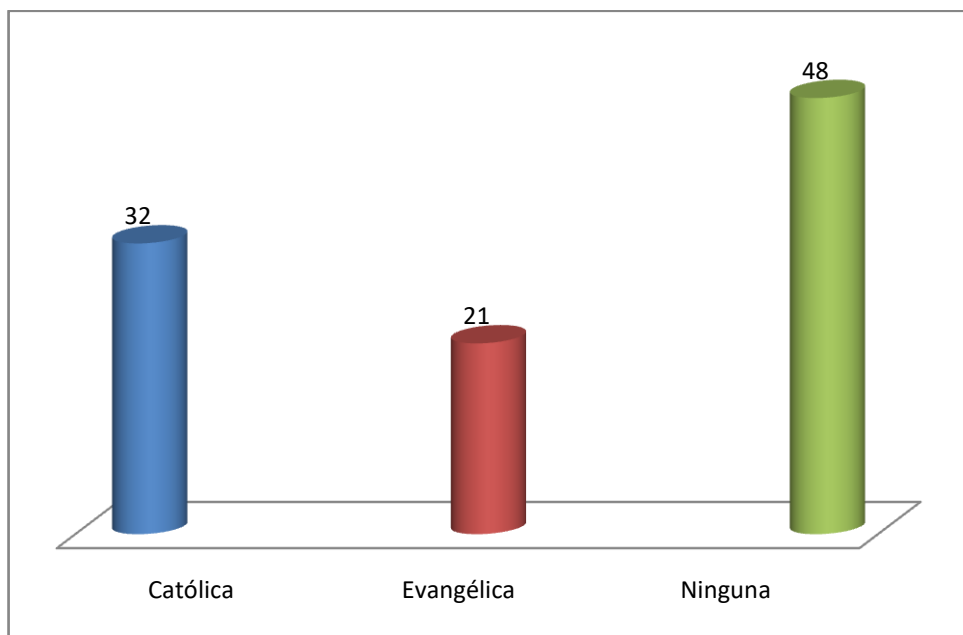
Cuadro 6. Religión de los estudiantes encuestados que asisten a la UNAP Contreras de la Clínica Urbana Yolanda Guzmán, mayo-junio, 2019

Religión	Frecuencia	%
Católica	32	31.7
Evangélica	21	20.8
Ninguna	48	47.5
Total	101	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a los adolescentes.

Se evidenció que un 47.5 por ciento de los adolescentes no profesaban ninguna religión.

Gráfico 6. Religión de los estudiantes encuestados que asisten a la UNAP Contreras de la Clínica Urbana Yolanda Guzmán, mayo-junio, 2019



Fuente: Cuadro 5

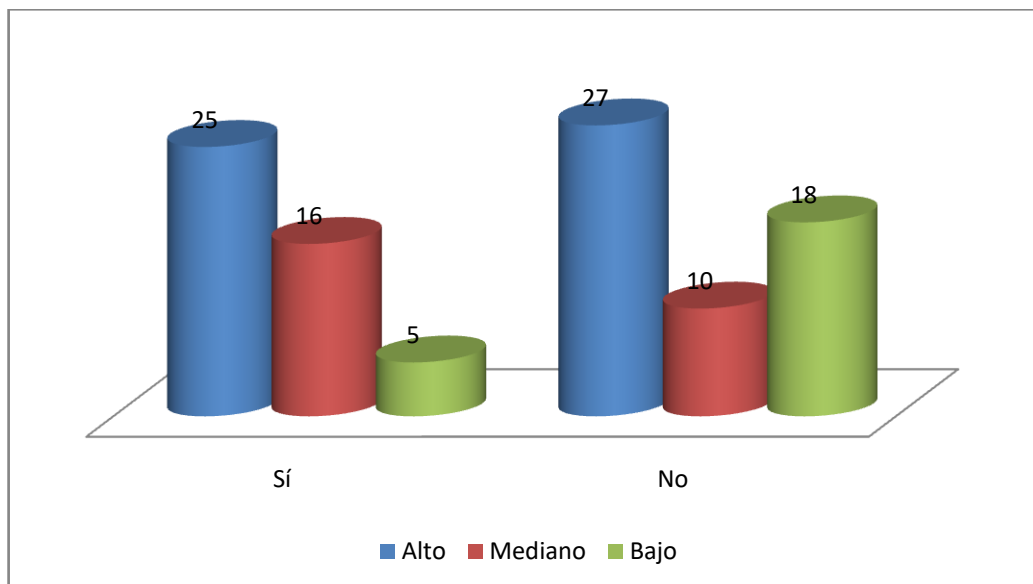
Cuadro 7. Sostenimiento de relaciones sexuales y nivel de conocimiento por los adolescentes que asisten a la UNAP Contreras de la Clínica Urbana Yolanda Guzmán, mayo-junio, 2019

Sostenimiento	Nivel de conocimiento						Total	
	Alto		Mediano		Bajo			
	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%
Sí	25	24.8	16	15.8	5	5.0	46	45.5
No	27	26.7	10	9.9	18	17.8	55	54.5
Total	52	51.5	26	25.7	23	22.8	101	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a los adolescentes.

Se observó que de los 46 adolescentes que han sostenidos relaciones sexuales, un 24.8 por ciento tienen alto conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual, el 15.8 por ciento, mediano conocimiento y un 5.0 por ciento bajo conocimiento.

Gráfico 7. Sostenimiento de relaciones sexuales y nivel de conocimiento por los adolescentes que asisten a la UNAP Contreras de la Clínica Urbana Yolanda Guzmán, mayo-junio, 2019.



Fuente: Cuadro 7

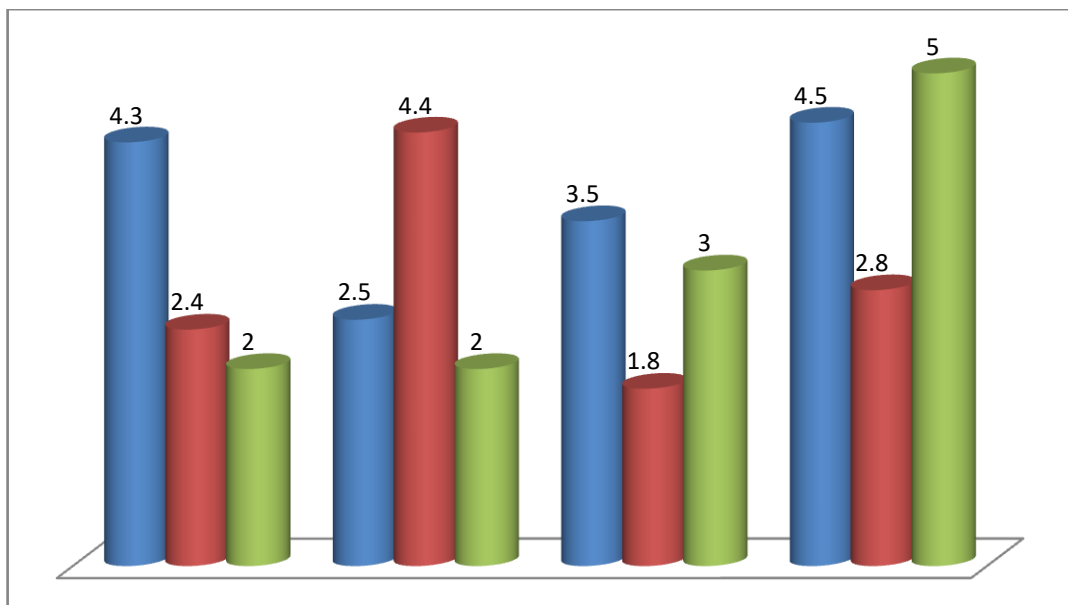
Cuadro 8. Número de parejas sexuales y nivel de conocimiento por los adolescentes que asisten a la UNAP Contreras de la Clínica Urbana Yolanda Guzmán, mayo-junio, 2019

Número de parejas sexuales	Nivel de conocimiento						Total	
	Alto		Mediano		Bajo			
	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%
1	14	30.4	5	10.9	2	4.4	21	45.6
2	2	4.3	8	17.4	2	4.4	12	26.1
3	5	10.9	1	2.2	0	0.0	6	13.0
≥ 4	4	8.7	2	4.3	1	2.1	7	15.2
Total	25	54.3	16	34.8	5	10.9	46	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a los adolescentes.

Se observó que de los 21 adolescentes que han sostenidos relaciones sexuales con menos de 1 parejas, el 30.4 por ciento tienen alto conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual, un 10.9 por ciento, mediano conocimiento y un 4.4 por ciento bajo conocimiento.

Gráfico 8. Número de parejas sexuales y nivel de conocimiento por los adolescentes que asisten a la UNAP Contreras de la Clínica Urbana Yolanda Guzmán, mayo-junio, 2019



Fuente: Cuadro 8

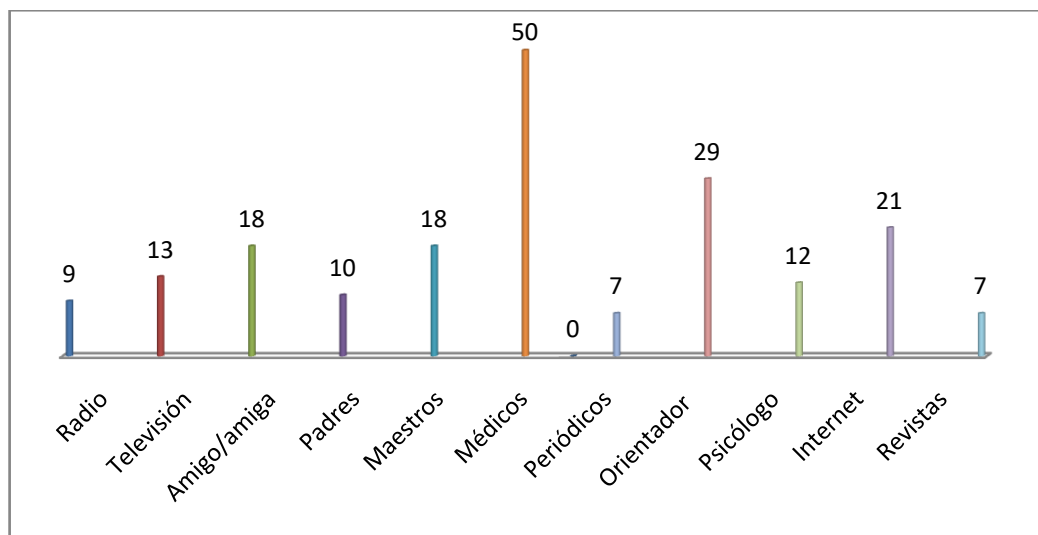
Cuadro 9. Medio de comunicación por los cuales conocieron las infecciones de transmisión sexual los adolescentes que asisten a la UNAP Contreras de la Clínica Urbana Yolanda Guzmán, mayo-junio, 2019

Medio de comunicación	Frecuencia	% (n=101)
Radio	9	8.9
Televisión	13	12.9
Amigo/amiga	18	17.8
Padres	10	9.9
Maestros	18	17.8
Médicos	50	49.5
Periódicos	7	6.9
Orientador	29	28.7
Psicólogo	12	11.9
Internet	21	20.8
Revistas	7	6.9

Fuente: Cuestionario aplicado a los adolescentes.

Se encontró que el 49.5 por ciento de los adolescentes conocieron las infecciones de transmisión sexual por medio del personal médico.

Gráfico 9. Medio de comunicación por los cuales conocieron las infecciones de transmisión sexual los adolescentes que asisten a la UNAP Contreras de la Clínica Urbana Yolanda Guzmán, mayo-junio, 2019



Fuente: Cuadro 9

IX. DISCUSIÓN

Los jóvenes son el grupo más vulnerable de contagio de alguna infección de transmisión sexual, en la adolescencia se forman las actitudes hacia la sexualidad, optando por nuevos patrones de conductas, que influyen significativamente en la forma de vida de este grupo vulnerable, que pueden durar toda la vida, es ahí donde depende mucho la educación sexual brindada a los adolescentes.

Tal situación se refleja en los resultados obtenidos en la presente investigación, realizada a los adolescentes que asisten a la UNAP Contreras de la Clínica Urbana Yolanda Guzmán, mayo-junio, 2019, donde se observa que el 48.5 por ciento de los adolescentes en estudio no conocen sobre infecciones de transmisión sexual en forma global y el 51.5 por ciento sí conoce. Pérez, en su estudio sobre el conocimiento, la actitud y la práctica que tienen las adolescentes que asisten a la consulta externa del Hospital Regional Juan Pablo Pina, San Cristóbal durante mayo-julio del 2015, reportó que el 54.4 por ciento tenían bajo conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual. Rodríguez C, Feliz S, Ramírez M, en su investigación acerca del nivel conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual y sus medidas preventivas en los estudiantes del Liceo Nocturno Fray Ramón Pane durante el periodo marzo-mayo 2018, encontraron que el 63.3 por ciento tiene nivel alto de conocimiento. Esto probablemente se deba a que los docentes no interactúan con los adolescentes con respecto a temas de sexualidad y temas sobre infecciones de transmisión sexual.

En una investigación llevada a cabo por Cortez, *et al*, en el municipio de La Habana en el 2014, sus autores refirieron que los estudiantes encuestados obtuvieron un nivel aceptable de conocimientos sobre las ITS/VIH con mejores resultados en el sexo femenino. Sin embargo, solo permitió corroborar que las muchachas presentan mayor nivel de conocimientos sobre las ITS/VIH en comparación con los varones, lo cual es señalado por Zelada, *et al*, en su estudio sobre la conducta y la percepción en un grupo de adolescentes de

Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Enrique Cabrera", La Habana, Cuba en el 2011. Además en el presente estudio, se observó que el nivel de conocimientos aumenta con la edad, lo cual ha sido reportado por otros investigadores. En este estudio las adolescentes tienen conocimiento más alto que los varones, con un 39.6 por ciento frente a un 11.9 por ciento.

Al relacionar el sostenimiento de relaciones sexuales y los niveles de conocimiento, se evidenció que los que no la habían sostenido presentaron más bajos niveles de conocimiento. Este hallazgo es coincidente con Álvarez, *et al*, en su estudio sobre conducta sexual y nivel de conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes en el 2015; Mendoza, en su estudio acerca de la asociación entre el grado de conocimiento de ITS y el uso de preservativo en alumnos de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma, en el 2017 y por Ordoñez, en el su estudio acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas de prevención de ITS/VIH SIDA en el 2018, quienes señalan que aquellos adolescentes que han tenidos relaciones sexuales presentan mayor grado de conocimiento respecto aquellos que no las han sostenidos.

Los resultados demuestran que la edad promedio de la primera relación sexual de los adolescentes fue en la adolescencia media, con un 51.3 por ciento, es decir, entre los 14-16 años, un estudio realizado en 2011 adolescentes venezolanos con el fin de determinar la edad del primer contacto sexual fue entre los 14 y 15 años. En Cuba un estudio encontró que la edad del primer contacto sexual en las adolescentes fue entre los 12 y 14 años y una segunda investigación en adolescentes fue entre los 13 y 14 años, Navarro en los adolescentes de la urbanización las palmeras distrito morales, periodo julio-septiembre 2012, encontró que el 54.7 por ciento inició sus actividades sexuales entre las edades de 12-15 años. Asimismo, con respecto a las prácticas sexuales se observó un comportamiento propio de la cultura latinoamericana.

X. CONCLUSIONES

1. El 50.2 por ciento de los adolescentes fueron encuestados durante el período de estudio.
2. El 51.5 por ciento de los adolescentes tienen alto conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual.
3. Un 36.6 por ciento de los adolescentes estaban comprendidos entre 17-19 años de edad.
4. De los 37 adolescentes comprendidos entre 17-19 años, un 22.8 por ciento tienen alto conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual, el 8.9 por ciento, mediano conocimiento y un 5.0 por ciento bajo conocimiento.
5. El 72.3 por ciento de los adolescentes correspondieron al sexo femenino.
6. De los 36 adolescentes correspondientes al sexo femenino, el 39.6 por ciento tienen alto conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual.
7. Un 30.7 por ciento de los adolescentes se encontraban cursando el sexto grado del bachillerato.
8. Un 47.5 por ciento de los adolescentes no profesaban ninguna religión.
9. El 45.5 por ciento de los adolescentes señalaron haber tenido relaciones sexuales.
10. De los 46 adolescentes que han sostenidos relaciones sexuales, un 24.8 por ciento tienen alto conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual, el 15.8 por ciento, mediano conocimiento y un 5.0 por ciento bajo conocimiento.
11. De los 46 adolescentes que han sostenidos relaciones sexuales, el 28.2 por ciento la han sostenidos con más de 3 parejas.
12. De los 21 adolescentes que han sostenidos relaciones sexuales con menos de 1 parejas, el 30.4 por ciento tienen alto conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual.
13. El 49.5 por ciento de los adolescentes conocieron las infecciones de transmisión sexual por medio del personal médico.

XI. RECOMENDACIONES

1. Solicitar apoyo interinstitucional y a nivel de componentes formados por la alcaldía (comité de la familia) a nivel de barrios y comunidades para el buen desarrollo de proyectos que se relacionan con los aspectos de adolescentes como lo son los clubes.
2. En el Programas de Educación Sexual se deben incluir fases para el desarrollo de habilidades que fortalezcan su autocuidado, generando conocimientos correctos que se manifiesten en la práctica cotidiana y disminuyan sus factores de riesgo frente a un embarazo no deseado o frente a infecciones de transmisión sexual.
3. Solicitar asesoría general sobre métodos de planificación familiar y salud en los adolescentes al Ministerio de Salud con constante frecuencia para no perder la continuidad pedagógica en la formación de individuos.
4. Realizar breves talleres a padres de familia para sensibilizarlos en la importancia del tema sexual y reproductivo en los adolescentes, además, en el manejo en el comportamiento que atraviesan los jóvenes en esta etapa, lo cual produce en muchas ocasiones fragmentación de lazos de confianza fomentando de esta forma que los jóvenes busquen ayuda o apoyo en sus semejantes.

XII. REFERENCIAS

1. Álvarez J, Müller A, Vergara V. Conducta sexual y nivel de conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes. CIMEL 2015; 20(2):44-50.
2. Mendoza C. "Asociación entre el grado de conocimiento de ITS y el uso de preservativo en alumnos de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma, 2016.". Lima, Perú, 2017:12-17.
3. Ordoñez S. "Conocimientos, actitudes y prácticas de prevención de ITS/VIH SIDA, en estudiantes de la Unidad Educativa Saraguro sección matutina". Loja, Ecuador 2018:8-14.
4. Pérez H. Conocimiento, la actitud y la práctica que tienen las adolescentes que asisten a la consulta externa del Hospital Regional Juan Pablo Pina, San Cristóbal durante mayo-julio del 2015. Santo Domingo, 2016:12-16.
5. Rodríguez C, Feliz S, Ramírez M. Nivel conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual y sus medidas preventivas en los estudiantes del Liceo Nocturno Fray Ramón Pane durante el periodo marzo-mayo 2018. Santo Domingo, 2018:23-25.
6. Flores D, Ríos R, Vargas M., Conocimiento sobre VIH/SIDA y comportamiento sexual en adolescentes de la Comunidad San Francisco, Rio Itaya-Distrito de Belén 2015. Ecuador, 2016:17-20.
7. More K., Conocimientos sobre ITS-VIH/SIDA en adolescentes de cuarto y quinto año de secundaria de la Institución Educativa Nuestra Señora del Pilar-Piura, Mayo 2018. Perú, 2018:34-36.
8. Rimarachín M. Nivel de conocimiento de VIH/SIDA y uso de métodos anticonceptivos en alumnos(as) del Colegio Nacional Almirante Miguel Grau N°01 Chota, 2014. Perú, 2016:15-18.
9. Sulca S. Nivel de conocimiento sobre las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y las actitudes frente a las conductas sexuales de riesgo en gestantes adolescentes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, lima, Perú, entre enero-mayo 2014. 24-27.

10. Ordoñez S. "Conocimientos, actitudes y prácticas de prevención de ITS/VIH SIDA, en estudiantes de la Unidad Educativa Saraguro sección matutina". Loja, Ecuador 2018:8-14.
11. Morris D. Enfermedades de Transmisión Sexual. 8ta Ed, México, McGraw-Hil interamericana. 2015:1019-1027.
12. Ferrari M, Kolostian S. En Importancia da familia. En: Familia Brasileira. Sau Paulo, Cortez. 2015:11-15.
13. Belmente-Serrano J. Gran enciclopedia hispánica. El conocimiento. Madrid. Editora Grijalbo, 2015:402-404.
14. Ponce G. Teoría del conocimiento/epistemología. Disponible en:
 1. <http://www.monografias.com/trabajos/epistemologia2/epistemologia2.shtml>
15. Béla L. Diccionario enciclopédico de la psique. Buenos Aires, Editorial Claridad, S.A., 2016:147-149.
16. Palacios M. Relación entre el nivel de conocimientos y actitudes sobre las infecciones de transmisión sexual en trabajadoras sexuales atendidas en el centro de salud Raúl Patrucco, setiembre – diciembre 2017. Lima, Perú, 2018:8-12.
17. *Handsfield H.* Enfermedades de Transmisión Sexual. 15ª. ed., México, D.F, Mcgraw-HILL Interamericana, 2016;25-28.
18. Brauwuald E. Harrison: Principios de medicina interna. 19va ed., México, D.F., Interamericana Mcgraw-Hill, 2015:1223-1237.
19. Oficina internacional del trabajo. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el VIH y el sida en población trabajadora del sector portuario en honduras. Costa rica. 2012:1-6.
20. Mancco K. Comparación de los conocimientos y prácticas sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual entre trabajadoras sexuales y hombres que tienen sexo con hombres, CERITS- Centro Materno Infantil San José, Enero-Marzo 2015". (Tesis para optar el grado de licenciado en Obstetricia). Lima. 2015:13-17.

21. Orcasita L, López M, Reina C. Conocimientos sobre riesgos frente a infecciones de transmisión sexual (ITS) en estudiantes universitarios de la ciudad de Cali. *Informes Psicológicos*, 2014;14(1):2145-3535
22. Gayet C. Infecciones de transmisión sexual en México: una mirada desde la historia y el género, México: Secretaría de Salud, 2015:3-8.
2. 29. Salomón M, Martínez N, Delgado D. prevalencia de trichomonas vaginalis en trabajadores sexuales. *Medicina (Buenos Aires)* 2015;71:429-431.
23. Copana R, Rafael Y. Inicio de relaciones sexuales y tricomoniasis vaginal. *Ciencia y Medicina*, 2014;5:39-44.
24. Murillo S. Incidencia de la candidiasis vaginal en mujeres gestantes, de 20 a 35 años de edad, registrar el grupo de edad predominante de gestantes con candidiasis, así como establecer los síntomas más frecuentes. La metodología utilizada se basa en el método científico, y se desarrolló en el Hospital Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo, Manabí, Ecuador. Tesis de grado, 2013:6-10.
25. Faro S, Saper D. Enfermedades infecciosas en la mujer. Cap 36, 2017:423-428.
26. Díez M, Díaz A. Infecciones de transmisión sexual: Epidemiología y control. *Rev Esp Sanid Penit*, 2011;13(2):1-7.
27. Folch C, Casabona J, Sanclemente C. Tendencias de la prevalencia del VIH y de las conductas de riesgo asociadas en mujeres trabajadoras del sexo en Cataluña. *Gaceta Sanitaria*. 2014;28(3):196–202
28. José L. Arredondo. Temas actuales en infectología, Inter sistema S.A. de C.V. cap. 10, 2016:127-130.
29. Vélez-Hernan W, Borrero J, Restrepo J. Fundamentos de medicina enfermedades infecciosas, Ed. Corporación para la investigación biológica, Colombia, 2016:11-15.
30. Conde-González C. Enfermedades de transmisión sexual. PAC Infecto-1 (monografía) México, D.F. Intersistemas, 2016:34-45.

3. 24. Llop-Valdés E, Zuazo D. Microbiología y parasitología médica. Editorial Ciencias Médicas. Tomo 1, La Habana 2015;399-427
31. Klausner J. Diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual. México, Mcgraw-Hill, 2017:84-92.
32. MINSA. Plan multisectorial de prevención y control de las ITS/VIH Y SIDA 2015-2019. Lima. Perú, 2015:5-9.
33. Arias M, Pineda S. conocimientos que tienen los estudiantes de una universidad pública de Manizales, Colombia sobre el Papillomavirus Humano. Rev Hacia la Prom Salud, 2016;16(1):110 – 123.
34. Ochoa Soto R, y otros. Manual para médicos de familias sobre ITS y VIH/SIDA, La Habana: MINISAP, 2016:50-57.
- 35.** Arraes L, Sampaio A. Prevalencia de Hepatitis B en embarazada y perfil serológico perinatal. RBGO, 2014;25(8);571-576.
36. Cruz D, Beltré S, Encarnación M. Prevalencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana en embarazadas asistidas en el Hospital de Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia durante el período marzo 2013-marzo, 2014. Tesis de grado, UASD, 2014:12-16.
37. Ortiz de Lejarazu R. Diagnóstico Microbiológico de la infección por VIH. En: Picazo JJ (ed). Procedimientos en Microbiología Clínica. Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, Madrid, 2016:67-77
38. Vázquez, F; Luis-Otero, L; Ordaz, J. Actualización en infecciones de transmisión sexual: epidemiología, diagnóstico y tratamiento. Enf Infecc Microbiol Clin. 2016; 22:392-411
39. Rivera R. La implementación del proceso de normas en familias monoparentales con jefatura femenina e hijos adolescentes pertenecientes a la junta vecinal progreso, comuna de alto hospicio, Iquique, Chile, Pág. 2011:37-38.
40. Robles A. Dinámica familiar en madres solteras con hijas adolescentes. Guatemala de la Asunción. 2014:1-4.

41. Rodríguez J. Estructura familiar en familias mexicano-americanas. *Revista de la Fundación para el estudio de la atención de la familia*, 2011;50(1):77-87.
42. Franco J. Conocimientos y actitudes sexuales en los adolescentes del distrito de Querecotillo, sector II, Sullana. In *Crescendo. Ciencias de la Salud*. Repositorio digital. Perú. 2015:16-20.
43. Álvarez J, Muller A, Vergara V. conducta sexual y nivel de conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes. *Revista CIMEL*. Paraguay. 2015:34-36.
44. Vásquez E. conocimientos y prácticas sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual en los estudiantes de la unidad educativa general Córdoba. *Revista Scielo*. Argentina. 2014:23-25.
45. Cortés A, García R, Intervención en el conocimiento, creencias y percepción de riesgo sobre infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA. *Revista Medicentro Electrónica*. Cuba. 2014:10-13.
46. Cueto S, Saldariaga V, Muñoz I. Conductas de riesgo entre adolescentes peruanos: un enfoque longitudinal. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. Perú. 2015:9-12.
47. Universidad Peruana Cayetano Heredia en el marco del Programa Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA, denominado "Conocimientos sobre educación sexual en madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza". Repositorio digital Cybertesis. Perú. 2014
48. Manzin JL. Declaración del Helsinki: Principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta Bioethica*, 2015; VI(2);321.
49. International Prepared by the Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organization (WHO). Génova, 2017.

XIII. ANEXOS

XIII.1. Cronograma

Actividades	2019						
	Febrero	Marzo	abril	mayo	junio	Julio	Agosto
	Semana	Semana	Semana	Semana	Semana	Semana	Semana
	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
Delimitación del objeto de estudio	XX						
Diseño de anteproyecto		XX					
Entrega de anteproyecto		XX	XX				
Recolección de la información				XXXX	XXX		
Procesamiento y análisis de la información					XX		
Transcripción y encuadernación						XX	
Entrega de tesis							XX

XIII.2. Instrumento de recolección de datos

CONOCIMIENTO QUE TIENEN SOBRE LA INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL LOS ADOLESCENTES QUE ASISTEN A LA UNAP CONTRERAS DE LA CLÍNICA URBANA YOLANDA GUZMÁN, MAYO - JUNIO, 2019

I. INSTRUCCIONES A continuación usted dispondrá de una serie de preguntas con sus respectivas alternativas. Elija para cada una de ellas una sola respuesta y marque con un (X) la respuesta que cree conveniente.

Datos generales

- 1.-Edad: _____ Años
 2. Sexo: masculino _____ femenino _____
 3. Año de estudio: 1ero: _____ 2do: _____ 3ro: _____ 4to: _____ Quinto _____ Sexto _____
 4. Religión _____
- ¿Ha tenido usted relaciones sexuales?
.Si _____ No _____
- Cantidad de parejas sexuales _____
- Si su respuesta es No, pase a la pregunta número 7
5. Si su respuesta anterior es Si. ¿A qué edad inicio su vida sexual _____ años

CONOCIMIENTO SOBRE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

6. ¿Qué son las infecciones de transmisión sexual, ITS?
Son infecciones que se presentan cuando el sistema inmunitario está debilitado ()
Son aquellas que se transmiten principalmente de persona ()
Infecciones que se transmiten a través del contacto sexual, consumo ()
Son un grupo de infecciones que se adquieren o transmiten, principalmente, por el contacto sexual entre las personas. Para que se dé el contagio, una de las personas involucradas en la relación debe tener la infección. ()

7.- Marque con una X las enfermedades que considera de transmisión sexual:

- () Moniliasis
- () Sífilis
- () Trichomoniasis
- () Pediculosis púbica (ladilla)
- () Clamydias
- () Hepatitis B
- () Gonorrea
- () VIH/SIDA
- () Herpes simple
- () Chancro blando
- () VHP (Virus del Papiloma Humano)

8. ¿Pueden las infecciones de transmisión sexual causar esterilidad o incapacidad para tener hijos?

- a). Si () b). No ()

9. ¿Algunas de las infecciones de transmisión sexual pueden presentar llagas, verrugas, úlceras, ronchas o ampollas cerca de los órganos sexuales o en la boca?

a). Si () b).No ()

10. ¿Pueden algunas de las infecciones de transmisión sexual presentar salida de líquidos con mal olor por el pene o la vagina

a) Si () b) No ()

11. ¿El SIDA tiene cura?

Si () b. No ()

MODO DE TRANSMISIÓN DE LA ITS

12. Cómo se contagian las infecciones de transmisión sexual?

a. Beso ()

b. Relaciones sexuales sin condón ()

c. Compartir jeringas ()

d. madre a su bebe ()

e. Tatuajes, piercing ()

f. Lactancia materna ()

g. Transfusión de sangre sin analizar ()

h. Sexo oral ()

CONOCIMIENTO SOBRE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

13. De los siguientes planteamientos, ¿Cuáles son medidas para la prevención de las infecciones de transmisión sexual

a. Uso del condón de manera correcta ()

b. Fidelidad ()

c. Tener solo una pareja sexual ()

d. Abstinencia sexual, es decir abstenerse de tener sexo ()

e. Vacunarse contra (VPH) y la hepatitis B. ()

f. evitar contactos sexuales con anónimos y casuales ()

g. Comunicación con su pareja acerca de practicar sexo seguro y ser fieles ()

14. ¿Cómo te protegerías de contraer una infección de transmisión sexual?

a. No tener sexo ()

b. Uso del condón ()

c. Realizándose chequeo médico periódico ()

d. Relaciones sexuales con una pareja estable ()

e. Sexo sin penetración ()

15. ¿El uso de anticonceptivos puede prevenir las infecciones de transmisión sexual?

Si () b) No ()

16. Medios por los cuales el estudiante ha recibido información y educación sobre la ITS

¿Has recibido alguna vez información sobre las infecciones de transmisión sexual?

a). Si ()

b). No ()

Si su respuesta es afirmativa. ¿Por cuales medios o personas, ha recibió esta información?

- Radio ()
- TV ()
- Amigo/amiga ()
- Padres ()
- Maestros ()
- Médicos ()
- Periódicos ()
- Orientador ()
- Psicólogo ()
- Internet ()
- Revistas ()

XIII.3. Consentimiento informado

Manifiesto que he sido informado para que mi hijo participe de forma voluntaria y anónima en el trabajo de investigación que tiene como objetivo, Conocimiento que tienen sobre la infecciones de transmisión sexual los adolescentes que asisten a la UNAP Contreras de la Clínica Urbana Yolanda Guzmán, mayo-junio, 2019. Ya que mi participación es voluntaria, puedo interrumpir el llenado del cuestionario cuando desee, sin presentar ningún riesgo e incomodidad. Se deja también en claro que no recibiré ningún tipo de beneficio económico. Me garantizan la plena confiabilidad de los datos obtenidos y que sólo serán usados por la investigadora para cumplir los objetivos del presente trabajo de investigación. (Si está de acuerdo con lo antes informado sírvase firmar para dar fe de su asentimiento de participación).

XIII.4. Costos y recursos

XIII.4.1. Humanos			
Una sustentante			
Dos asesores			
Un estadígrafo			
XIII.4.2. Equipos y materiales	Cantidad	Precio D\$	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	unidades ¹	1500.00	5000.00
Impresora	unidad	150.00	150.00
Proyector			
Cartucho HP			
Calculadoras			
XIII.4.3 Información			
Adquisición de libros			
Revistas			
Otros documentos			
Referencias bibliográficas (ver listado de referencias)			
XIII.4.4. Económicos			
Papelería (copias)	1200 copias	2.00	2400.00
Encuadernación	8 informes	200.00	2000.00
Transporte	20 pasajes x	15.00 c/u	1200.00
Imprevistos (10% del total)	4	5000.00	2000.00
Pago de tesis	1 médico	60.00 c/u	15000.00
Tarjetas de llamada	15		900.00
Pago de anteproyecto			6,000.00
Total			RD\$35670.00

XIII.5. Evaluación

Sustentante

Dra. Belkis Morel de George

Asesores

Dra. Venecia Contreras
(Clínica)

Rubén Darío Pimentel
(Metodológico)

Jurado

Autoridades:

Dra. Gladys Soto
Coordinadora Residencia

Ysabel Díaz
Jefa de Medicina Familiar y Comunitaria

Dra. Glendis Ozuna Feliciano
Jefa de Enseñanza

Dra. Claridania Rodríguez
Coordinadora de posgrado Facultada
de Ciencias de las Salud

Dr. William Duke
Decano Facultad de Ciencias de la Salud

Fecha presentación _____

Calificación: _____