

WWW.ASTROREYPERU.COM

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS
FACTORES DE RIESGO Y VIAS DE
TRANSMISION DE LA SIFILIS Y LA GONORREA
EN LOS ESTUDIANTES DE LOS COLEGIOS
ADOLFO VALAREZO Y LA SALLE DE LA CIUDAD
DE LOJA”**

Tesis de grado previa a la
obtención del Título de
Médica General

AUTORA

Leyda Narcisca Merchán Castro

DIRECTOR

Dr. Byron Garcés L.

LOJA ECUADOR

2013





Certificación

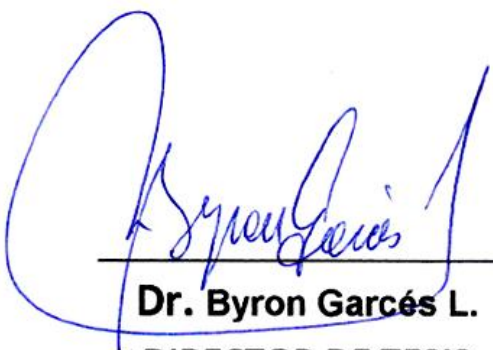
Dr. Byron Garcés L.

**DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

CERTIFICA.-

Que he revisado y orientado todo el proceso de la elaboración de la tesis de grado titulada **“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO Y VIAS DE TRANSMISIÓN DE LA SIFILIS Y LA GONORREA EN LOS ESTUDIANTES DE LOS COLEGIOS ADOLFO VALAREZO Y LA SALLE DE LA CIUDAD DE LOJA”** de autoría del estudiante Leyda Narcisca Merchán Castro previa la obtención del título de Médico General, una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja para el efecto, autorizo la presentación del mismo para la respectiva sustentación y defensa.

Atentamente.



Dr. Byron Garcés L.
DIRECTOR DE TESIS



AUTORIA

Yo, Leyda Narcisa Merchán Castro, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional Biblioteca Virtual.

Firma:

A handwritten signature in blue ink, reading "Leyda Narcisa Merchán Castro", written over a dotted line.

Cédula: 1104882335

Fecha: 04 de Noviembre del 2013

Leyda Narcisa Merchán Castro



CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Leyda Narcisa Merchán Castro declaro ser autora de la tesis titulada “**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE FACTORES DE RIESGO Y VÍAS DE TRANSMISIÓN DE LA SÍFILIS Y GONORREA EN LOS ESTUDIANTES DE SEGUNDO Y TERCERO DE BACHILLERATO DE LOS COLEGIOS ADOLFO VALAREZO Y LAS SALLE DE LA CIUDAD DE LOJA**”, como requisito para optar al grado de Médico General; autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDL, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los 4 días del mes de Noviembre del dos mil trece. Firma el autor.

Firma:

Autor: Leyda Narcisa Merchán Castro

Cédula: 1104882335

Dirección: La Banda.

Correo Electrónico: leydamerchan2@hotmail.com

Teléfono: 2542095

Celular: 0980892959

Datos Complementarios:

Director de tesis: Dr. Byron Garcés L.

Tribunal de Grado: Dr. Marco Ruiz.

Dr. Leonardo Cartuche.

Dra. Luz Quezada.



DEDICATORIA

A Dios

Por que sin el nada es posible, por estar a mi lado en cada paso que doy, por iluminar mi mente, por lo que tengo y lo que recibo es regalo que él me ha dado

A mis padres

Narcisa y Eduardo, por su apoyo infinito y su amor incondicional, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante, ya que gracias a ellos soy quien soy hoy en día, por su amor; les doy gracias por su esfuerzo y sacrificio, por enseñarme el amor al estudio, por ofrecerme siempre un mañana mejor, por creer siempre en mi.

A mis hermanas

Yuliana y María José, gracias por su paciencia y apoyo, por formar parte de esta meta.

A mis compañeros de clase

Gracias por compartir sus conocimientos y experiencias conmigo a lo largo de estos años de estudio, gracias por los momentos compartidos.

Leyda Narcisa Merchán Castro



AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, y en especial al Dr. Byron Garcés L., quien supo guiar el presente trabajo de investigación. De igual forma mi gratitud a las autoridades y estudiantes de los colegios Adolfo Valarezo y La Salle, que ofrecieron su colaboración en la información requerida para este estudio.

LA AUTORA



I. TITULO

"NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO Y VIAS DE TRANSMISIÓN DE LA SIFILIS Y GONORREA EN LOS ESTUDIANTES DE SEGUNDO Y TERCERO DE BACHILLERATO DE LOS COLEGIOS LA SALLE Y ADOLFO VALAREZO DE LA CIUDAD DE LOJA"



II. RESUMEN

Las infecciones de transmisión sexual constituyen un problema de salud pública, por las secuelas que producen y que solo se observa en ellas, como ejemplo la sífilis que produce graves complicaciones tardías que incluyen la neurosífilis, sífilis cardiovascular y la gonorrea que pueden producir enfermedad pélvica inflamatoria y aumentar el riesgo de embarazo ectópico.

Con la realización de este trabajo se pretende abordar los conocimientos de los estudiantes acerca de las vías de transmisión y factores de riesgo de sífilis y gonorrea ya que se constituyen en un problema a nivel mundial.

El tipo de investigación es de carácter prospectivo, descriptivo, transversal, que se lo realizó en los colegios “Adolfo Valarezo” y “La Salle” de la ciudad de Loja, el universo del presente estudio esta constituido por 300 estudiantes de segundo y tercero de bachillerato, la muestra fue de 194 alumnos; la recolección de datos se llevó a cabo a través de la encuesta, la misma que permitió determinar el nivel de conocimiento sobre esta temática para la identificación de los riesgo a los que están expuestos los adolescentes.

Luego de realizar el análisis e interpretación de los datos,concluimos que sí tienen conocimiento sobre los factores de riesgo y vías de transmisión de sífilis y gonorrea los estudiantes objeto de la presente investigación de acuerdo a la edad y sexo así: el 53% que corresponden al colegio Adolfo Valarezo y 57% corresponden al colegio la Salle, aunque existe un porcentaje de la población que no conocen el tema. La información obtenida por los estudiantes en relación al tema fue proporcionada mediante conferencias organizadas por los directivos de los colegios en el 22% del Adolfo Valarezo y el 21% de la Salle.

Las vías de transmisión en relación a la edad y sexo indican: el 48% de los estudiantes del colegio Adolfo Valarezo y el 32% de los estudiantes del colegio la Salle al sexo sin preservativo como principal fuente de contagio; seguido de sexo oral 20% y 14%; y transfusiones sanguíneas 19% y 10%, respectivamente.

Palabras Clave: infecciones de transmisión sexual, adolescentes.



SUMMARY

The infections of sexual transmission constitute a problem of public health, for the sequels that take place and that alone it is observed in them, as example the syphilis that serious late complications that include the neurosífilis, cardiovascular syphilis and the gonorrhea that can produce inflammatory pelvic illness takes place and to increase the risk of pregnancy ectopic.

With the realization of this work it is sought to approach the knowledge of the students since Preposition the transmission roads and factors of syphilis risk and gonorrhea they are constituted in a problem at world level.

The investigation type is of prospective, descriptive, traverse character that was carried out it in the schools "Adolfo Valarezo" and "The you Leave him" of the city of Loja, the universe of the present study constituted by 300 second students and third of high school, the sample belonged to 194 students; the gathering of data was carried out through the survey, the same one that allowed to determine the level of knowledge on this thematic one for the identification from the risk to those that are exposed.

After carrying out the analysis and interpretation of the data, we conclude that if they have knowledge on the factors of risk and roads of syphilis transmission and gonorrhea the students object of the present investigation according to the age and sex this way: 53% corresponds to the school Adolfo Valarezo and 57% they correspond to the school the you Leave him, although the population's percentage that you/they don't know the topic exists. The information obtained by the students in relation to the topic was provided by means of conferences organized by the directive of the schools in the Adolfo's 22% Valarezo and 21% of the you leave him.

The transmission roads in relation to the age and sex, 48% of the students of the school Adolfo Valarezo and 32% of the students of the school the you Leave him they point out to the sex without preservative as main infection source; followed by sex oral 20% and 14%; and transfusions sanguine 19% and 10%, respectively.

Words Key: infections of sexual transmission, adolescents



III. INTRODUCCION

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades de diversa etiología, y se evidencia un patrón de transmisión similar; aunque la mayoría tienen tratamiento, nunca se curan de manera definitiva, sino que el agente causal permanece en estado latente, sin manifestarse dentro del organismo al que ha infectado, pudiendo reaparecer cíclicamente.(1)

Los adolescentes constituyen una gran parte de la población mundial. En este grupo de población estamos asistiendo en las últimas décadas a un aumento en la incidencia de dos de los grandes riesgos en relación con la conducta sexual de nuestros jóvenes: el embarazo no deseado y las infecciones de transmisión sexual.

En la actualidad, estimaciones de la OMS plantean que anualmente se presentan cerca de 250 millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual en el mundo, y de los cuales, 3.5 millones son debidos a sífilis (2); los Centros para el control y prevención de enfermedades(CDC) calculan que 820.000 personas en los Estados Unidos contraen nuevas infecciones por gonorrea al año; además señalan que 570.000 de ellas estaban entre los jóvenes de 15 a 24 Años de edad. En el Año 2011, se notificaron a los CDC 321.849 casos de gonorrea. (3)

Estas infecciones influyen en las elevadas tasas de morbilidad y mortalidad materno-infantil y tienen consecuencias tales como infertilidad, embarazo ectópico, bajo peso al nacer, malformaciones congénitas e infección por el VIH cuando no se tratan adecuadamente y a tiempo.

A pesar de lo anteriormente expuesto, los programas de prevención y promoción de la salud, así como los de atención de las Infecciones de Trasmisión Sexual siguen teniendo por diversas razones un impacto limitado en la población.



Hoy en día en nuestro país existen centros de información donde se puede obtener asesoramiento respecto a temas de sexualidad. Sin embargo, y a pesar de todo esto, paradójicamente existe un aumento de las ITS en adolescentes.

En la actualidad el incremento acelerado de las ITS en la población adolescente, tanto a nivel mundial como en nuestro país, está conduciendo a un mayor riesgo de enfermar lo cual me condujo a realizar la presente investigación, que tiene como objetivo principal determinar el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo y vías de transmisión de la sífilis y gonorrea en los estudiantes de los colegios Adolfo Valarezo y la Salle; y como objetivos específicos establecer el mecanismo de acceso y fuentes de información de que disponen los estudiantes involucrados en esta investigación; construir un análisis comparativo entre las dos instituciones educativas de acuerdo a la edad, el género y lugar de residencia; y por último socializar los resultados obtenidos a fin de poder establecer estrategias de intervención.

Es necesario determinar el nivel de conocimiento que tienen los adolescentes para la identificación correcta y oportuna de medidas de prevención que se debe tomar tanto en las instituciones educativas así como por parte del personal de salud.



IV. REVICION DE LITERATURA

INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL EN ADOLESCENTES

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen el mayor riesgo para la salud reproductiva de los individuos sexualmente activos. Los adolescentes son la población con más alto riesgo de adquirir una infección de transmisión sexual. Un gran porcentaje de adolescentes sexualmente activos tienen múltiples parejas sexuales, generalmente mayores que ellos, y eso, los hace más susceptibles a tener relaciones sexuales no protegidas y a no usar preservativo.¹

A pesar del aumento del uso del preservativo entre los adolescentes, la incidencia de las infecciones de transmisión sexual entre la población joven sigue siendo alta. Más de la tercera parte de los jóvenes (34%), sienten que el uso consiente del preservativo no les garantiza un nivel alto de protección contra las infecciones de transmisión sexual.

Tradicionalmente se había considerado que los niveles de conocimiento acerca de la forma de transmisión de las infecciones de trasmisión sexual y su prevención eran altos, con un promedio en la mayoría de los estudios de más del 90%, pero los últimos informes de la OMS dicen que más del 50% de los adolescentes desconocen la forma como se trasmiten las infecciones- en un gran número de países las mujeres jóvenes saben mucho menos sobre las ITS que los varones-, y tampoco saben cómo protegerse, de hecho 4 de cada 10 adolescentes que tienen relaciones sexuales, no se protegen frente a una posible ITS. Como consecuencia la mitad de las infecciones nuevas se presentan en el grupo de 15 a 24 años de edad. ¹

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) representan una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo, constituyendo actualmente una verdadera epidemia, con cifras que llegan a los 50 millones de casos por año en América Latina. De acuerdo a estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), 135 millones de personas adquieren algún tipo de ITS cada año en todo el mundo. (4). Un ejemplo de estas enfermedades son la sífilis y la gonorrea.



Conocimiento de Sífilis y Gonorrea en el Ecuador

Según el estudio sobre la SITUACIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN EL ECUADOR realizada por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, a nivel del país en el año 2010 se presentaron 1.397 casos de gonorrea y 1.456 casos de sífilis primaria y secundaria. (5)

La ITS más reconocida es la gonorrea (73.7%), seguida por la sífilis (52.3%), siendo las menos conocidas la candidiasis (11.3%) y la chlamydia (11.2%).

La gonorrea y la sífilis que han sido las dos ITS tradicionales, el porcentaje que las reconocen como enfermedades ascienden del 55.2 % en el área rural y el 85.5 % en el área urbana. En la provincia de Manabí tienen mayor conocimiento de la gonorrea (87.0%) y mucho menor en Chimborazo (36.9%). Con respecto a la sífilis, el mayor porcentaje de conocimiento se encuentra en Manabí (62.8%) y el menor en Bolívar (26.4%).

Las tres principales formas de prevención más frecuentemente mencionadas espontáneamente fueron el uso de preservativo (51.9%), seguido por la monogamia (31.4%) y la abstinencia (17.1%); sólo el 8.5% mencionó espontáneamente a las tres formas en conjunto. Se puede apreciar que el mayor conocimiento de estas formas se encuentra en Pichincha (15.3%) y Guayas (10.8%), y en sus capitales provinciales. Al contrario, el menor conocimiento se registra en Tungurahua, Bolívar, Chimborazo, Los Ríos y El Oro (menos del 2%). (6)



SIFILIS

La sífilis o lúes es una enfermedad venérea clásica, moderadamente contagiosa (10% de contagios tras el coito; 30-50% tras contactos repetidos), crónica y potencialmente invalidante o mortal.

La origina *Treponema pallidum*, de la familia Spirochaetaceae, organismo anaerobio, genitotrópico evolucionado desde cepas no genitales. Es difícil de visualizar y no cultivable. La frecuencia de la enfermedad descendió en los países desarrollados en la segunda mitad del siglo pasado, permaneció aún como una causa significativa de morbimortalidad en los menos desarrollados.

Se contagia de una persona a otra a través del contacto directo con una úlcera sifilítica. Las úlceras aparecen principalmente en los genitales externos, la vagina, el ano o el recto. También pueden salir en los labios y boca. La sífilis puede ser transmitida durante relaciones sexuales vaginales, anales o durante el sexo oral, que corresponden a cerca del 90% de las infecciones. La contagiosidad va disminuyendo hacia el segundo año de la infección; besos por lesiones sifilíticas primarias o secundarias en los labios o en la cavidad oral; transmisión prenatal, transfusión sanguínea (raro hoy en día dado la búsqueda en el donante) o inoculación directa accidental en laboratorio. (7)

Entre sus rasgos destacan la alternancia de periodos de manifestaciones clínicas floridas y periodos de latencia en los que solo es detectable por las pruebas serológicas.

Agente causal

Es el *Treponema Pallidum*, es una espiroqueta fina, en forma de sacacorcho que mide entre 5 -15 mm de largo. El citoplasma está rodeado de una membrana trilaminar, tiene una capa de peptidoglicano, una capa interna de mucopéptido llamada periplasto y una membrana externa lipoprotéica que contiene liposacáridos. Tiene de 6-14 espirales y se divide por fisión transversal



cada 30-36 horas. El microorganismo se desplaza en movimientos rotatorios y un movimiento flexuoso u ondulante característico alrededor de su centro.

No sobrevive cuando falta la humedad en temperaturas elevadas, ni soporta el jabón ni otros antisépticos. En sangre sometida a refrigeración sobrevive menos de tres días y a temperatura ambiente puede sobrevivir hasta siete días.

No puede ser cultivado in vitro, aunque si mantenerlo vivo en pases sucesivos en tejidos susceptibles.

Existen treponemas saprofiticos en boca y genitales que ocasionalmente se comportan como patógenos oportunistas dando lugar a cuadros de balanitis.

EPIDEMIOLOGIA

LosCentros para el control y prevención de enfermedades (CDC), calculan que 55.400 personas en Estados Unidos contraen nuevas infecciones de sífilis al año. En el 2011, hubo 46.042 nuevos casos de sífilis reportados, de esos 13.970 casos fueron de sífilis primaria y secundaria. En el 2011, 72% de sífilis primaria y secundaria se presentaron en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. También hubo 360 informes de niños con sífilis congénita en el 2011. (3)

El número de casos de sífilis en Madrid, comunicados en el año 2011 es similar al del año previo; en 2011 se han notificado 3.144 casos (tasa de 6,85 por cien mil habitantes) mientras que en 2010 se declararon 3.187 casos (tasa de 7,00 por cien mil habitantes). (8)

A nivel del Ecuador se reportaron 1.456 casos de sífilis primaria y secundaria en el 2010; y según las provincias, las que más casos presentaron fueron 505 casos en el Guayas, 337 en los Ríos y 155 en el Oro; y a nivel de nuestra provincia de Loja se reportaron 6 casos. (5)



FISIOPATOLOGÍA

La particular preferencia de los treponemas por los tejidos ricos en mucopolisacáridos, hace que se establezcan en la membrana basal de la epidermis, en los pequeños vasos sanguíneos de la dermis y en las células endoteliales donde algunos permanecen y se multiplican in situ y otros, pasan a la corriente linfática para llegar a los ganglios regionales y comenzar la fase inmunológica, y otros van por la corriente sanguínea a diversos órganos.

La imagen histológica del Treponema Pallidum es de una vasculitis, el infiltrado es característicamente de plasmocitos.

La inmunidad celular inicial del chancro permite la activación de linfocitos, histiocitos, células plasmáticas, etc. y por tanto la destrucción y limpieza de los treponemas, con la consiguiente cicatrización. Los treponemas que ya se han diseminado y acantonados en nidos sistémicos estimulan la inmunidad celular y humoral. La inmunidad celular sería la responsable de los granulomas y sífilis terciaria.⁹

CLASIFICACIÓN

Se clasifica en congénita y adquirida, ambas se pueden subdividir en precoz y tardía; si se exceptúa el caso de la gestante, que la puede transmitir al feto en cualquier estadio de la enfermedad, la sífilis tardía de más de dos años de duración no es contagiosa. El periodo de incubación, de aproximadamente 3 semanas, es el que transcurre desde la inoculación del treponema hasta el comienzo de las manifestaciones clínicas (es asintomático). El microorganismo pasa desde la zona de inoculación a la sangre y a los vasos linfáticos, convirtiendo a estos individuos en transmisores de la enfermedad. (10)

Periodo primario.-la primera manifestación de la infección aparece entre 3 semanas y 3 meses después de la contaminación. La aparición de una sola úlcera o chancro marca la primera fase de los síntomas de la sífilis, pero es posible que aparezcan múltiples úlceras. El chancro aparece en el punto de penetración del treponema. Por lo general, la úlcera es elevada, redondeada,



rojiza, limpia e indolora. Se localiza en la vulva, cérvix o vagina, y permanece 2-8 semanas, curando espontáneamente. Se acompaña de adenopatías regionales duras, indoloras y móviles que aparecen a los 8-10 días de la aparición del chancro.

Sífilis secundaria.-aparece entre 6 semanas y 6 meses después del chancro y es consecuencia de la diseminación hemática de las espiroquetas. Se caracteriza por el gran polimorfismo de las lesiones cutáneo mucosas, como los exantemas transitorios o persistentes en el tronco y las extremidades, o los condilomas planos, altamente infectantes, situados en vulva, periné y otras zonas húmedas. También son frecuentes las erosiones y las máculas en la mucosa bucal y vaginal y el prurito. (7)

Los síntomas generales que pueden acompañar o anteceder a la sífilis secundaria son: irritación faríngea (15 a 30%), fiebre (5 a 8%), pérdida de peso (2 a 20%), malestar (25%), anorexia (2 a 10%), cefalea (10%) y meningismo (5%). La meningitis aguda sólo afecta al 1 a 2% de los casos, pero el número de células y los niveles de proteína en el LCR están aumentados en el 30% de los casos o más. Otras complicaciones menos frecuentes de la sífilis secundaria son: hepatitis, neuropatía, gastritis hipertrófica, proctitis de distribución irregular, colitis ulcerosa o masa inflamatoria del rectosigmoide, artritis y periostitis. (11)

Los síntomas de esta fase de la sífilis pueden resolverse con o sin tratamiento, pero la infección puede persistir en forma latente o progresar después de varios años hasta desarrollar sífilis terciaria en el 33% de los casos no tratados.

Latente.- La fase latente (oculta) de la sífilis comienza con la desaparición de los síntomas de las fases primaria y secundaria. Sin tratamiento, la persona infectada puede continuar teniendo sífilis en su organismo, aunque no tenga ni signos ni síntomas. Esta fase latente puede durar años. La sífilis latente precoz se extiende hasta 1 o 2 años después del contacto infectante, puede ser asintomática durante todo su curso o éste verse interrumpido por los síntomas de recurrencia de la sífilis secundaria. Después de 1 o 2 años se habla de sífilis latente tardía, la que es asintomática, todos los pacientes con sífilis latente



tardía deben ser evaluados clínicamente buscando aortitis, neurosífilis, gomas e iritis.(10)

La sífilis latente inicial corresponde al primer año tras la infección, mientras que la sífilis latente tardía se inicia años después de la infección en el paciente no tratado, y se acompaña de inmunidad relativa frente a la recidiva infecciosa y a un incremento en la resistencia frente a la reinfección. Durante esta fase, el *T. pallidum* aún puede diseminarse de manera intermitente a través del torrente sanguíneo y las mujeres embarazadas con sífilis latente pueden infectar el feto in útero.

Terciaria.-Aproximadamente el 15% de las personas que no han recibido tratamiento para sífilis presentan la fase avanzada de esta enfermedad, la cual puede aparecer entre los 10 y 30 años después de haber comenzado la infección. Este estado incluye la forma benigna, que afecta a piel, huesos y vísceras, y otros cuadros mucho más graves: neurosífilis y sífilis cardiovascular. La infección simultánea con VIH origina progresión más rápida hacia la neurosífilis. (12)

Sífilis durante el embarazo.- tienen un impacto importante, siendo muy frecuente el aborto espontáneo, la amenaza de parto pretermino, muerte neonatal y la infección congénita. La frecuencia y gravedad de estas complicaciones es máxima en sífilis temprana.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la sífilis primaria y secundaria se confirma con el examen microscópico en fondo oscuro, al demostrar la presencia de espiroqueta en la serosidad de la lesión o por punción del ganglio.

Nos referimos a diagnóstico directo como la detección directa de *T. pallidum* en las lesiones de la sífilis primaria, secundaria y en algunos casos de la sífilis congénita.

Mediante examen microscópico se pueden observar la morfología y movilidad característica de las espiroquetas en el trasudado de las lesiones



mucocutáneas, siendo las más rentables para el diagnóstico en los chancros, los *condilomas lata* o placas mucosas dado que son las lesiones en las que encontramos el mayor número de espiroquetas. (12)

Otra técnica se basa en detección directa de anticuerpos fluorescentes (DFA-TP) formados en el curso de la infección por *T. pallidum*. Las pruebas serológicas se hacen positivas en la fase primaria tardía y alcanzan valores máximos durante la secundaria, que declinan lentamente durante la fase de latencia.

Son técnicas que se basan en la detección de anticuerpos IgG e IgM frente a cardiolipina, lecitina y colesterol que pasan al plasma a consecuencia del daño celular causado por la espiroqueta. (11)

Aunque las pruebas reagínicas, como VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) o RPR (rapid plasma reagin), pueden hacerse negativas espontáneamente, es raro que lo hagan completamente las pruebas treponémicas específicas, como TPHA (treponema pallidum hemagglutination) o FTA-ABS (Inmunofluorescencia indirecta con absorción del suero), incluso después del tratamiento. Ante resultados negativos parece indicado repetir las pruebas al cabo de un mes. Los resultados positivos con pruebas no treponémicas deben siempre confirmarse con pruebas específicas. Siempre se debe investigar a los contactos. Cuando la infección tiene una antigüedad superior a 1 año se requiere un estudio del líquido cefalorraquídeo para excluir neurosífilis. (7)

TRATAMIENTO

El tratamiento de elección es la penicilina, los Centros para el control y prevención de enfermedades en los Estados Unidos (CDC) recomiendan para sífilis precoz (primaria, secundaria y latente precoz de menos de 1 año) 2.4 millones de unidades de penicilina G-benzatina (IM) en dosis única. Para la sífilis latente con una duración superior a 1 año, la terciaria benigna y la cardiovascular, la misma dosis, pero aplicada semanalmente hasta un total de 3 (2.4 millones de U a la semana durante 3 semanas). La alternativa para



casos de alergia es la desensibilización a la penicilina o la doxiciclina por vía oral (100 mg/12h durante dos semanas en la forma precoz, y 4 semanas en la latente). (3)

La neurosífilis requiere de 12 a 14 millones de unidades de penicilina cristalina G diarias (2-4 millones de U/4h) durante 10-14 días (IM).

Puede presentarse la reacción de Jarisch-Herxheimer como complicación del tratamiento, con fiebre, artromialgias, cefalea, taquicardia e hipotensión postural; su duración es de 12-24 horas y el tratamiento es asintomático. La reacción se cree es el resultado de la destrucción rápida de espiroquetas y es observada más comúnmente en pacientes recibiendo tratamiento para sífilis primaria o secundaria (de 1/3 a 2/3 de los casos). (3)

Complicaciones

Si no se trata la sífilis, puede provocar:

- Daño al cerebro, los nervios, los ojos, el corazón, los vasos sanguíneos, el hígado, los huesos y las articulaciones.
- Malformaciones congénitas: tibia en sable, nariz en silla de montar.
- Parálisis, entumecimiento, ceguera gradual y demencia
- Muerte
- Dificultad para la coordinación motora
- Aumento del riesgo de contraer la infección por VIH. (13)

Relación entre la sífilis y el VIH

Las úlceras orales, anales, vaginales o en el pene facilitan el contagio y la transmisión de la infección por VIH. Una persona tiene entre 2 a 5 veces más probabilidad de contraer el VIH si la exposición ocurre cuando las úlceras sifilíticas están presentes. (14)



GONORREA

La Gonorrea es una Infección de Transmisión Sexual causada por una bacteria llamada *Neisseria gonorrhoeae*. Esta bacteria ataca al epitelio columnar y transicional de la uretra, a las glándulas parauretrales, al Endocérvix, al canal anorrectal y a la faringe.

Epidemiología

Aunque no es una infección obligatoria de notificación, el Centro de Control y prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) calcula unas 700.000 infecciones nuevas cada año causadas por esta enfermedad. Solamente cerca de la mitad de estas infecciones son comunicadas al CDC. En el año 2002, se reportaron 351.852 casos de gonorrea al CDC con una tasa de 125 por cada 100.000 personas. (3)

Igualmente en Madrid, España se ha estabilizado el número de casos notificados con respecto al año anterior, con 2.328 casos en 2011 y 2.306 casos en 2010 (tasas de 5,08 por 100.000 habitantes en 2011 y 5,07 en 2010).(8)

Las edades de las personas que con más frecuencia contraen esta enfermedad se encuentra entre los 20 y 24 años, es decir, población sexualmente activa, siendo mayor en jóvenes adolescentes.

Según el Ministerio de Salud Pública en su estudio sobre situación de las infección de trasmisión sexual en el Ecuador se reportó en todo el país 9.830 casos de gonorrea en el 2010; según las provincias, en las que más casos se presentaron fueron en el Guayas con 670 casos, Santa Elena 197 y los Ríos con 189 casos reportados en el 2010. A nivel de nuestra provincia de Loja se reportaron 6 casos en el mismo año. (5)



Patogenia

Este microorganismo se adhiere a la superficie de los epitelios uretral, endocervical, vaginal, rectal, faríngeo e incluso a los espermatozoides humanos y a las células ciliadas de las trompas de Falopio. Los tipos infectantes poseen una proteína de superficie llamada pilina que facilita su adherencia. Otro componente que se extiende en la superficie de esta bacteria es la proteína PI (PI), que forma poros por los cuales entran a la célula algunos nutrientes. Cada cepa expresa sólo un tipo de PI mediante reacciones de aglutinación con anticuerpos monoclonales. La proteína PII también participa en la adherencia. Su expresión es fenotípicamente variable; las bacterias pueden cambiar de PII(+) a PII(-) y viceversa. Las cepas infectantes habitualmente son PII+. Pueden expresar simultáneamente varios tipos de cadenas de lipopolisacáridos antigénicamente diferentes (LPS), que median en gran parte su toxicidad. También elabora una proteasa de IGA 1 que desdobra e inactiva la IGA secretora, importante en la defensa de las mucosas. (9)

Existen varios mecanismos por los que *N. Gonorrhoeae* puede burlar al sistema inmune:

1. Expresión de antígenos de superficie antifagocíticos.
2. Antígenos de superficie que imitan a los antígenos naturales del huésped.
3. Capacidad de crecer en el espacio intracelular y así burlar la inmunidad humoral y celular.
4. Ausencia de antígeno de superficie (carbohidrato) inmunogénico, blanco de las IgG.
5. Expresión de carbohidratos que bloquean epítopes relevantes para la acción del complemento sérico.



Formas de transmisión

La gonorrea se transmite por vía sexual, es decir por contacto con el pene, la vagina, la boca o el ano. De tal manera que las relaciones sexuales vaginal, oral y anal deben ser protegidas para evitar este tipo de infección. Se trasmite más eficazmente de hombre a mujer que al contrario (se estima que el 40-60% de las gonococias femeninas se producen tras un solo coito sin protección con un varón infectado). (10)

Otra forma de transmisión es perinatal, es decir de madre a niño durante el parto.

A pesar de la cura de esta enfermedad con tratamiento médico, se puede volver a contraer muchas veces si se tiene algún tipo de relación sexual con personas infectadas con *Neisseria gonorrhoeae*.

Entre los Factores de riesgo que existen para contraer esta enfermedad tenemos el tener múltiples compañeros sexuales, tener un compañero con antecedentes de enfermedades de transmisión sexual y tener relaciones sexuales sin el uso del preservativo.

Cuadro clínico

Los síntomas se inician en la mujer probablemente dentro de los 10 primeros días del contagio (el periodo de incubación en el varón es más constante: 2-5 días), pero la enfermedad puede transcurrir en forma asintomática hasta en el 50% de las mujeres. La sintomatología, si existe, es: vulvo-vaginitis con leucorrea purulenta, cérvix que sangra al mínimo contacto y uretritis con síndrome miccional y secreción purulenta por la uretra. (10)

En el hombre se presenta mayormente salida de leucorrea por el pene, visualizada principalmente durante la primera micción en las mañanas. Puede también presentarse con ardor para orinar. En algunas ocasiones causa



epididimitis, complicación de la enfermedad que se presenta con dolor a nivel testicular y que si no es tratada puede llevar incluso a la infertilidad. La prostatitis también puede ser complicación de esta enfermedad.

En la mujer a diferencia del varón, puede no presentar sintomatología. Muchas veces puede confundirse con síntomas de una infección vaginal o de cistitis. También presentan disuria, aumento del flujo vaginal y hemorragia vaginal entre períodos. Al no presentar síntomas específicos la mujer con infección por gonorrea puede tener complicaciones graves.

La gonorrea rectal es generalmente asintomática en las mujeres, y raramente produce malestar general perianal y supuración rectal; la faringitis gonocócica da lugar a la disfagia, pero también puede ser asintomática. Mediante la rectoscopia y la inspección faríngea se confirma la inflamación y el exudado.

Durante la gestación se asocia con abortos, retrasos en el crecimiento, prematuridad, rotura prematura de membranas y sepsis postparto. (7)

Diagnóstico

Se basa en la demostración del microorganismo (diplococo intracelular) en la muestra de exudado obtenido preferentemente del cérvix, y transportada en medio adecuado para realizar tinción de Gram (especificidad del 90%, pero baja sensibilidad en la mujer, 50-60%). Puede requerirse posterior confirmación con cultivo en medio de Thayer-Martin (sensibilidad 80-90% con un solo cultivo). Los cultivos tienen mayor sensibilidad y además permiten valorar la susceptibilidad a los antibióticos. Hay que recurrir al hemocultivo en la septicemia y a la punción articular en la artritis. (10).

Con frecuencia, los cultivos pueden suministrar un diagnóstico al cabo de 24 horas y un diagnóstico de confirmación a las 72 horas.

Los exámenes de ADN son especialmente útiles como pruebas de detección y más rápidos que los cultivos; se pueden llevar a cabo en muestras de orina, que son mucho más fáciles de recoger que las muestras del área genital.



Tratamiento

Antes de iniciarlo, se debe descartar la presencia de otras ITS e investigar los contactos. Los centros de control y prevención de enfermedades recomiendan, para la gonorrea genital baja no complicada, ceftriaxona (250mg IM en dosis única) seguida de doxiciclina por vía oral (100mg/12h durante 7 días) o azitromicina, por la posible asociación de clamidias. Como alternativa a la ceftriaxona, que puede producir a veces alergias, se recurre a la espectinomicina (2g IM en mujeres y 4g en los hombres) o a quinolonas. Durante la gestación, la doxiciclina puede sustituirse por eritromicina (500 mg/6h durante 7 días) por vía oral. Al finalizar el tratamiento se deberá confirmar la negatividad de los exudados. (15)

Complicaciones

Entre las complicaciones se encuentra la Enfermedad Pélvica Inflamatoria o EPI, causante de dolor a nivel pélvico asociada a fiebre, embarazos ectópicos o fuera de lugar, pudiendo producir incluso infertilidad. También se encuentra infección a nivel de útero, trompas de Falopio (que comunican al útero con los ovarios), cuello uterino y vaginitis.

En los hombres también puede causar infertilidad si no es tratada a tiempo.

En el 2% de los casos puede diseminarse la infección, originando perihepatitis, artritis, septicemia, dermatitis, endocarditis o meningitis

En raras ocasiones puede pasar a la sangre (infección diseminada) y producir artritis, hepatitis, meningitis y endocarditis. Se estima que el 15-20% de las gonococias progresan a enfermedad pélvica inflamatoria.



FACTORES DE RIESGO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES

La adolescencia ha sido señalada como una etapa en la que existe un elevado riesgo de exposición a las infecciones de transmisión sexual. Es por esto que se debe identificar los factores de riesgo a los que están expuestos este grupo social.

Factores Biológicos

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

- El epitelio poliestratificado cornificado que reviste la vulva ofrece una menor resistencia de forma fisiológica en las niñas púberes, por lo que es posible que a ese nivel asienten gérmenes como el gonococo que en la mujer adulta no lo hace.
- Menor resistencia de la mucosa vaginal.
- En la postmenarquia aparece una mayor zona de ectopía en el cérvix uterino. Gérmenes como *C. Tracomatis* o *N. Gonorrhoeae* asientan en el epitelio cilíndrico y no en el escamoso. Esta mayor ectopia favorece además una mayor permeabilidad del moco.
- Es posible que con la edad se adquiera cierta inmunidad y resistencia a algunos patógenos transmitidos sexualmente. En esta inmunidad juegan un papel importante los anticuerpos (Ac) tipo IgE presentes en epitelios y secreciones genitales. Esto explica la reducción en la prevalencia de algunas infecciones a partir de los 25 años.
- Con respecto a la transmisión del VIH, el riesgo de contagio para la chica es 2-4 veces superior que en el varón, ya que la mujer expone más superficie de mucosa durante el coito, existe mayor concentración de virus en el semen que en los fluidos vaginales y la presencia de una ITS en el cérvix uterino representa un factor de riesgo añadido. (14)



Número de parejas sexuales

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

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

De los adolescentes que consultan por ITS existe un mayor porcentaje de chicos frente a chicas que han tenido 5 o más parejas sexuales por trimestre (31,7 frente a 18,6%). (16)

Prácticas sexuales

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

La adolescencia es un periodo de la vida en la que es frecuente la experimentación sexual, siendo la actividad sexual de los adolescentes no planificada ya que el sexo para los adolescentes es una fuente de placer y confirmatorio de su libertad. En la relación sexual, el sexo se percibe como algo espontáneo y romántico, excluyendo el planteamiento de las medidas de prevención frente a ITS y SIDA.

Para las chicas adolescentes las relaciones sexuales tienden a ser más psicoafectivas que para el varón, buscando ser aceptadas, deseadas, cuidadas y protegidas. Para la mayoría de personas heterosexuales, las relaciones íntimas van acompañadas necesariamente de la realización de coito vaginal,



especialmente en los grupos de edad más activos sexualmente. La idea de relación sexual completa incluye el coito vaginal.

La actividad coital en las adolescentes implica un mayor riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria que para mujeres de 25 a 30 años. Este mayor riesgo se ve incrementado con una mayor frecuencia de relaciones coitales, sobretodo en presencia de vaginosis bacteriana.

Es destacable el elevado porcentaje de adolescentes que mantienen relaciones sexuales con personas desconocidas (hasta un 18%, sobretodo por parte de los varones), relaciones con prostitutas y relaciones homosexuales en chicos activos sexualmente (9,8 y 3,7% respectivamente). (16)

Factores Psicosociales

La adolescencia es una etapa marcada por cambios psicológicos con inestabilidad psicológica y emocional e importantes contradicciones.

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

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



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

Factores Educativos

La falta de educación sexual actúa como un factor de riesgo para las infecciones de transmisión sexual (ITS). Existe una escasa e incompleta educación sexual e información de las ITS, con una gran ignorancia por parte de los adolescentes de los aspectos relacionados con las mismas, con importantes minorías de jóvenes que se comportan de manera audaz. Esta falta de educación se ha debido al temor a incitar las relaciones sexuales, pero en un informe de la OMS se destaca que la educación sexual no fomenta una mayor actividad sexual sino que más bien lo que hace es retrasar el inicio de las relaciones sexuales y potenciar un mejor uso de los métodos anticonceptivos. Los programas de educación sexual reducen el riesgo de relaciones sexuales no protegidas. (16)

Factores Sanitarios

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

El adolescente suele acudir a la consulta con un cuadro abigarrado y confuso, difícil de definir, muchas veces simulando otros cuadros clínicos y sin el conocimiento de sus padres.

Suele existir por parte de los adolescentes un bajo cumplimiento de la medicación prescrita, aspecto que supone un factor de riesgo de ITS, recomendando dosis única y a ser posible facilitada en la propia consulta. Las chicas adolescentes realizan un mejor cumplimiento que los chicos.



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

Consumo de Drogas

Con respecto al consumo de alcohol, el 62% de individuos admitidos en la Red de Atención a Drogodependencias de Cataluña en 1993 eran menores de 20 años cuando iniciaron el consumo del mismo.

En una encuesta realizada a escolares con edad media de 16 años, un 61,7% de los mismos había consumido alcohol en el último mes y un 11,6% había consumido hachís, con una mayor frecuencia de consumo de tóxicos por parte de los varones.¹⁸

Un alto porcentaje de adolescentes consumen sustancias tóxicas (alcohol, hachís, cocaína) antes de las relaciones sexuales, siendo este consumo un factor de riesgo por múltiples causas.

La cocaína es un estimulante temporal del impulso sexual y el alcohol se ha asociado a una mayor desinhibición sexual. Todo ello junto al consumo de otras drogas disminuyen las conductas preventivas en las relaciones sexuales como el uso del preservativo y la capacidad de reaccionar ante situaciones de riesgo. Además, la adicción conduce al intercambio de sexo por drogas, aumentando el número de contactos sexuales y de prácticas de riesgo. La prostitución relacionada con el uso de drogas contribuye al aumento de las ITS.

Alrededor de un 50% de consumidores de crack lo utilizan para las relaciones sexuales. El uso del crack promueve el contagio de ITS bacterianas y se ha relacionado con la sífilis, la gonorrea, el chancro y el VIH. El consumo de alcohol y hachís es un predictor de conducta de riesgo para la transmisión del VIH.

Factores Ambientales

Existe una gran influencia por parte de los medios de comunicación social (cine, televisión, revistas, cómics, publicidad.), en donde se bombardea a los adolescentes con mensajes sobre el atractivo del sexo sin orientar en los aspectos preventivos.



El “grupo de iguales” o compañeros ejerce una gran presión sobre el adolescente, aplicando a las relaciones sexuales una serie de valores superiores: placer, sexo.

Son razones de tipo social y cultural las que implican que los adolescentes declaren que su vida sexual no ha cambiado por el SIDA.

Los adolescentes internados en Centros de acogida juvenil se les consideran como un grupo de riesgo para ITS ya que presentan un elevado número de infecciones, siendo un importante reservorio de las mismas.

SALUD SEXUAL Y PREVENCIÓN

La prevención y el control de las ITS como la sífilis y la gonorrea contemplan acciones destinadas a la población y al sistema de salud, con el objetivo de disminuir la incidencia de casos nuevos y cortar la cadena de transmisión.

A la población van dirigidas las estrategias de promoción de conductas sexuales seguras, adopción de medidas preventivas y fomento de consulta precoz. Al sistema de salud van dirigidas las normativas para el control, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de casos y sus parejas. (17)

Prevención

Las ITS son un problema importante de salud a nivel mundial. Al estar ligadas al comportamiento humano y a su sexualidad determinan que, si bien su erradicación es prácticamente imposible, no lo es poder conseguir disminuir su incidencia y sus complicaciones.

1. Prevención Primaria

Consiste en evitar la ocurrencia de nuevos casos de ITS previo a la aparición de la infección mediante la reducción o eliminación de los factores de riesgo o exposición al riesgo.

Comprende varias medidas:

- Vigilancia epidemiológica



Sin la adecuada información sobre datos de incidencias y prevalencias de las ITS que permitan el conocimiento del riesgo para que se produzca una infección, no se pueden desarrollar programas preventivos.

La obtención de esta información es difícil, compleja y costosa por lo que se monitorizan los llamados “grupos centinela”, que permiten seguir el riesgo y desarrollo de las infecciones. Desde hace años se usa la evolución de las tasas de gonococcia como marcador de la actividad sexual no protegida. (16)

- Educación para la salud

Es uno de los elementos preventivos más útiles y debería realizarse de forma sistemática y universal en las escuelas, iniciándola antes de la actividad sexual, cuando no se han comenzado las conductas de riesgo (antes de los 15-16 años), ya que es más fácil enseñar conductas positivas que intentar cambiar conductas de riesgo arraigadas y a partir de esa edad toda intervención sería poco eficaz. (16)

Consiste en proporcionar información didáctica a personas en riesgo de ITS para evitar la adquisición de una infección o a personas infectadas para que eviten la transmisión de una infección.

Los objetivos de la educación para la salud son reducir la incidencia de las infecciones de transmisión sexual, evitar el embarazo no deseado y ayudar a los adolescentes a crear una sexualidad y personalidad madura. La educación sexual retrasa el inicio de la actividad coital y mejora el uso de los métodos anticonceptivos.

Esta educación debe ser impartida por personal especializado en el tema y debe ser participativa y dinámica, eligiendo a los participantes que sean potenciales líderes de opinión con capacidad de mediadores sociales o agentes multiplicadores para el resto de sus compañeros.

La información sobre las ITS y el SIDA debe ser esencial para ayudar a los jóvenes a mostrar que las consecuencias de su conducta de riesgo les afecta a ellos mismos y a otros, la necesidad de aprender habilidades y recursos para



adquirir patrones de conductas saludables para proteger su propia salud y la de los otros y aportar conocimientos especializados que permitan hacer frente a los comportamientos y creencias de rechazo y discriminación, producto del temor a la enfermedad y el contagio, sobre todo por falta de una correcta información impartida con adecuación y rigor científico.

Los profesionales sanitarios tienen un papel importante mediante la actividad educadora en las consultas.

- Consejo médico

Implica una mayor interacción del médico con el paciente, ayudándole a identificar sus factores de riesgo y a desarrollar un plan personal para su reducción. Este consejo debe ser práctico, específico y simple, incluyendo la abstinencia sexual o compañero/a mutuamente monógamo, uso de preservativo ante una práctica sexual de riesgo, solicitud de atención médica inmediata ante síntomas de infecciones de transmisión sexual, y en caso de presentar infección asegurar que los compañeros sexuales sean examinados y tratados

- Campañas de promoción sanitaria

Es difícil establecer relación de causalidad directa entre las campañas de información y las modificaciones efectivas del comportamiento. Sólo el conocimiento es insuficiente para lograr influir en las actitudes, la intención de conducta y el comportamiento objetivo. Es necesario promover la reflexión personal sobre las propias concepciones, la capacidad y habilidad para llevar a cabo conductas preventivas.

Las campañas de información o de educación sanitaria deben segmentarse bien dentro de la población diana a quien se quiere alcanzar con el mensaje, puesto que las campañas generales inciden poco en los colectivos de alto riesgo. Se deben elegir los segmentos que sean significativos para los aspectos que se quieran cubrir, y conocer la valoración del riesgo que



establecen esos colectivos, así como los factores y las pautas de conducta implicados en ese riesgo.

Para que las campañas sean eficaces, el receptor debe ser sensible al mensaje y éste debe ofrecer una credibilidad suficiente. Utilizar el miedo como arma a la hora de buscar cambios positivos ante un tema/amenaza que se ve lejano e incierto frente a la obtención de placer mediante las relaciones sexuales que se ven próximas e impulsivas, no consigue nada.

El éxito de las campañas en Suecia y Francia quizá radicó en presentar al preservativo asociado a algo deseable: prueba de amor, un objeto de placer, de seducción, de complicidad, de fidelidad y confianza en las personas.

La promoción del preservativo debe ofertar aspectos positivos como el disfrute del placer sexual, ya que mejora la tranquilidad, libera el miedo, aporta un elemento más al juego erótico y prolonga el tiempo de la relación sexual. Deben darse habilidades para convencer a los compañeros sexuales en la necesidad de usar el preservativo de forma que se asocie su uso a conductas y calidades de vida deseables.

Prevención mediante medidas de reducción del riesgo

- Conducta sexual

La mejor medida de prevención de transmisión de infecciones de transmisión sexual es evitar el contacto sexual con personas infectadas. Dado que es difícil identificar si la pareja sexual tiene una infección (casos asintomáticos), es importante discutir o conocer la historia sexual o uso de drogas por la pareja.

Como esta información no se obtiene con seguridad, la monogamia, la reducción del número de compañeros sexuales, la no realización de prácticas sexuales de riesgo (sexo anal) y el uso del preservativo van a ser las medidas más eficaces para la reducción del riesgo.

En la actualidad mucha gente está cambiando sus hábitos sexuales por temor al SIDA, incluso con la abstinencia sexual, medida que, sin duda, se reconoce como la más eficaz de todas. (16)



Prevención mediante métodos de barrera y espermicidas

• Preservativo.

Utilizado de forma correcta y constante reduce el riesgo de diversas ITS. Evita el contacto con el semen y disminuye el riesgo de transmisión de microorganismos que se eliminan a través de las vías seminales. También evita el contacto con la piel, por lo que protege de afecciones víricas como el VPH y VHS.

Su uso es eficaz en infecciones por Gonococo, Chlamydia, virus de Hepatitis B, VIH, Trichomonas, Mycoplasma, Ureaplasma U, Estreptococo grupo B, VPH, Treponema, Haemophilus ducrey y VHS.

El varón también está protegido del contacto con las secreciones vaginales, cervicales o bucales infectadas.

El preservativo de látex es el que ofrece una mayor protección, siendo además una barrera eficaz frente al VIH.

El preservativo femenino de poliuretano es eficaz contra el VIH, citomegalovirus y otros microorganismos.

• Espermicidas.

In vitro se ha demostrado la inactivación de Gonococo, Trichomona, Ureaplasma, Treponema, VHS y VIH. Su acción frente a Chlamydias es menos evidente, aunque se ha demostrado inactivación por el Nonoxinol-9.

Actúa como factor protector frente a la aparición de neoplasia cervical intraepitelial (CIN) y supone un menor riesgo de gonococia y enfermedad pélvica inflamatoria.

• Diafragma.



Al ser una barrera que aísla al cérvix, se ha demostrado protección frente al Gonococo, Chlamydia, Tricomoniasis, EIP y CIN. Como su uso es junto al espermicida, es difícil separar la acción protectora.

Uso de drogas por vía parenteral

El tratamiento sustitutivo con metadona es el tratamiento más eficaz para combatir la heroínomanía. Se reduce la delincuencia asociada a la drogadicción, el consumo de opiáceos y otras drogas no prescritas y evita el contagio del VIH y otras enfermedades infecciosas al anular o reducir la frecuencia de la inyección y el uso compartido de material. Los programas de intercambio de jeringuillas y la educación sanitaria son la base de la prevención en este colectivo.

Prevención mediante otros métodos: vacunas y otras medidas postcoitales

- Vacunas

En la actualidad la única vacuna eficaz es frente a la Hepatitis B. La vacunación a la población adolescente iniciada en 1992 está reduciendo su aparición en los tramos de edad menores de 20 años. Debe recomendarse a todas las personas con elevado riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS): personas con múltiples compañeros sexuales, compañeros sexuales de portadores de VHB, personas que acuden para tratamiento de ITS y las prostitutas.

La vacuna debe estar generalizada en la población.

La inmunoglobulina B combinada con la vacunación puede prevenir la infección a personas expuestas a la Hepatitis B si se administra dentro de los 14 días posteriores a la exposición.

Se investigan vacunas frente al Gonococo, VPH, VHS y VIH.

- Antibióticos y otras medidas postcoitales



Aunque el uso de antibióticos puede proteger frente al gonococo, no se recomienda su prescripción tras una relación sexual no protegida.

No existe protección frente a virus.

Otras medidas como lavados vaginales postcoitales, micción etc, no tienen eficacia. Los lavados pueden producir un aumento de Enfermedad Pélvica Inflamatoria.

2. Prevención Secundaria

Tiene como objetivo prevenir la infección del tracto genital inferior y el ascenso de la misma al tracto genital superior en ausencia de síntomas de Infecciones de transmisión sexual (ITS). Se basa en el diagnóstico precoz mediante:

- Provisión de adecuados servicios de salud para las/os adolescentes, con atención inmediata ante síntomas de ITS, estudio y tratamiento de la/s pareja/s sexuales de las personas atendidas por presentar una ITS.

Es imprescindible para evitar las recidivas y romper la cadena epidemiológica. Dado que los índices de consulta de las parejas sexuales son bajos, deben establecerse estrategias para una mayor captación.

- Cribado de personas asintomáticas.

Debe practicarse a personas con elevado riesgo de ITS: personas sexualmente activas con múltiples contactos sexuales, con historia de ITS, personas cuya pareja sexual ha tenido muchos contactos sexuales o sospecha de padecer una ITS y personas que acuden a los Centros de infecciones de transmisión sexual.

- Tratamiento epidemiológico.

Pretende interrumpir la transmisión de la infección y consiste en administrar antibióticos cuando no existen signos de infección o antes de poseer pruebas confirmatorias de una ITS, siempre que el diagnóstico de ITS se considere muy probable.



Este tratamiento se prescribe en compañeros sexuales de pacientes con sífilis, chancroide, gonococcia o Chlamydia y también cuando se reconocen síndromes como cervicitis mucopurulenta o ulceración genital y no existe posibilidad de obtener confirmación microbiológica a corto plazo.

También se indica en centros de atención urgente cuando se considera incierto el posterior seguimiento del paciente. (16)

3. Prevención Terciaria

Actúa minimizando y limitando la infección de los órganos genitales pélvicos con un diagnóstico temprano y un adecuado tratamiento con el fin de evitar las complicaciones y los resultados adversos una vez ha ocurrido la infección, implicando un diagnóstico y tratamiento precoces. Se realiza cuando la infección es ya evidente clínicamente.

V. MATERIALES Y METODOS

Tipo de estudio



El presente trabajo investigativo es de carácter descriptivo, mediante la observación de los hechos, fenómenos y casos, de corte transversal porque se realizó en un periodo determinado; y prospectivo porque se registró la información según se van sucediendo los acontecimientos.

Área de estudio

El colegio "Adolfo Valarezo" y colegio José Antonio Eguiguren "La Salle" de la ciudad de Loja.

Universo

Lo constituyen 300 estudiantes de los colegios Adolfo Valarezo y la Salle.

Muestra:

Esta conformada por 194 estudiantes de segundo y tercero de bachillerato de 15 a 17 años de edad, de los cuales 110 pertenecen al colegio Adolfo Valarezo y 84 al colegio la Salle

Criterios de inclusión:

- Alumnos que se encuentran matriculados y cursando el segundo y tercero de bachillerato
- Edad comprendida entre 15 a 17 años de edad.
- Alumnos que se encuentran presentes al momento de realizar la encuesta.
- Alumnos que desean voluntariamente participar en la encuesta.

Criterios de exclusión:

- No aceptación de participar en el estudio.
- Estudiantes comprendidos en edades fuera del rango de estudio.
- Alumnos que no se encuentran presentes al momento de realizar la encuesta

Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos

Método Científico:



Este método me condujo a la aplicación de procedimientos valederos en la presente investigación, la misma que me brindó resultados confiables que dieron validez a mi trabajo.

Técnicas de investigación:

1. Mediante la investigación bibliográfica se obtuvieron los conocimientos teóricos que nos faciliten la comprensión de la problemática a investigar.
2. Bibliográfica: recolección de datos mediante fuentes de información como: la obtenida en las aulas, textos, videos, internet.
3. Petición enviada a la directiva de los colegios en estudio, solicitando la autorización para la recolección de datos a partir de la encuesta a los estudiantes de segundo y tercero de bachillerato. **(Anexo 2 y Anexo 3).**
4. Se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión para de esta manera determinar el grupo de adolescentes de los cuales se obtendrá la información requerida
5. Consentimiento informado: a todos los sujetos en estudio para hacerles conocer el proceso investigativo.

Instrumento:

- **Encuesta:** La recolección de la información se la realizó por este medio, la misma que es sucinta y fácil de entender por los estudiantes, la misma que constó de un encabezado explicando los fines de la encuesta y el respectivo consentimiento para su realización; un cuestionario de preguntas abiertas y cerradas elaboradas en base a las variables e indicadores relacionados con el planteamiento del problema investigado. **(Anexo 1)**



- **Tríptico:** Se lo realizó para informar a cada adolescente lo más relevante de las infecciones de transmisión sexual, las vías de transmisión, factores de riesgo y cómo prevenirlas. (**Anexo 5**)

Análisis estadístico

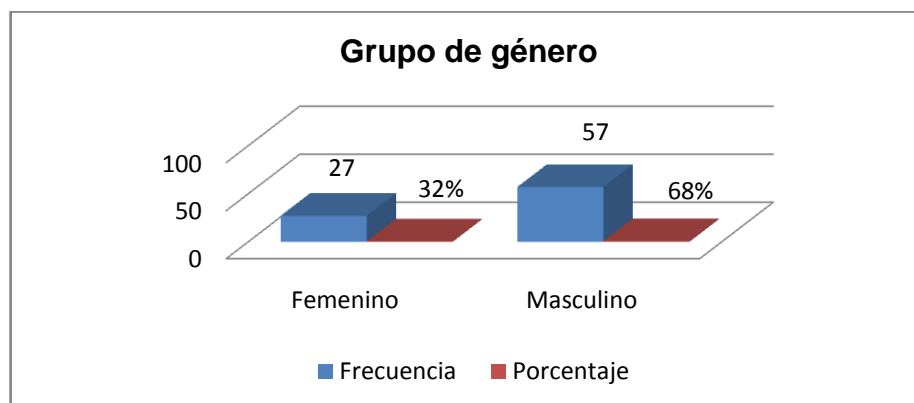
Las estadísticas están representadas e interpretadas con tablas diferenciales y gráficos.

VI. RESULTADOS



TABLA N° 1
ESTUDIANTES DEL COLEGIO “LA SALLE” SEGÚN EL GÉNERO

Género	Fx	%
Masculino	57	68%
Femenino	27	32%
Total	84	100%



Autora: Leyda Merchán C.

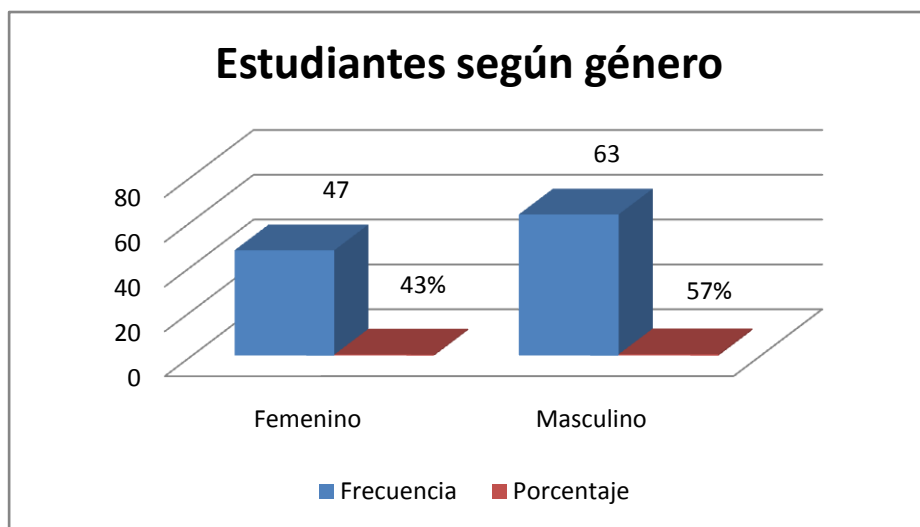
Fuente: Encuestas realizadas a los alumnos de Segundo y Tercero de Bachillerato de los colegios La Salle y Adolfo Valarezo

INTERPRETACIÓN: de los 84 estudiantes encuestados que corresponden al 100%, al género masculino representó 68%; mientras que el género femenino represento al 32%.



ESTUDIANTES DEL COLEGIO “ADOLFO VALAREZO” SEGÚN EL GÉNERO

Género	Fx	%
Masculino	63	57%
Femenino	47	43%
Total	110	100%



Autora: Leyda Merchán C.

Fuente: Encuestas realizadas a los alumnos de Segundo y Tercero de Bachillerato de los colegios La Salle y Adolfo Valarezo

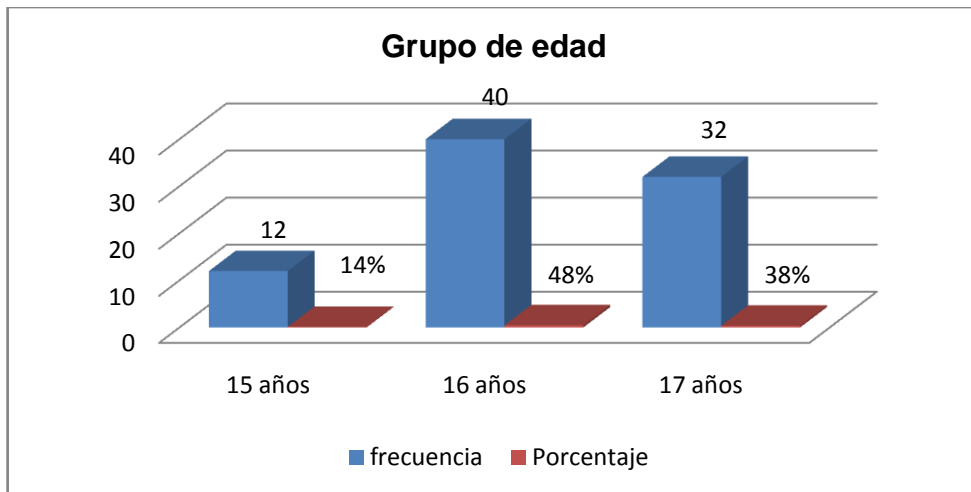
INTERPRETACIÓN: de los 110 estudiantes encuestados que corresponden al 100%, al género masculino representó 57%; mientras que el género femenino represento al 43%.

TABLA Nº 3



ESTUDIANTES DEL COLEGIO “LA SALLE” SEGÚN GRUPO DE EDAD

Edad	Fx	%
15 años	12	14%
16 años	40	48%
17 años	32	38%
Total	84	100%



Autora: Leyda Merchán C.

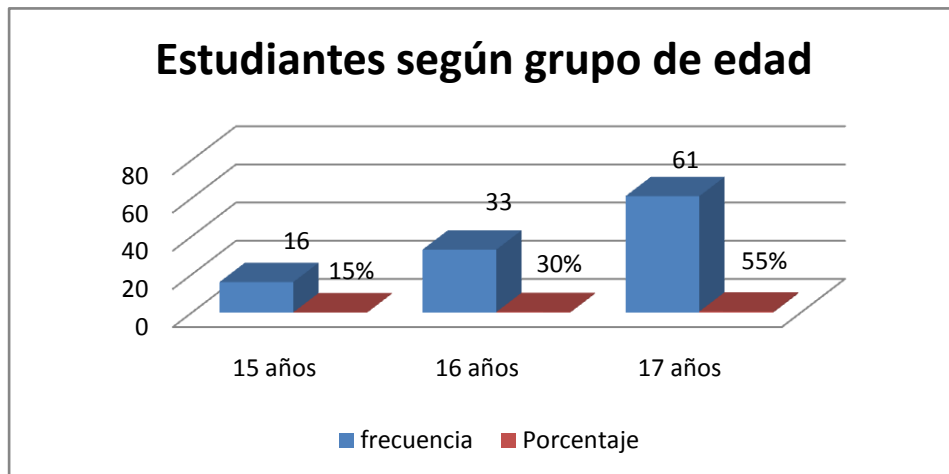
Fuente: Encuestas realizadas a los alumnos de Segundo y Tercero de Bachillerato de los colegios La Salle y Adolfo Valarezo

INTERPRETACIÓN: de los 84 estudiantes encuestados que es el 100%, el grupo de edad de 15 años estuvo representado por el 14%; el grupo de 16 años con el 48%; mientras que al grupo de 17 años lo represento el 38%.



ESTUDIANTES DEL COLEGIO “ADOLFO VALAREZO” SEGÚN GRUPO DE EDAD

Edad	Fx	%
15 años	16	15%
16 años	33	30%
17 años	61	55%
Total	110	100%



Autora: Leyda Merchán C.

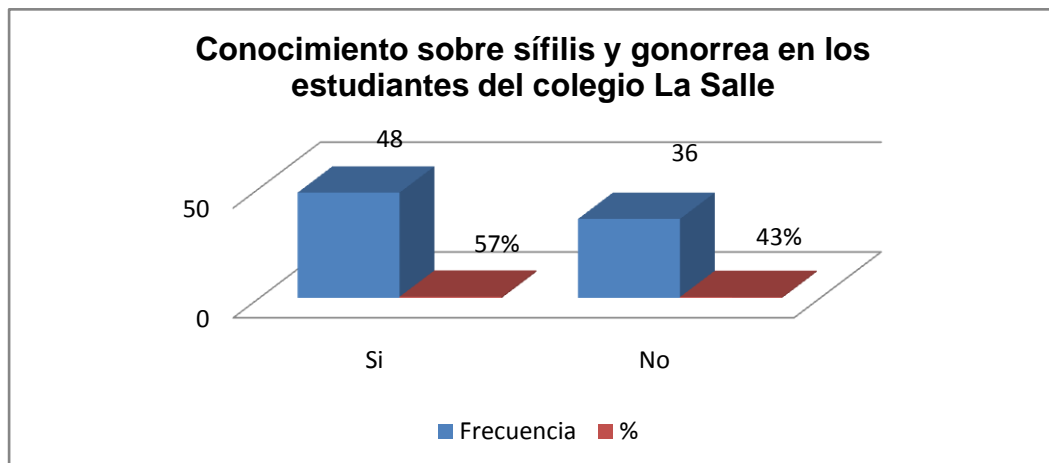
Fuente: Encuestas realizadas a los alumnos de Segundo y Tercero de Bachillerato de los colegios La Salle y Adolfo Valarezo

INTERPRETACIÓN: de los 110 estudiantes encuestados que es el 100%, el grupo de edad de 15 años estuvo representado por el 15%; el grupo de 16 años con el 30%; mientras que al grupo de 17 años lo represento el 55%.



ESTUDIANTES DEL COLEGIO “LA SALLE” QUE HAN RECIBIDO INFORMACIÓN ACERCA DE LA SÍFILIS Y LA GONORREA

Conocimiento	Fx	%
Si	48	57%
No	36	43%
Total	84	100%



Autora: Leyda Merchán C.

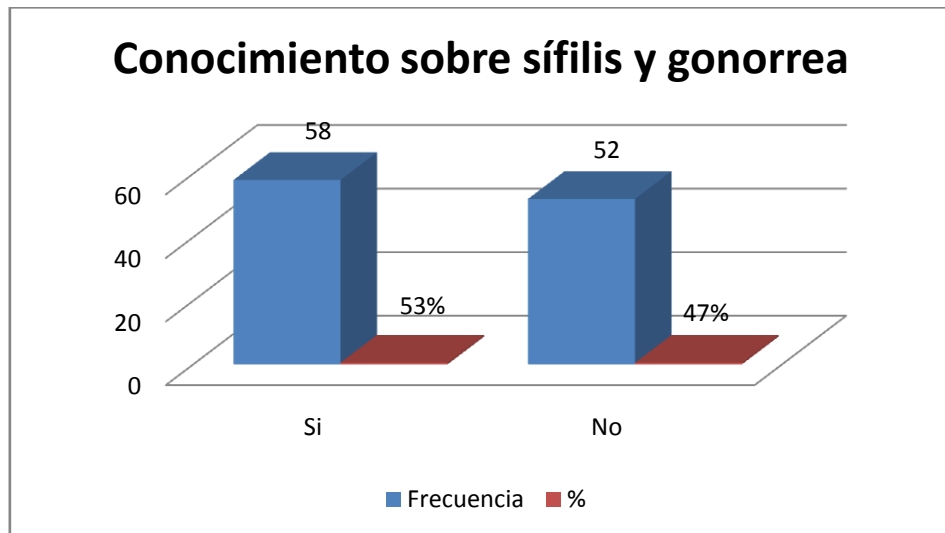
Fuente: Encuestas realizadas a los alumnos de Segundo y Tercero de Bachillerato de los colegios La Salle y Adolfo Valarezo

INTERPRETACIÓN: del total de los estudiantes encuestados del colegio La Salle, el 57% recibió información acerca de la sífilis y gonorrea; mientras que el 43% no recibieron información.



ESTUDIANTES DEL COLEGIO “ADOLFO VALAREZO” QUE HAN RECIBIDO INFORMACIÓN ACERCA DE LA SÍFILIS Y LA GONORREA

Conocimiento	Fx	%
Si	58	53%
No	52	47%
Total	110	100%



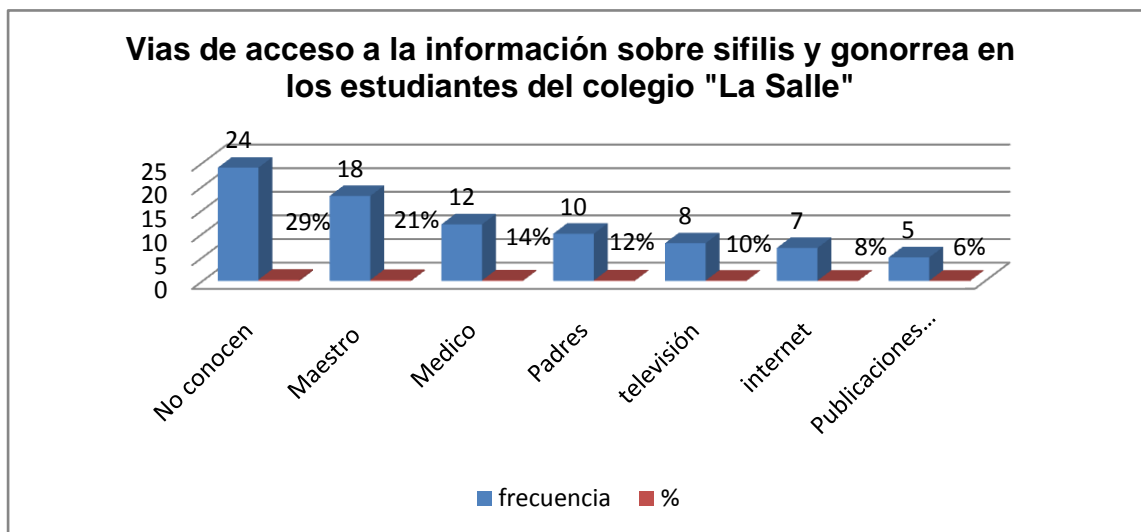
Autora: Leyda Merchán C.

Fuente: Encuestas realizadas a los alumnos de Segundo y Tercero de Bachillerato de los colegios La Salle y Adolfo Valarezo

INTERPRETACIÓN: de los estudiantes encuestados del colegio Adolfo Valarezo, el 53% recibió información acerca de la sífilis y gonorrea; mientras que el 47% no recibieron información

VÍAS DE ACCESO Y FUENTES DE INFORMACIÓN ACERCA DESÍFILIS Y GONORREAEN LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO “LA SALLE”

Vías de acceso e información	Fx	%
No conocen	24	29%
Maestro	18	21%
Medico	12	14%
Padres	10	12%
Televisión	8	10%
Internet	7	8%
Publicaciones científicas	5	6%
Total	84	100%



Autora: Leyda Merchán C.

Fuente: Encuestas realizadas a los alumnos de Segundo y Tercero de Bachillerato de los colegios La Salle y Adolfo Valarezo

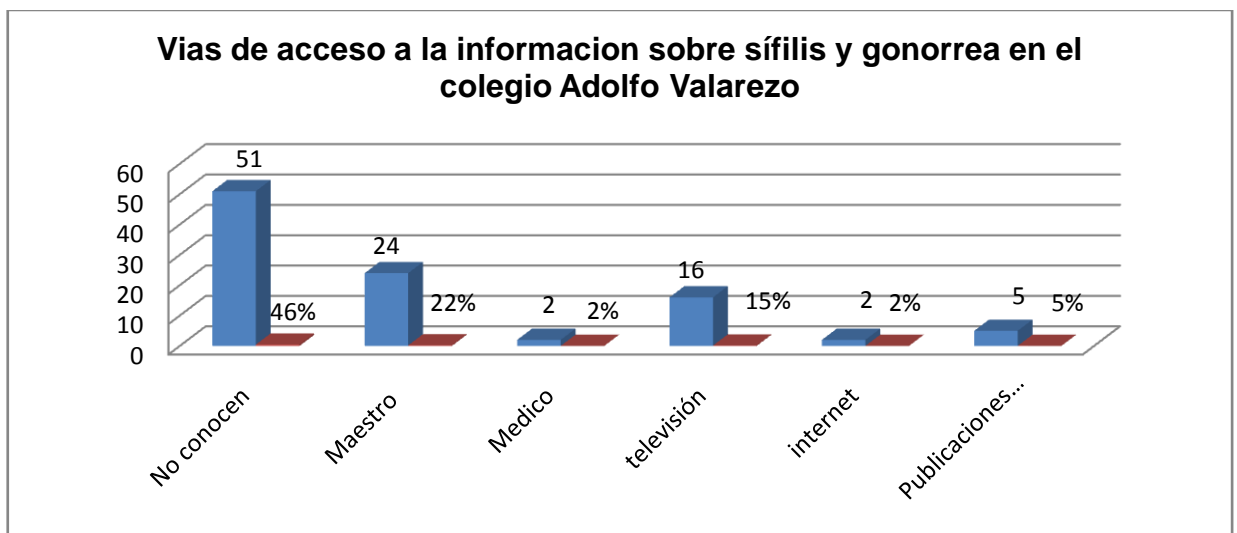
INTERPRETACIÓN: de los estudiantes encuestados del colegio La Salle, 29 % no conocen acerca de la sífilis y gonorrea, el 21% han sido informados por su maestro; el 14% y el 12 % han tenido información por médico y padres respectivamente, el 10% por medio de la televisión; mientras que el 8% y 6% la han obtenido de internet y publicaciones científicas.

TABLA N°8



VÍAS DE ACCESO Y FUENTES DE INFORMACIÓN SOBRE SÍFILIS Y GONORREA EN LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO “ADOLFO VALAREZO”

Vías de acceso a la información	Fx	%
No conocen	51	46%
Maestro	24	22%
Medico	2	2%
Televisión	16	15%
Internet	2	2%
Publicaciones científicas	5	5%
Total	110	100%



Autora: Leyda Merchán C.

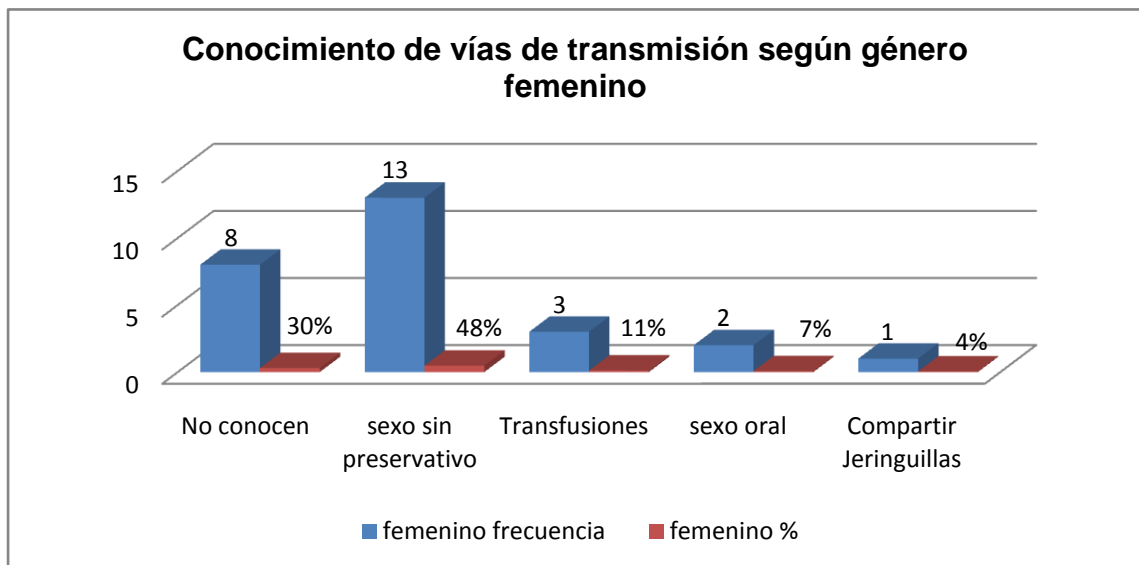
Fuente: Encuestas realizadas a los alumnos de Segundo y Tercero de Bachillerato de los colegios La Salle y Adolfo Valarezo

INTERPRETACIÓN: de los estudiantes encuestados, 46 % no conocen acerca de la sífilis y gonorrea, el 22% han sido informados por su maestro; el 15% y el 5% han tenido información por televisión y publicaciones científicas respectivamente, un 2% por medico; mientras el 2% restante la ha obtenido por medio del internet.



CONOCIMIENTO DE LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO “LA SALLE”
SOBRE LAS VÍAS DE TRANSMISIÓN DE LA SÍFILIS Y GONORREA SEGÚN
EL GÉNERO FEMENINO.

Vía de transmisión	Fx	%
No conocen	8	30%
sexo sin preservativo	13	48%
Transfusiones	3	11%
sexo oral	2	7%
Compartir Jeringuillas	1	4%
Total	27	100%



Autora: Leyda Merchán C.

Fuente: Encuestas realizadas a los alumnos de Segundo y Tercero de Bachillerato de los colegios La Salle y Adolfo Valarezo

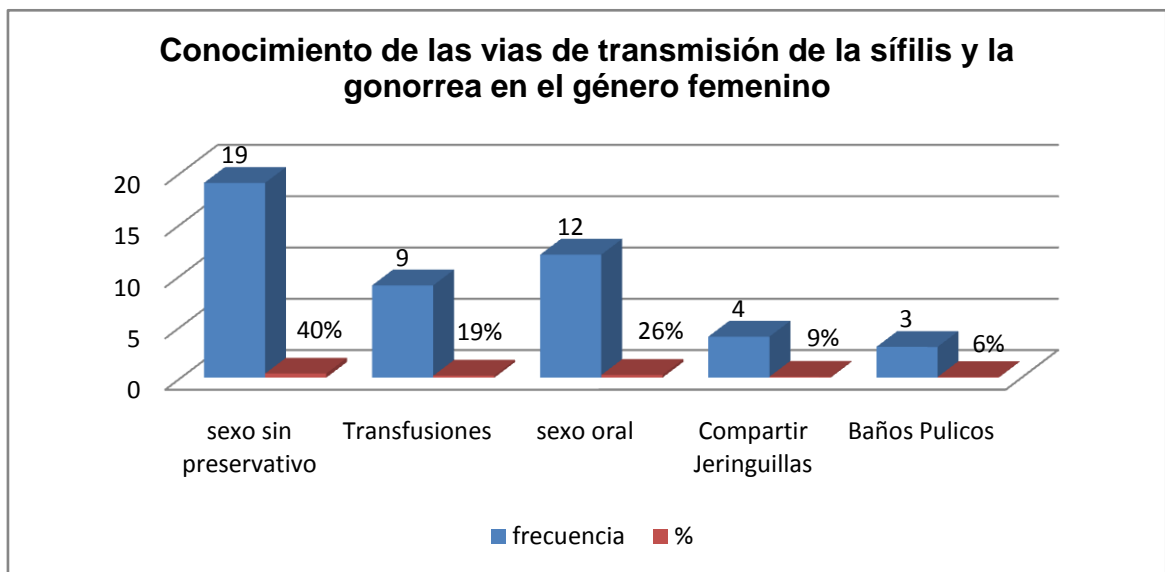
INTERPRETACIÓN: del total de estudiantes encuestadas el 48% conocen que una vía de transmisión de sífilis y gonorrea es el sexo sin preservativo; el 30% no conocen del tema; el 11% y el 7% conocen que es por transfusiones y sexo oral, respectivamente; y el 4 % conocen que es por compartir jeringuillas.

TABLA N°10



CONOCIMIENTO DE LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO “ADOLFO VALAREZO” SOBRE LAS VÍAS DE TRANSMISIÓN DE LA SÍFILIS Y GONORREA SEGÚN EL GÉNERO FEMENINO.

	Fx	%
Sexo sin preservativo	19	40%
Transfusiones	9	19%
Sexo oral	12	26%
Compartir Jeringuillas	4	9%
Baños Públicos	3	6%
Total	47	100%



Autora: Leyda Merchán C.

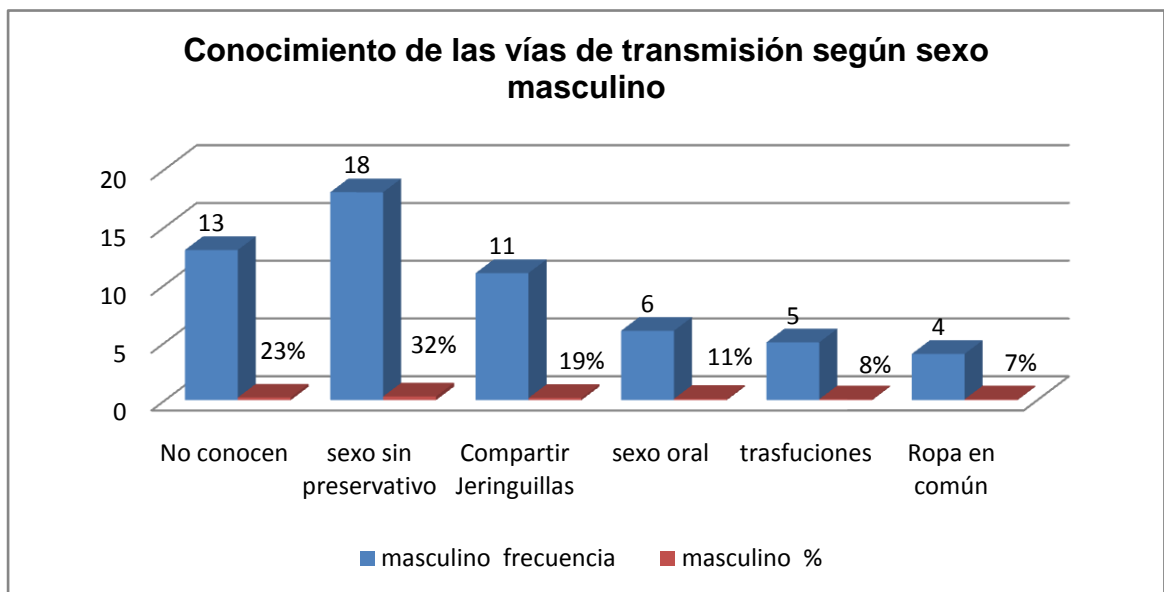
Fuente: Encuestas realizadas a los alumnos de Segundo y Tercero de Bachillerato de los colegios La Salle y Adolfo Valarezo

INTERPRETACIÓN: del total de estudiantes encuestadas el 40% conocen que una vía de transmisión de sífilis y gonorrea es el sexo sin preservativo; el 26% por sexo oral; el 19% y el 9% conocen que es por transfusiones y compartir jeringuillas, respectivamente; y el 6% conocen que es por uso de baños públicos.

TABLA N°11

CONOCIMIENTO DE LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO “LA SALLE”
SOBRE LAS VÍAS DE TRANSMISIÓN DE LA SÍFILIS Y GONORREA SEGÚN
GÉNERO MASCULINO.

	Fx	%
No conocen	13	23%
sexo sin preservativo	18	32%
Compartir Jeringuillas	11	19%
sexo oral	6	11%
transfusiones	5	8%
Ropa en común	4	7%
Total	57	100%



Autora: Leyda Merchán C.

Fuente: Encuestas realizadas a los alumnos de Segundo y Tercero de Bachillerato de los colegios La Salle y Adolfo Valarezo

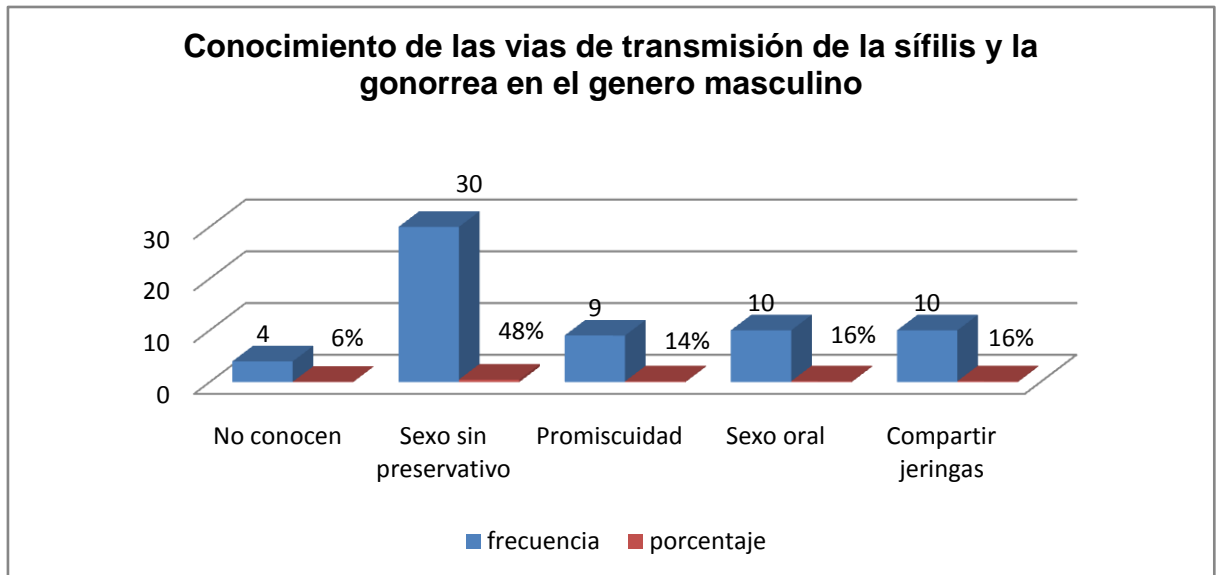
INTERPRETACIÓN: del total de estudiantes encuestados el 32% conocen que una vía de transmisión de sífilis y gonorrea es el sexo sin preservativo; el 23% no conocen del tema; el 19% y el 11% conocen que es por compartir jeringas y sexo oral, respectivamente; y el 8% y 7 % conocen que es por transfusiones y el uso de ropa en común.

TABLA N°12



CONOCIMIENTO DE LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO “ADOLFO VALAREZO” SOBRE LAS VÍAS DE TRANSMISIÓN DE LA SÍFILIS Y GONORREA SEGÚN EL GÉNERO MASCULINO

Factores de riesgo	Fx	%
No conocen	4	6%
Sexo sin preservativo	30	48%
Promiscuidad	9	14%
Sexo oral	10	16%
Compartir jeringas	10	16%
Total	63	100%



Autora: Leyda Merchán C.

Fuente: Encuestas realizadas a los alumnos de Segundo y Tercero de Bachillerato de los colegios La Salle y Adolfo Valarezo

INTERPRETACIÓN: del total de estudiantes encuestados el 48% conocen que una vía de transmisión de sífilis y gonorrea es el sexo sin preservativo; el 6% no conocen del tema; el 16% conocen que es por compartir jeringas, el 14% conocen que es por promiscuidad; el 16% conocen que es por sexo oral.



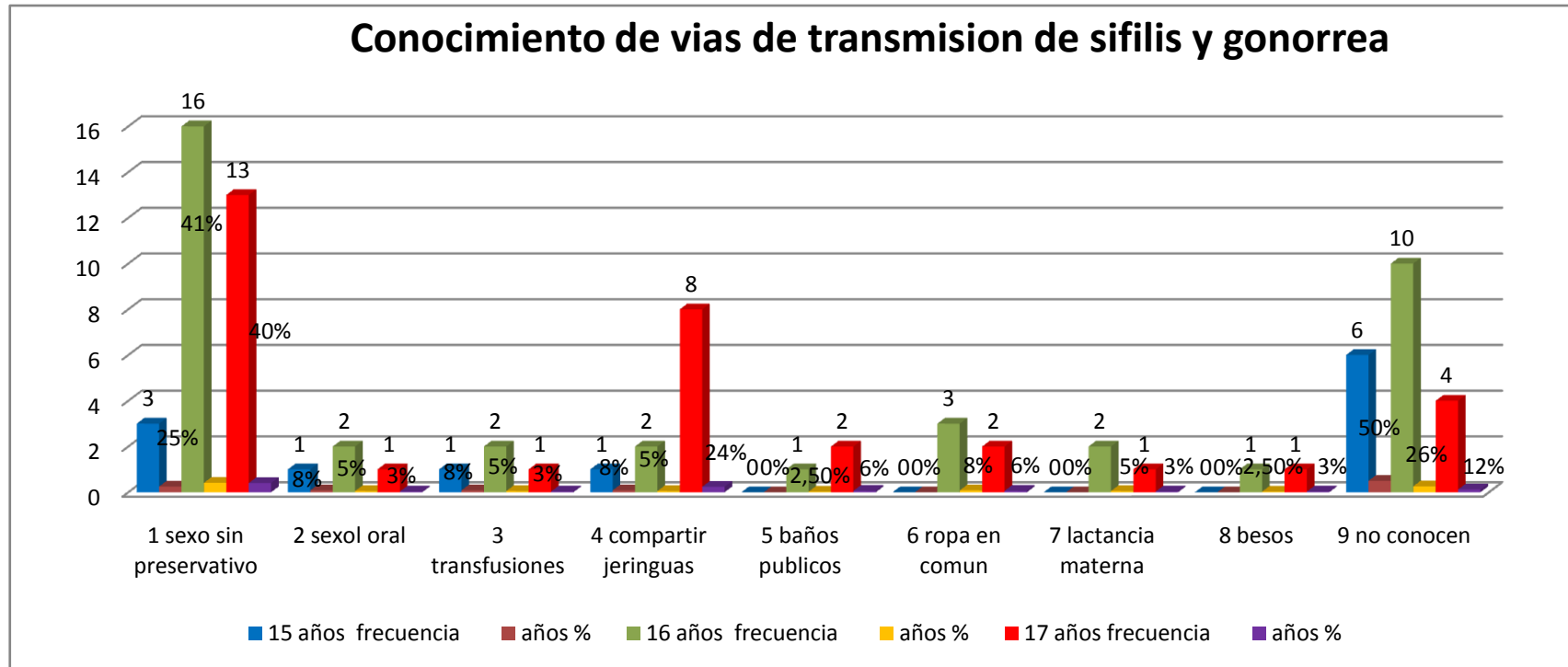
TABLA Nº 13

CONOCIMIENTO DE LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO “LA SALLE” SOBRE LAS VÍAS DE TRANSMISIÓN DE LA SÍFILIS Y GONORREA SEGÚN GRUPO DE EDAD.

Vías de transmisión según edad	15 años		16 años		17 años	
	frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
Sexo sin preservativo	3	25%	16	41%	13	40%
Sexo oral	1	8%	2	5%	1	3%
Transfusiones	1	8%	2	5%	1	3%
Compartir jeringuillas	1	8%	2	5%	8	24%
Baños públicos	0	0%	1	2,50%	2	6%
Ropa en común	0	0%	3	8%	2	6%
Lactancia materna	0	0%	2	5%	1	3%
Besos	0	0%	1	2,50%	1	3%
No conocen	6	50%	10	26%	4	12%
Total	12	100%	39	100%	33	100%

Autora: Leyda Merchán C.

Fuente: Encuestas realizadas a los alumnos de Segundo y Tercero de Bachillerato de los colegios La Salle y Adolfo Valarezo



Autora: Leyda Merchán C.

Fuente: Encuestas realizadas a los alumnos de Segundo y Tercero de Bachillerato de los colegios La Salle y Adolfo Valarezo

INTERPRETACIÓN: según el grupo de 15 años, el 25 % conocen que el sexo sin preservativo es una vía de trasmisión de sífilis y gonorrea, el 50% no conocen del tema, el 8% conocen que es por sexo oral, y el 16% creen que es por trasfusiones y compartir jeringuillas. Según la edad de 16 años, el 41% creen que el sexo sin preservativo es la vía de transmisión de sífilis y gonorrea, el 25% no conocen del tema, el 8% conocen que es por ropa en común, el 15% conoce que se da por sexo oral, transfusiones y compartir jeringas. Según el grupo de 17 años; el 40% conocen que es por sexo sin condón, el 24% por compartir jeringuillas, el 12% no conocen, el 6% es por el uso de ropa en común, y el 25 es por sexo oral y transfusiones.



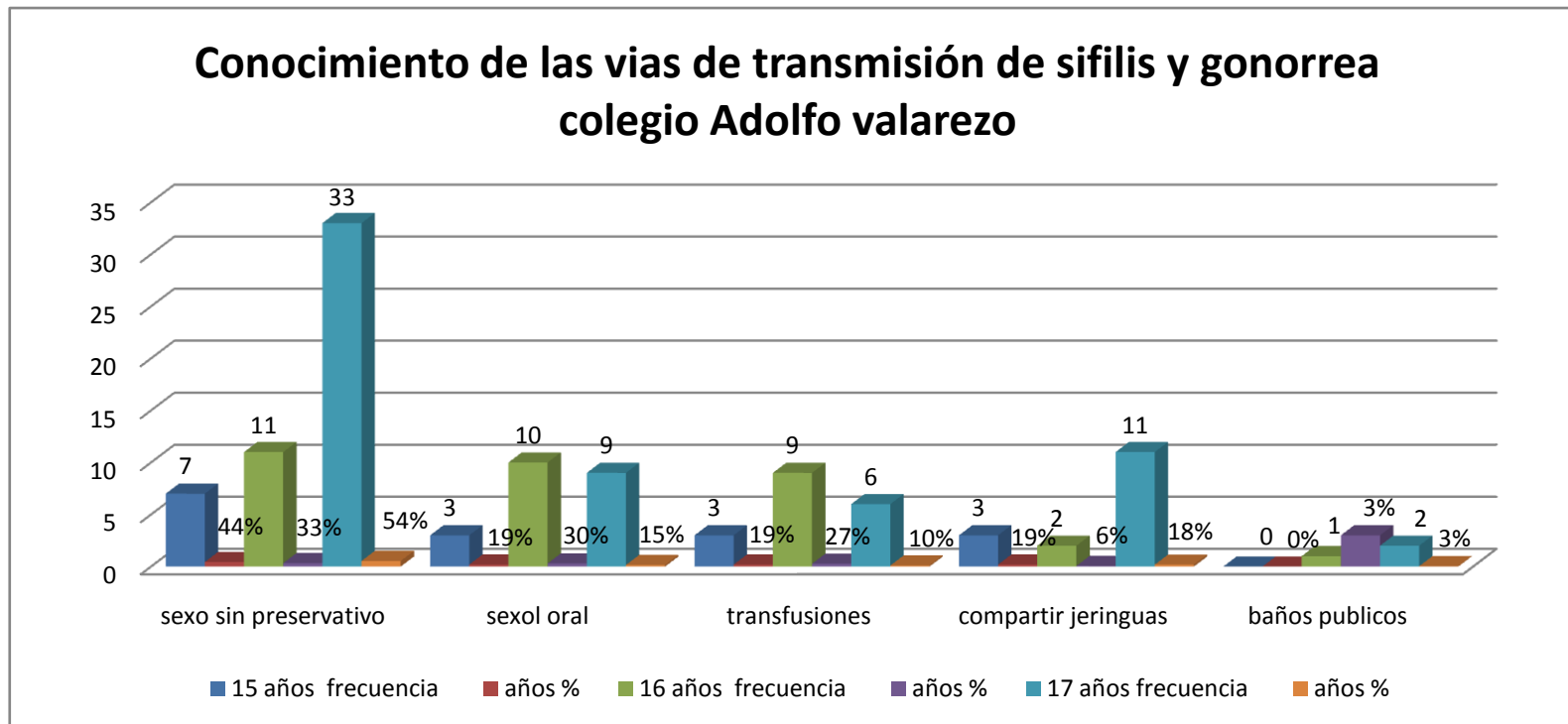
Tabla Nº 14

CONOCIMIENTO DE LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO “ADOLFO VALAREZO” SOBRE LAS VÍAS DE TRANSMISIÓN DE LA SÍFILIS Y GONORREA SEGÚN GRUPO DE EDAD.

conocimiento de las vías de transmisión según edad	15 años		16 años		17 años	
	frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
sexo sin preservativo	7	44%	11	33%	33	54%
sexo oral	3	19%	10	30%	9	15%
transfusiones	3	19%	9	27%	6	10%
compartir jeringuillas	3	19%	2	6%	11	18%
baños públicos	0	0%	1	3	2	3%
Total	16	100%	33	100%	61	100%

Autora: Leyda Merchán C.

Fuente: Encuestas realizadas a los alumnos de Segundo y Tercero de Bachillerato de los colegios La Salle y Adolfo Valarezo



Autora: Leyda Merchán C.

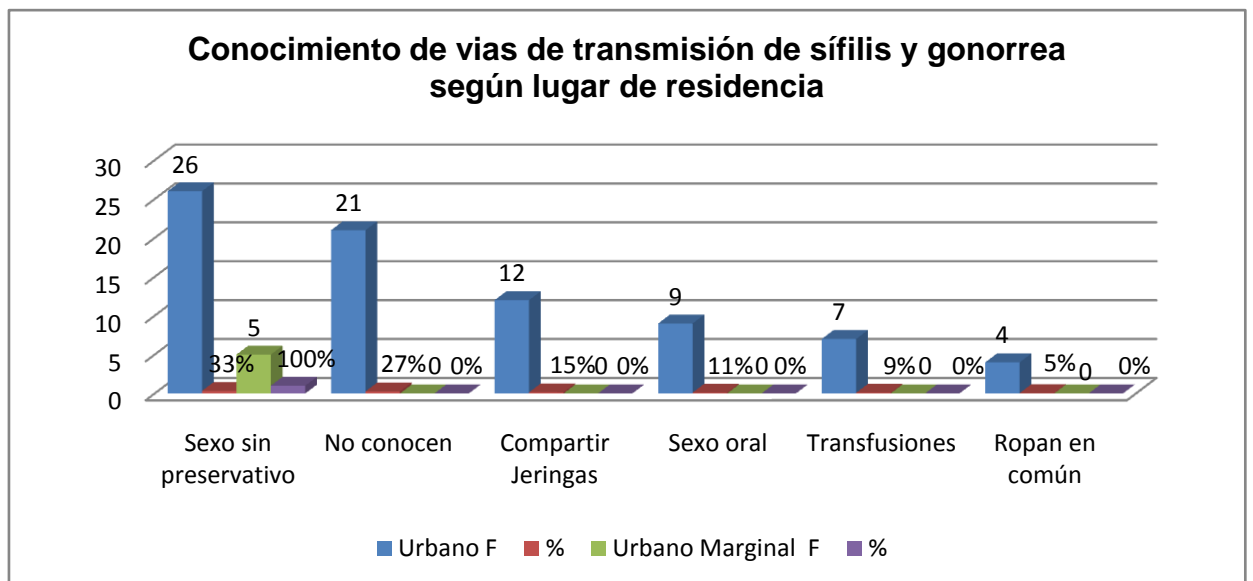
Fuente: Encuestas realizadas a los alumnos de Segundo y Tercero de Bachillerato de los colegios La Salle y Adolfo Valarezo

INTERPRETACIÓN: según el grupo de 15 años, el 44 % conocen que el sexo sin preservativo es una vía de trasmisión de sífilis y gonorrea, el 57% conocen que es por sexo oral, transfusiones y compartir jeringuillas. Según la edad de 16 años, el 33% creen que el sexo sin preservativo es la vía de transmisión, el 30% conocen que es por sexo oral, el 27% conoce que se da por transfusiones, el 6% y 3% por compartir jeringuillas y por uso de baños públicos, respectivamente. Según el grupo de 17 años; el 54% conocen que es por sexo sin condón, el 15% por sexo oral, el 10% transfusiones, el 18% por compartir jeringuillas y el 3% por uso de baños públicos.

TABLA N° 15

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS VÍAS DE TRANSMISIÓN DE SÍFILIS Y GONORREA EN EL COLEGIO “LA SALLE” SEGÚN EL LUGAR DE RESIDENCIA

Vías de transmisión	Urbano Fx	%	Urbano Marginal F	%
Sexo sin preservativo	26	33%	5	100%
No conocen	21	27%	0	0%
Compartir Jeringas	12	15%	0	0%
Sexo oral	9	11%	0	0%
Transfusiones	7	9%	0	0%
Ropa en común	4	5%	0	0%
Total	79	100%	5	100%



Autora: Leyda Merchán C.

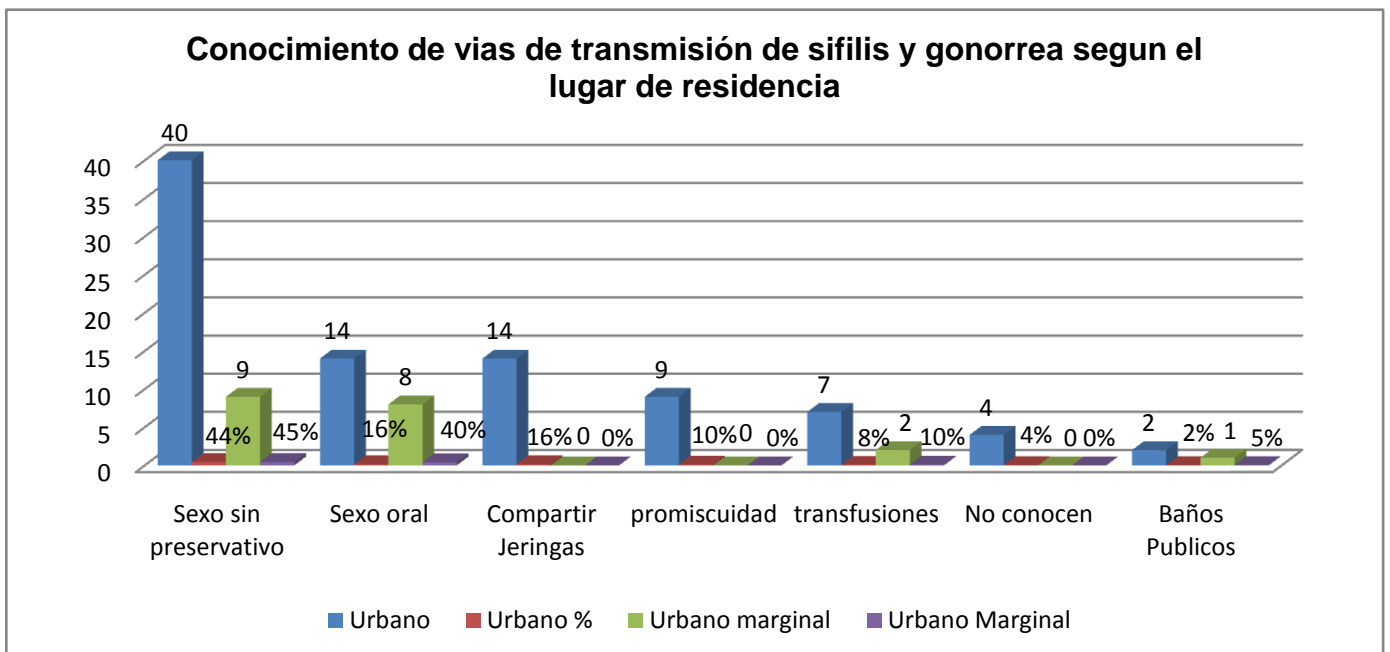
Fuente: Encuestas realizadas a los alumnos de Segundo y Tercero de Bachillerato de los colegios La Salle y Adolfo Valarezo

INTERPRETACION: de acuerdo el lugar de residencia en la zona urbana el 33% conocen que la vía de transmisión es el sexo sin preservativo; el 27% no conocen del tema; el 12% y 9% conocen que es por compartir jeringuillas y sexo oral, respectivamente; y el 7% y 4% por transfusiones y ropa en común, respectivamente. En la zona urbano-marginal conocen que se da por sexo sin preservativo en el 100% (5 estudiantes).

TABLA Nº 16

CONOCIMIENTO DE LAS VÍAS DE TRANSMISIÓN DE LA SÍFILIS Y LA GONORREA EN LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO “ADOLFO VALAREZO” SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA.

Vías de transmisión	Urbano	Urbano %	Urbano marginal	Urbano Marginal %
Sexo sin preservativo	40	44%	9	45%
Sexo oral	14	16%	8	40%
Compartir Jeringas	14	16%	0	0%
promiscuidad	9	10%	0	0%
transfusiones	7	8%	2	10%
No conocen	4	4%	0	0%
Baños Públicos	2	2%	1	5%
Total	90	100%	20	100%



Autora: Leyda Merchán C.

Fuente: Encuestas realizadas a los alumnos de Segundo y Tercero de Bachillerato de los colegios La Salle y Adolfo Valarezo

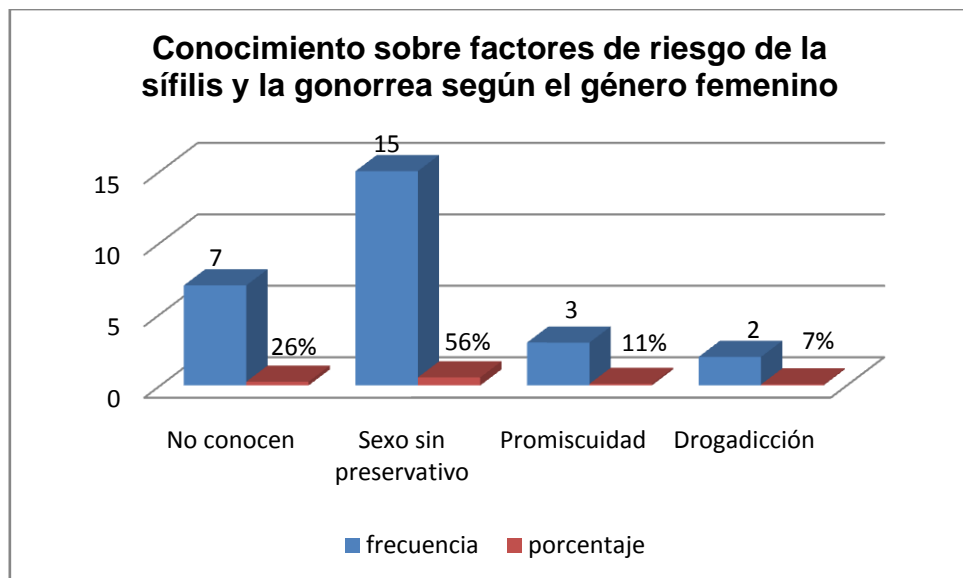
INTERPRETACION: de acuerdo el lugar de residencia en la zona urbana el 44% conocen que la vía de transmisión es el sexo sin preservativo; el 4% no conocen del tema; el 32% conocen que es por compartir jeringuillas y sexo oral; y el 8% y 2% por transfusiones y uso de baños públicos, respectivamente. En la zona urbano-marginal conocen que se da por sexo sin preservativo en el 45%, sexo oral 40%, y el 10% y 5 % por transfusiones y baños públicos.



TABLA Nº 17

CONOCIMIENTO DE FACTORES DE RIESGO DE CONTRAER SÍFILIS Y GONORREA EN EL COLEGIO “LA SALLE” SEGÚN GÉNERO FEMENINO

Factores de riesgo	Fx	%
No conocen	7	26%
Sexo sin preservativo	15	56%
Promiscuidad	3	11%
Drogadicción	2	7%
alcoholismo	0	0%
Total	27	100%



Autora: Leyda Merchán C.

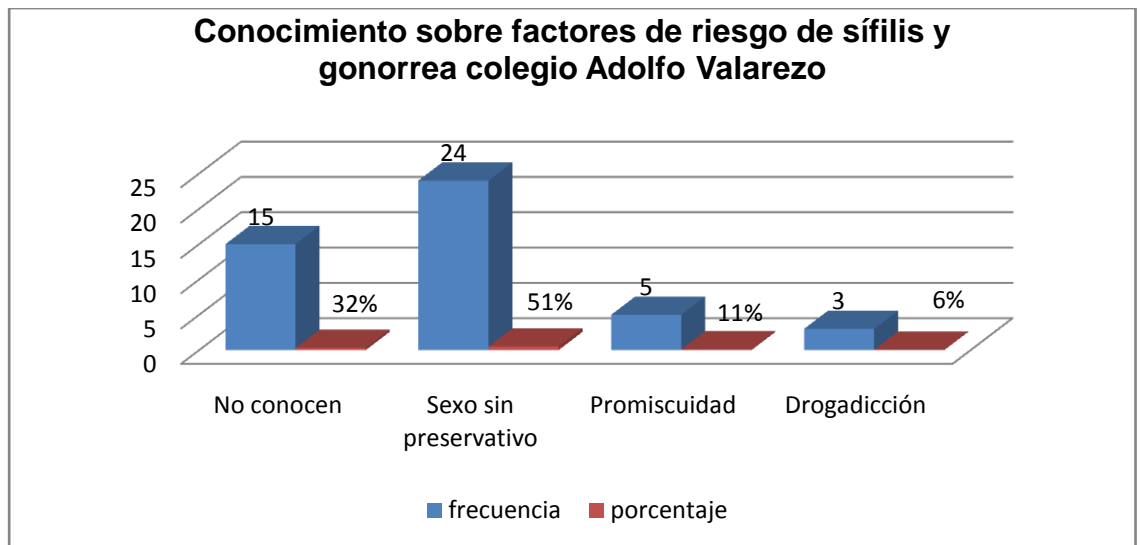
Fuente: Encuestas realizadas a los alumnos de Segundo y Tercero de Bachillerato de los colegios La Salle y Adolfo Valarezo

INTERPRETACIÓN: del total de mujeres encuestadas en la Salle el 56% conocen que el factor de riesgo de sífilis y gonorrea es el sexo sin preservativo, el 26% no conocen del tema, el 11% conocen que es la promiscuidad y el 7% conocen que es por la drogadicción.

TABLA N° 18

CONOCIMIENTO SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO PARA CONTRAER SÍFILIS Y GONORREA EN EL COLEGIO “ADOLFO VALAREZO” SEGÚN EL GÉNERO FEMENINO

Factores de riesgo	Fx	%
No conocen	15	32%
Sexo sin preservativo	24	51%
Promiscuidad	5	11%
Drogadicción	3	6%
Total	47	100%



Autora: Leyda Merchán C.

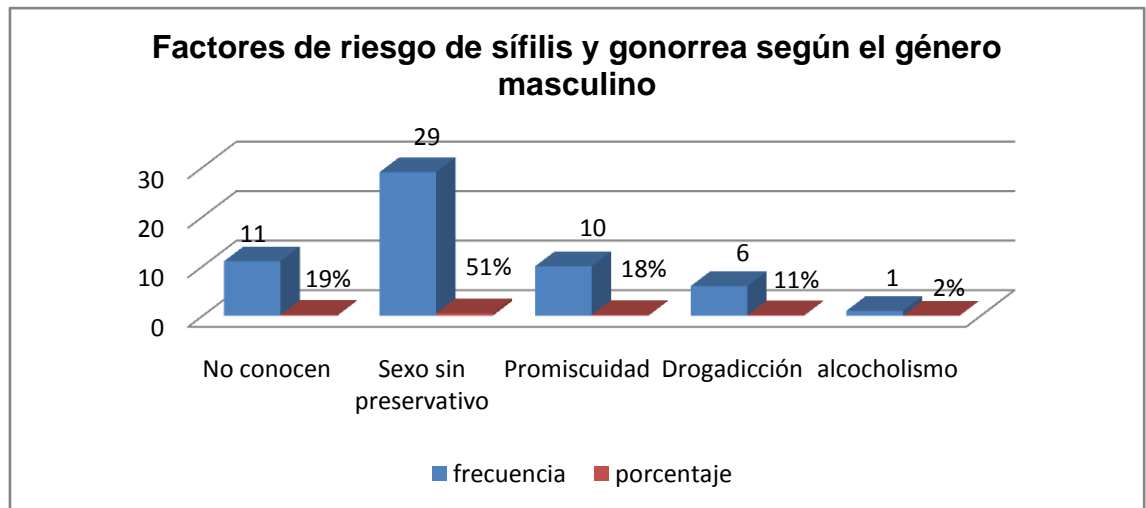
Fuente: Encuestas realizadas a los alumnos de Segundo y Tercero de Bachillerato de los colegios La Salle y Adolfo Valarezo

INTERPRETACIÓN: del total de mujeres encuestadas el 51% conocen que el factor de riesgo de sífilis y gonorrea es el sexo sin preservativo, el 32% no conocen del tema, el 11% conocen que es la promiscuidad y el 6% conocen que es por la drogadicción.

TABLA N° 19

CONOCIMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO DE CONTRAER SÍFILIS Y GONORREA EN EL COLEGIO “LA SALLE” SEGÚN GÉNERO MASCULINO.

Factores de riesgo	Fx	%
No conocen	11	19%
Sexo sin preservativo	29	51%
Promiscuidad	10	18%
Drogadicción	6	11%
Alcoholismo	1	2%
Total	57	100%



Autora: Leyda Merchán C.

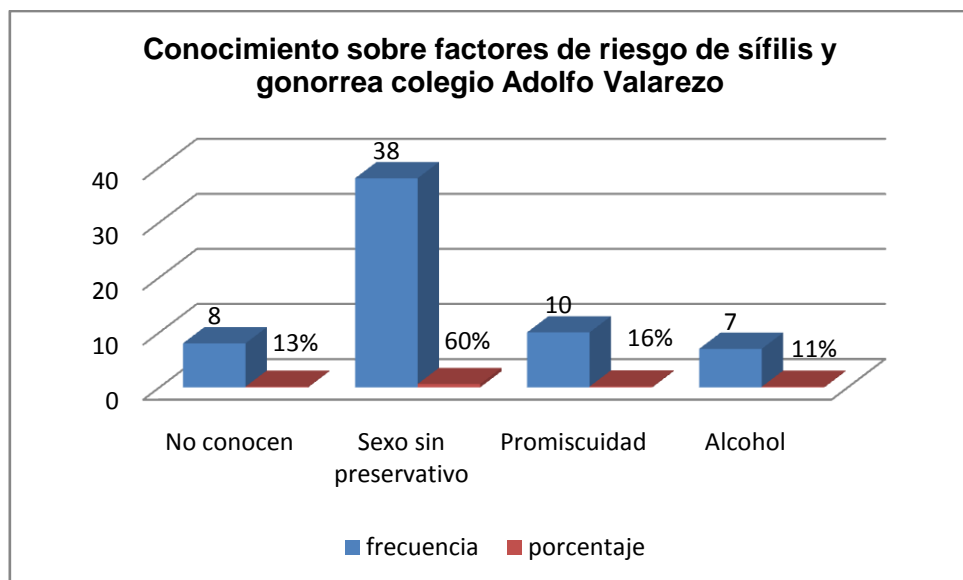
Fuente: Encuestas realizadas a los alumnos de Segundo y Tercero de Bachillerato de los colegios La Salle y Adolfo Valarezo

INTERPRETACION: de los hombres encuestados de la Salle, el 51% conocen que el factor de riesgo es el sexo sin preservativo, el 19% no conocen acerca del tema, el 18% conocen que es la promiscuidad y el 2% el alcoholismo.

TABLA N° 20

CONOCIMIENTO SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO PARA CONTRAER SÍFILIS Y GONORREA EN EL COLEGIO “ADOLFO VALAREZO” SEGÚN EL GÉNERO MASCULINO

Factores de riesgo	Fx	%
No conocen	8	13%
Sexo sin preservativo	38	60%
Promiscuidad	10	16%
Alcohol	7	11%
Total	63	100%



Autora: Leyda Merchán C.

Fuente: Encuestas realizadas a los alumnos de Segundo y Tercero de Bachillerato de los colegios La Salle y Adolfo Valarezo

INTERPRETACION: de los hombres encuestados, el 60% conocen que el factor de riesgo es el sexo sin preservativo, el 13% no conocen acerca del tema, el 16% conocen que es la promiscuidad y el 11% el alcoholismo



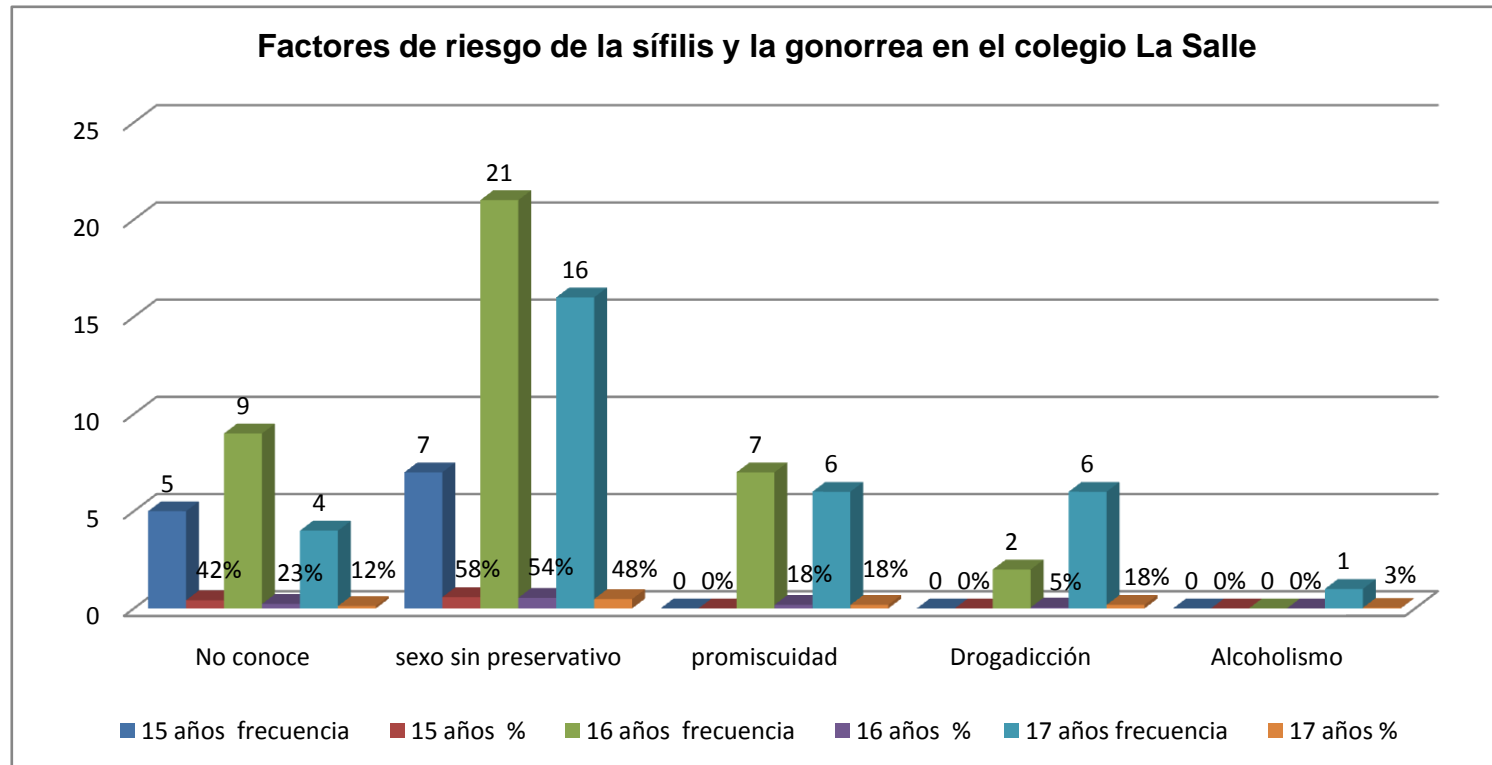
TABLA N° 21

CONOCIMIENTO DE FACTORES DE RIESGO PARA CONTRAER SÍFILIS Y GONORREA EN EL COLEGIO “LA SALLE” SEGÚN GRUPO DE EDAD.

factores de riesgo	15 años		16 años		17 años	
	frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
No conoce	5	42%	9	23%	4	12%
sexo sin preservativo	7	58%	21	54%	16	48%
promiscuidad	0	0%	7	18%	6	18%
Drogadicción	0	0%	2	5%	6	18%
Alcoholismo	0	0%	0	0%	1	3%
Total	12	100%	39	100%	33	100%

Autora: Leyda Merchán C.

Fuente: Encuestas realizadas a los alumnos de Segundo y Tercero de Bachillerato de los colegios La Salle y Adolfo Valarezo



Autora: Leyda Merchán C.

Fuente: Encuestas realizadas a los alumnos de Segundo y Tercero de Bachillerato de los colegios La Salle y Adolfo Valarezo

INTERPRETACIÓN: el grupo de 15 años conoce en el 58% el factor de riesgo es el sexo sin preservativo y el 42% no conoce del tema; el grupo de 16 años conoce en el 54% el factor de riesgo es el sexo sin preservativo, el 23% no conoce del tema, el 18% y 5% conocen que el factor de riesgo es la promiscuidad y drogadicción, respectivamente; el grupo de 17 años conoce en el 48% es por el sexo sin preservativo, el 18% por promiscuidad, el 12% no conoce y en el 3% por alcoholismo.



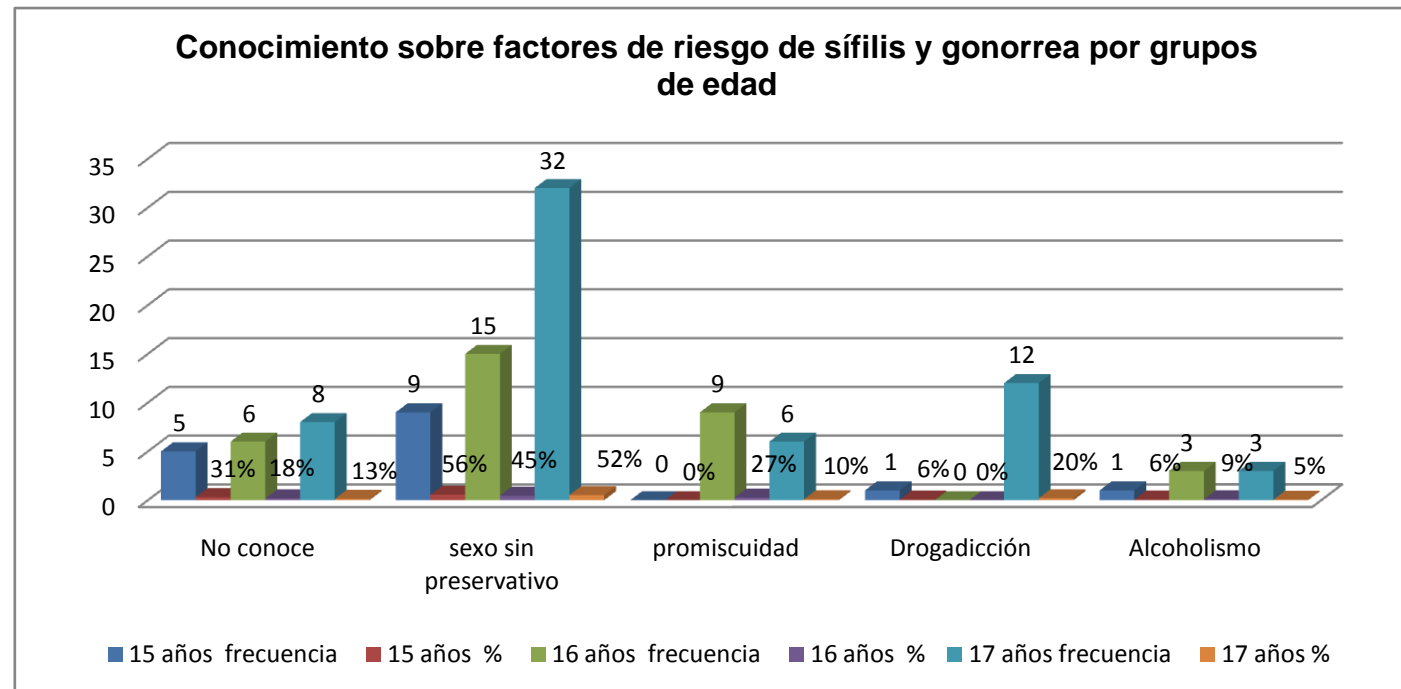
TABLA N° 22

CONOCIMIENTO SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO PARA CONTRAER SÍFILIS Y GONORREA EN EL COLEGIO "ADOLFO VALAREZO" SEGÚN GRUPO DE EDAD.

factores de riesgo	15 años		16 años		17 años	
	frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
No conoce	5	31%	6	18%	8	13%
Sexo sin preservativo	9	56%	15	45%	32	52%
Promiscuidad	0	0%	9	27%	6	10%
Drogadicción	1	6%	0	0%	12	20%
Alcoholismo	1	6%	3	9%	3	5%
Total	16	100%	33	100%	61	100%

Autora: Leyda Merchán C.

Fuente: Encuestas realizadas a los alumnos de Segundo y Tercero de Bachillerato de los colegios La Salle y Adolfo Valarezo



Autora: Leyda Merchán C.

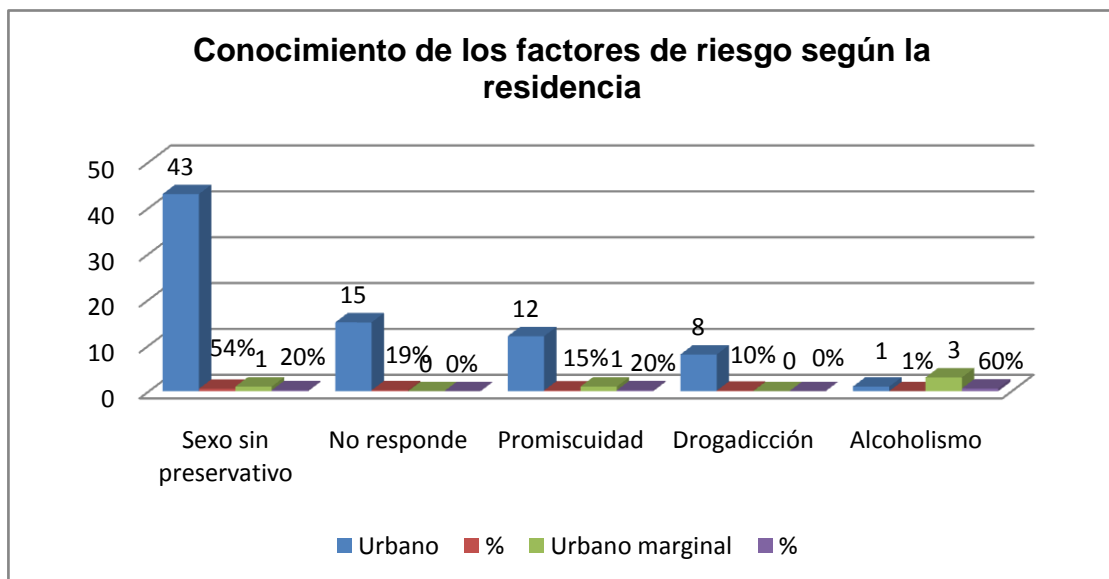
Fuente: Encuestas realizadas a los alumnos de Segundo y Tercero de Bachillerato de los colegios La Salle y Adolfo Valarezo

INTERPRETACIÓN: el grupo de 15 años conoce en el 56% el factor de riesgo es el sexo sin preservativo, el 31% no conoce del tema, el 12% conoce la drogadicción y alcoholismo como factor de riesgo; el grupo de 16 años conoce en el 45% el factor de riesgo es el sexo sin preservativo, el 18% no conoce del tema, el 27% y 9% conocen que el factor de riesgo es la promiscuidad y alcoholismo, respectivamente; el grupo de 17 años conoce en el 52% que es por el sexo sin preservativo, el 10% por promiscuidad, el 13% no conoce, 20% por drogadicción, y el 5% por alcoholismo.

Tabla N°23

CONOCIMIENTO DE FACTORES DE RIESGO DE CONTRAER SÍFILIS Y GONORREA EN LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO “LA SALLE” SEGÚN EL LUGAR DE RESIDENCIA

Factores de riesgo	Urbano	%	Urbano marginal	%
Sexo sin preservativo	43	54%	1	20%
No conoce	15	19%	0	0%
Promiscuidad	12	15%	1	20%
Drogadicción	8	10%	0	0%
Alcoholismo	1	1%	3	60%
Total	79	100%	5	100%



Autora: Leyda Merchán

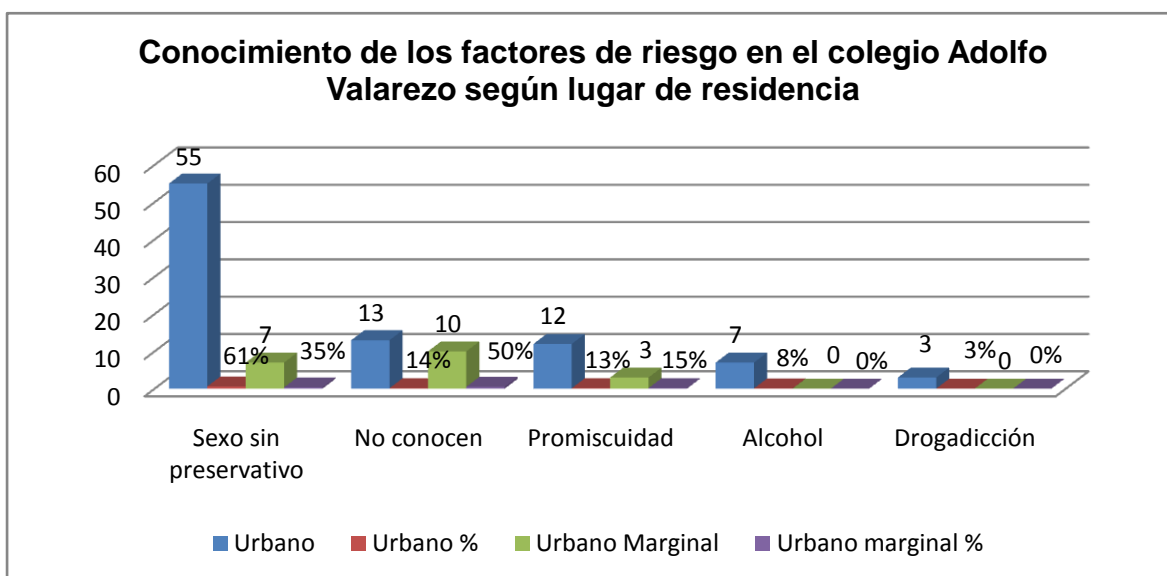
Fuente: Encuestas realizadas a los alumnos de Segundo y Tercero de Bachillerato de los colegios La Salle y Adolfo Valarezo

INTERPRETACIÓN: en la zona urbana el 54% conoce como factor de riesgo al sexo sin preservativo, el 19% no conoce del tema, el 15% conoce que es la promiscuidad, y el 10% y 1% conocen que el factor de riesgo en la drogadicción y alcohol respectivamente. En la zona urbano-marginal el 60% (3 alumnos) conocen que es el alcoholismo, y el 40% conocen al sexo sin preservativo y la promiscuidad como factores de riesgo.

TABLA N°24

CONOCIMIENTO SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO DE SÍFILIS Y GONORREA EN LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO “ADOLFO VALAREZO”

Factores de riesgo	Urbano	Urbano %	Urbano Marginal	Urbano marginal %
Sexo sin preservativo	55	61%	7	35%
No conocen	13	14%	10	50%
Promiscuidad	12	13%	3	15%
Alcohol	7	8%	0	0%
Drogadicción	3	3%	0	0%
Total	90	100%	20	100%



Autora: Leyda Merchán C.

Fuente: Encuestas realizadas a los alumnos de Segundo y Tercero de Bachillerato de los colegios La Salle y Adolfo Valarezo

INTERPRETACIÓN: en la zona urbana el 61% conoce como factor de riesgo al sexo sin preservativo, el 14% no conoce del tema, el 13% conoce que es la promiscuidad, y el 8% y 3% conocen que el factor de riesgo es el alcohol y las drogas, respectivamente. En la zona urbano-marginal el 35% conocen que es el por el sexo sin preservativo, el 50% no conocen y el 15% conocen como factor de riesgo la promiscuidad.



VII. DISCUSION

El enfoque fundamental de este estudio radica en determinar el nivel de conocimiento que tienen los estudiantes de los colegios La Salle y Adolfo Valarezo en cuanto a los factores de riesgo y vías de transmisión de la sífilis y gonorrea.

De acuerdo a la edad y género se observó: un predominio del sexo masculino con 57 adolescentes para un 68% del colegio la Salle, y 63 adolescentes para un 57% en el colegio Adolfo Valarezo; observándose además que para ambos sexos, la edad que predominó en el colegio la Salle fue de 16 años con 40 adolescentes para un 48%; y en el colegio Adolfo Valarezo fue de 17 años con 61 adolescentes para un 55%.

Analizando si los adolescentes han recibido información sobre sífilis y gonorrea tenemos que el 57% estudiantes del colegio la Salle y el 53% del colegio Adolfo Valarezo han recibido información; lo que se relaciona con un estudio realizado por **Lehabin Sánchez Mejía** en **México** de una muestra de 48 jóvenes entrevistados 24 jóvenes contestaron saber mucho sobre enfermedades de transmisión sexual lo que equivale a un 50% de la población (18); en el estudio realizado por **Maritza Martínez Pérez** en **la Habana** se encuestaron a 534 estudiantes los cuales señalaron reconocer la gonorrea con un 84.08 % y la sífilis con un 73.22 % como enfermedad de transmisión sexual.(19)

De acuerdo al acceso y fuentes de información a las que acuden los estudiantes para conocer acerca de las infecciones de transmisión sexual, se observa en mi estudio que el 21% de los alumnos del colegio la Salle y 22% del colegio Adolfo Valarezo obtuvieron la información por medio de su Maestro, seguido por el médico y televisión en un 14% y 10% en el colegio la Salle, y 15% y 2% en el colegio Adolfo Valarezo; los resultados se puede comparar con el estudio por **Lehabin Sánchez Mejía** en **México** que de los 48 encuestados 35 alumnos contestaron haber recibido charlas por parte del maestro sobre enfermedades de trasmisión, lo que equivale a un 73% con lo que



determinamos que la fuente de la que más obtienen datos es a través de maestro. (18)

Sobre los conocimientos de las vías de transmisión de la sífilis y la gonorrea en los dos colegios se demostró que el sexo sin preservativo es para el género femenino la principal vía de transmisión con 40% del colegio Adolfo Valarezo y 48% del colegio la Salle; así mismo para el género masculino es la principal vía de transmisión con 32% de los alumnos del colegio la Salle y 48% del colegio Adolfo Valarezo; seguido igualmente para ambos géneros por el sexo oral en el colegio la Salle con el 12% de mujeres y 11% de los hombres, y para el colegio Adolfo Valarezo con 26% de mujeres y 16% de hombres, y para el 6% de las mujeres del colegio Adolfo Valarezo y el 7% de hombres del colegio la Salle su respuesta fue los baños públicos y la ropa en común respectivamente como vías de transmisión; comparando con el estudio realizado por **Carmen Gamarra** en **San Juan de los Morros** donde encuestaron a 150 adolescentes mayores de 15 años los cuales tenían un adecuado conocimiento de las vías de transmisión en el 80%, con lo que determinamos que el conocimiento sobre el tema es adecuado en nuestra población de estudio, no se observa diferencia marcada entre las instituciones en el estudio y solo un pequeño porcentaje de alumnos tuvieron respuesta errónea. (20)

Según el conocimiento de las vías de transmisión de la sífilis y la gonorrea de acuerdo a grupos de edad tenemos que: comparando los dos colegios el grupo de 15 años en el Adolfo Valarezo conocen que la vía de transmisión es el sexo sin preservativo en un 44%, seguido de sexo oral y transfusiones sanguíneas con el 19% cada una, en comparación con el colegio la Salle que el 50% no conocen y el 25% señalan al sexo sin preservativo. En el grupo de 16 años el 16% señala al sexo sin preservativo en La Salle en comparación con 33% del Adolfo Valarezo, seguido de sexo oral y transfusiones sanguíneas. Así mismo en el grupo de 17 años conocen como vía de transmisión al sexo sin preservativo en mayor porcentaje con 40% en el colegio la Salle y 54% en el colegio Adolfo Valarezo.

De acuerdo al lugar de residencia las vías de transmisión que conocen en la zona urbana son: el sexo sin preservativo en el 33% del colegio la Salle y el



44% del colegio Adolfo Valarezo; seguido de compartir jeringas y sexo oral. En la zona urbano marginal no se encontró diferencia con el colegio la Salle ya que los 5 estudiantes de este grupo que corresponde al 100% reconocen al sexo sin preservativo con vía de transmisión, a diferencia del colegio Adolfo Valarezo que 9 estudiantes que corresponde al 47% señalaron esta opción, el 40% con 8 alumnos señalan al sexo oral, y 5 estudiantes para el 10% señalaron los baños públicos.

Al analizar los conocimientos de los adolescentes sobre los factores de riesgo de contraer sífilis y gonorrea en las dos instituciones se demostró que para el género femenino la respuesta fue el sexo sin preservativo con un 51% del colegio Adolfo Valarezo y 56% del colegio la Salle; el 26% de la Salle y el 32% del Adolfo Valarezo no conocen los factores de riesgo; seguidos en igual porcentaje de la promiscuidad y las drogas en ambos colegios. Según el género masculino se observa igualmente que el factor de riesgo que conocen es el sexo sin preservativo con 51% del colegio la Salle y 60% del colegio Adolfo Valarezo; el 19% en la Salle y 13% en el Adolfo Valarezo no conocen; seguidos en iguales porcentajes de la promiscuidad y drogas en los dos colegios. Sin embargo, fueron identificados como factores predisponentes el uso de ropa interior ajena y las picaduras de mosquitos en un bajo porcentaje lo cual demuestra una vez más el insuficiente grado de conocimiento. En el estudio realizado por **Gamarraen San Juan de los Morros** donde encuestaron a 150 adolescentes el 90% respondió que el no uso de condón era factor de riesgo de contraer infecciones (20); el estudio de **Maritza Martínez Pérez en la Habana** que la respuesta más adecuada fue el tener relaciones sexuales desprotegidas con 528 respuestas para un 98.88%, seguidamente de las conductas sexuales inadecuadas con 496 para un 92.88%. Otra respuesta acertada se alcanzó en la categoría de uso de instrumentos no bien esterilizados (agujas, Jeringuillas, etc.) con un 50.56 %. (19) Sin embargo, también identificaron como factores predisponentes de forma incorrecta el uso de ropa interior ajena, las picaduras de mosquitos y usar utensilios personales de los enfermos.

Según el grupo de edad, el conocimiento de los factores de riesgo de la sífilis y gonorrea es: comparando los dos colegios se observa que en el grupo de 15



años del colegio Adolfo Valarezoque corresponde al 56% y del colegio la Salle con el 58% conocen que el factor de riesgo es el sexo sin preservativo, en comparación con el 42% de la Salle y el 31% del Adolfo que no conocen del tema. En el grupo de 16 años el 54% señalan al sexo sin preservativo en el Colegio la salle en comparación con 45% del Adolfo Valarezo, seguido de promiscuidad con el 18% en la Salle y 27% en el Adolfo Valarezo. Así mismo en el grupo de 17 años conocen como factor de riesgo al sexo sin preservativo en un mayor porcentaje con 48%% en la salle y 52% en el Adolfo Valarezo.

El conocimiento de los factores de riesgo de acuerdo al lugar de residencia mostró que en la zona urbana el 54% de la Salle y el 61% el Adolfo Valarezo conoce al sexo sin preservativo como factor de riesgo; seguido del 19% de La Salle y 14% del Adolfo Valarezo que no conocen. En la zona urbano marginal el 50% del Adolfo Valarezo no conoce acerca del tema y el 35% señalan al sexo sin preservativo, en cambio el 60% de la salle conoce que es por el alcoholismo seguido del sexo sin preservativo y promiscuidad.



VIII. CONCLUSIONES

Al realizar el presente trabajo se llegó a las siguientes conclusiones:

- Los adolescentes de las dos instituciones en más de la mitad de encuestados han recibido información sobre las infecciones de transmisión sexual principalmente sífilis y gonorrea; pero aun hay estudiantes que no conocen acerca de la temática en estudio.
- De los adolescentes que si conocen acerca de las infecciones de transmisión sexual, la principal fuente de información fue a través de conferencias organizadas por los directivos de los colegios, seguido en menor porcentaje de los profesionales médicos y publicaciones científicas; siendo los padres la ultima fuente de información a la que recurren los jóvenes.
- En cuanto al género, tanto hombres como mujeres en ambos colegios conocen sobre los factores de riesgo y vías de transmisión de las enfermedades de transmisión sexual principalmente de la sífilis y gonorrea, pero de estos aun existe un pequeño porcentaje que reconocen al uso de ropa en común y el uso de baños públicos como vías de transmisión, lo que nos indica la falta de información acerca del tema.
- De acuerdo al grupo de edad los alumnos de 17 años saben más como se transmite la sífilis y la gonorrea; pero hay adolescentes de 15 y 16 años que aún no conocen como se transmiten las infecciones de transmisión sexual debido a que en este grupo de edad aún no les instruyen al respecto.
- Se encontró además que los adolescentes que viven en la zona urbano-marginal tienen el mismo nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo y vías de transmisión de a sífilis y gonorrea, que los adolescentes de la zona urbana.



IX. RECOMENDACIONES

Al culminar con el trabajo investigativo y mediante el análisis de la información recolectada se puede proporcionar las siguientes recomendaciones:

- Que las instituciones educativas ofrezcan las oportunidades necesarias para que los adolescentes accedan a información veraz y oportuna sobre salud sexual y reproductiva.
- A las instituciones educativas que brinden información sobre el tema deben impulsar la práctica de la sexualidad segura sin que sea un tabú en los adolescentes, ya que muchos padres o representantes rechazan abordar el tema con sus hijos.
- Impulsar y establecer compromisos sobre la participación de la familia y los medios de comunicación masiva y otras entidades, en la educación sexual de los adolescentes, con especial énfasis en las infecciones de transmisión sexual.
- Los servicios que prestan asesorías deben proporcionar información actualizada ante las inquietudes que presenten las personas, principalmente los adolescentes, sobre las infecciones de transmisión sexual, el apoyo que brinde debe ser claro, preciso y confidencial, procurando que no se presente discriminación alguna.
- Que los medios por los que se difunda la información, hagan especial énfasis en la prevención de las infecciones de transmisión sexual.



X. BIBLIOGRAFÍA

1. **BOTERO J.** Obstetricia y Ginecología. Octava edición ed. Bogotá, Colombia: Editorial Tinta Fresca. 2008. Pag. 358-359
2. **REYES T. OSERO M. YAPUD M.** Conocimientos, actitudes y prácticas sobre infecciones de transmisión sexual en los adolescentes. Carchi: 2011
3. Centros para el control y prevención de enfermedades, revista médica. 2012. Recuperada en : www.cdc.gov/std/spanish/stdfact-syphilis-s.htm
4. **DUEÑAS I.** Prevalencia de sífilis (Tesis Especialidad). Colima, México: Hospital Regional Universitario de Colima; 2009.
5. Situación de las infecciones de transmisión sexual en el Ecuador 2007-2010: <http://svemsidaecu.blogspot.com/2011/10/situacion-de-las-infecciones-de.html>
6. **MANDELL L, DOUGLAS N. BENETT F.** Manual de Enfermedades Infecciosas, Principios y Práctica. Sexta Edición. Versión en castellano. 2008
http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/pdf/texto/16_vihside.pdf
7. **USANDIZAGA J. DE LA FUENTE P.** Obstetricia y ginecología. Cuarta edición. Madrid, España: Marbán; 2011. pag 956-957 y 967-969
8. Comentario epidemiológico de las enfermedades de declaración obligatoria y sistema de información microbiológica. España. Año 2011: <http://revista.isciii.es/index.php/bes/article/viewFile/750/845>



9. **RÍOS B. YERA M. GUERRERO M.** Conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes Revista Archivo Médico de Camagüey. 2009. Recuperado en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552009000200008&script=sci_arttext
10. **LOMBARDIA J. FERNÁNDEZ M.** Ginecología y obstetricia. Segunda ed. Madrid: Panamericana; 2009. Pag 172-174
11. **FUNDASIDA**, (Fundación Nacional para la Prevención, Educación Acompañamiento de la Persona VIH/SIDA.) Conocimientos actitudes y prácticas sexuales entre los adolescentes escolares y su relación con las ITS-VIH/sida.
12. **CARRADA T.** Sífilis: actualidad, diagnóstico y tratamiento. 2008. recuperado en: www.ejournal.unam.mx/rfm/n046-6/RFM46607.pdf
13. **LONGMORE M. WILKINSON I. DAVIDSON E. FOULKES A. MAFI A.** Manual Oxford de medicina interna. Octava ed. Madrid; España: 2010. Pag 431
14. **TREJOS S. ZAMBRANO J.** Manual para el diagnostico de sífilis.2010.
15. Conocimiento de enfermedades de transmisión sexual. Tema de tesis. 2009

<http://www.monografias.com/trabajos59/conocimiento-enfermedades-sexuales/conocimiento-enfermedades-sexuales2.shtml>
16. **CERVERA J. PÉREZ E. PERPIÑÁ J.** Enfermedades de transmisión sexual y adolescencia: generalidades y prevención 2009
Recuperado en:
http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/salud_reproductiva/15%20Salud%20reproductiva%20e.pdf



17. **Vigilancia epidemiológica de sífilis y gonorrea.** 2013. Recuperado en: www.Epiminsal.cl/epi/html/normas/circul/CIRCULAR_24_SIFILIS_GONORREA_2013.pdf

18. **MEJÍA L. IZAGUIRRE G. ARDÓN I.** Conocimiento de Enfermedades de Transmisión Sexual en Adolescentes. Universidad Pedagógica Nacional "Francisco Morazán". Tegucigalpa, México; 2008
Recuperado de : <http://www.monografias.com/trabajos65/enfermedades-sexuales/enfermedades-sexuales2.shtml#ixzz2iVzVkgWD>

19. **PÉREZ M. ALONSO M. RODRÍGUEZ M. QUEVEDO M.** Conocimiento de los adolescentes sobre las infecciones de transmisión sexual. Revista de Ciencias Médicas La Habana 2009. Recuperado en: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol15_2_09/hab08209.html

20. **GAMARRA C.** Conocimiento de la población mayor de 15 años en la promoción de la salud sobre las enfermedades de transmisión sexual y Sida. Morros. 2009

<http://www.monografias.com/trabajos13/testrans/testrans.shtml#ixzz2iWlicYRz>
<http://www.monografias.com/trabajos13/testrans/testrans.shtml>



Anexo 1. ENCUESTA

Universidad Nacional de Loja

Área de la Salud humana

Carrera de medicina



El siguiente cuestionario permitirá realizar una investigación que pretenda determinar el nivel de conocimiento sobre dos grupos de infecciones de transmisión sexual: sífilis y gonorrea; en los estudiantes de segundo y tercero de bachillerato. Los datos obtenidos en la encuesta, son eminentemente profesionales.

DATOS GENERALES

Sexo: Femenino () Masculino ()

Edad:

Lugar de residencia:

Año de bachillerato:

1. ¿Ha recibido alguna vez información sobre infecciones de transmisión sexual?

Si. ()

No. ()

4. ¿Ha recibido alguna vez información sobre infecciones de transmisión sexual, principalmente sobre sífilis y gonorrea?

• Si.

• No.

5. Si su respuesta ha sido afirmativa. Señale las vías por las que ha recibido esta información.

__ TV. __ Padres.

__ Amigo/ Amiga. __ Médico.

__ Maestro. __ Internet.

__ Publicaciones científicas. __ Revistas



6. Identifique las formas de contagio que usted conoce sobre la sífilis y gonorrea.

- Beso.
- Compartir jeringas.
- Uso de ropa en común.
- Uso de baños públicos.
- Picadura de insecto.
- Sexo sin condón.
- Transfusión de sangre sin analizar.
- Lactancia Materna.
- Estrecharse las manos.
- Sexo oral.

7. De las siguientes conductas. Señale cuales usted considera son riesgo para contraer sífilis y gonorrea.

- Drogadicción.
- No uso de condón con una relación ocasional.
- Promiscuidad.
- Hábito de fumar
- Alcoholismo.

10. Cree usted que es necesario que se brinde conocimientos acerca de las enfermedades de trasmisión sexual en su plantel. Sugiera la forma en que desearía estos.

Si () No ()

.....
.....

Firma:

Realizado por: Leyda N. MerchánC.



Anexo 2.

Solicitud dirigida al colegio Adolfo Valarezo.

Loja, 14 de Octubre del 2013

Dr. Enrique Mendoza

VICERRECTOR DEL COLEGIO “Adolfo Valarezo” (E)

Ciudad.

De mis consideraciones.-

Yo, Leyda Narcisa Merchán Castro con CI: 1104882335, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, me dirijo a usted muy comedidamente se me conceda el permiso correspondiente para poder realizar una encuesta a los estudiantes de Segundo y Tercero de Bachillerato de su noble institución; datos que serán utilizados para la realización de mi investigación de tesis para la obtención de Medico General.

Por la atención que se digne dar a la presente le anticipomis más sinceros agradecimientos.

Att.

Leyda Merchán Castro

1104882335



Anexo 3.

Solicitud dirigida al colegio José Antonio Eguiguren “La Salle”.

Loja, 15 de Octubre del 2013

Hermano Edgar Alberto Cobo Granda

RECTOR DEL COLEGIO JOSÉ ANTONIO EGUIGUREN “LA SALLE”

Ciudad.

De mis consideraciones.-

Yo, Leyda Narcisa Merchán Castro con CI: 1104882335, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, me dirijo a usted muy comedidamente se me conceda el permiso correspondiente para poder realizar una encuesta a los estudiantes de Segundo y Tercero de Bachillerato de su noble institución; datos que serán utilizados para la realización de mi investigación de tesis para la obtención de Medico General.

Por la atención que se digne dar a la presente le anticipo mis más sinceros agradecimientos.

Att.

Leyda Merchán Castro

1104882335

Anexo 3.





¿Cómo se previene??

La **ABSTINENCIA**, postergando el inicio sexual y esparar el momento y la persona adecuada es la única manera segura de evitar la transmisión.

Usando correctamente un preservativo o condón cada vez que se tiene una relación sexual: vaginal, anal u oral

Siendo mutuamente fiel a nuestra pareja.



Importante:

- Si notas algún síntoma o signo, acude al centro de salud más cercano, para exámenes, tratamiento y consejería.
- Cumple con los tratamientos completos; aun si han desaparecido los síntomas
- No te automediques
- Conversa con tu pareja, sobre sus inquietudes o miedos.

La decisión es siempre tuya, infórmate y cuidate; es la única y mejor manera de proteger tu salud y tu vida



ÁREA DE LA SALUD HUMANA

Medicina Humana

ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL



SIFILIS Y GONORREA

¿Por qué son la sífilis y la Gonorrea

infecciones causadas por bacterias que se transmite a través de los fluidos corporales durante relaciones sexuales y son muy contagiosas



discriminan la edad ni el género, ni si es tu primera vez

SÍNTOMAS DE LA SIFILIS

Fase primaria: aparece una úlcera o chancro a nivel de la entrada del microorganismo, aparece entre 3 semanas y 3 meses. Cura espontáneamente



Secundaria: la lesión es altamente contagiosa, y se acompaña de síntomas como malestar general, fiebre, cefalea, que se resuelven espontáneamente.



Latente: desaparecen los síntomas, permanecen así durante 1 o 2 años, para luego pasar a la fase final si no se trata adecuadamente

Terciaria: Se presenta en personas que no reciben tratamiento; desarrollan neurosífilis y sífilis cardiovascular las cuales son mortales

VIAS DE TRANSMISIÓN

En las RELACIONES SEXUALES no protegidas con alguien que tiene una infección de transmisión



De MADRE A HIJO durante el embarazo o el parto.



En bajo porcentaje a través de transfusiones de sangre sin analizar.

FACTORES DE RIESGO

Dentro de los factores de riesgo tenemos:
No uso de condón en una relación ocasional

Tener varias parejas sexuales

Drogadicción

Alcoholismo

¿varias parejas?



...para la transmisión!

SINTOMAS DE LA GONORREA

- Dolor o ardor al orinar
- Secreción o mal olor en la vagina o el pene
- Dolor al tener relaciones
- Dolor en la parte baja del abdomen (en las mujeres)





Anexo 6

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO,estoy de acuerdo en participar de forma voluntaria en la investigación titulada: Nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo y vías de transmisión de la sífilis y la gonorrea en los estudiantes de los colegios Adolfo Valarezo y la Salle de la ciudad de Loja.

Se me ha informado que la presente investigación tiene como objetivo, educar sobre las infecciones de transmisión sexual y se aplicara una escueta anónima, de preguntas que he de responder con la mayor responsabilidad posible

Mi participación es voluntaria, ya que la presente investigación no atenta contra mi pudor, por lo cual, y para que así conste, firmo el presente consentimiento.

A los..... Días, del mes de.....del 2013

.....

.....



Firma del Alumno

Firma del Docente

XII. INDICE

PORTADA.....I

CERTIFICACIÓN.....II

AUTORÍA.....III

CARTA DE AUTORIZACION DE TESIS.....IV

DEDICATORIA.....V

AGRADECIMIENTO.....IV

I. TITULO.....7

II. RESUMEN/SUMMARY.....8 - 9

III. INTRODUCCIÓN.....10 - 11

IV. REVISIÓN DE LITERATURA

ITS EN LOS ADOLESCENTES.....12

CONOCIMIENTO DE SÍFILIS Y GONORREA EN ECUADOR.....13

SIFILIS.....14-20

GONORREA.....21-25

FACTORES DE RIESGO DE ITS EN ADOLESCENTES.....26-31

SALUD SEXUAL Y PREVENCION.....31-38

V. MATERIALES Y MÉTODOS.....39 - 41

VI. RESULTADOS.....42 - 69

VII. DISCUSIÓN.....70- 73

VIII. CONCLUSIONES.....74



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

IX.	RECOMENDACIONES.....	75
X.	BIBLIOGRAFIA.....	76 - 78
XI.	ANEXOS.....	79– 87
XII.	INDICE.....	88