

UNIVERSIDAD PRIVADA DE HUANCAYO “FRANKLIN ROOSEVELT”

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

“INFLUENCIA DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS ADOLESCENTES DEL QUINTO AÑO DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA, 19 DE ABRIL DE CHUPACA, PERIODO JULIO – SEPTIEMBRE 2017.”

PARA OPTAR EL TÍTULO DE OBSTETRA

PRESENTADO POR:

Bachiller en Obst. AGUILAR ROCHA, ISSAMAR HAYDEE

Bachiller en Obst. CRUZ MEZA, CYNTHIA TEODORA

Huancayo – Perú

2017

ASESOR

Mg. Marleny Fátima Zarate Toribio

DEDICATORIA

Dedicamos esta tesis a Dios por permitirnos tener vida, salud y poder realizar uno de nuestros objetivos.

A nuestros padres, por brindarme su amor, apoyo, comprensión y educación durante ésta larga y hermosa carrera de obstetricia.

A nuestros hermanos, por su ejemplo, quienes nos enseñaron que con el trabajo y perseverancia se encuentra el éxito profesional.

A nuestros maestros, por su apoyo, paciencia y brindarnos sus conocimientos para poder ser buenos profesionales.

A la Universidad privada de Huancayo franklin Roosevelt por habernos aceptado y ser parte de esta institución.

Los Autores.

AGRADECIMIENTO

A todas aquellas personas que de una u otra forma brindaron su apoyo en el desarrollo del presente trabajo.

Los Autores.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	viii
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Descripción del problema	10
1.2. Formulación del problema	11
1.3. Objetivo de la investigación	12
1.3.1. Objetivo General	12
1.3.2. Objetivos específicos	12
1.4. Justificación de la investigación	13
1.5. Limitación de la investigación	14
2. MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes	15
2.1.1. Internacionales	15
2.1.2. Nacionales	16
2.1.3. Bases teóricas de la investigación	18
2.1.4. Marco conceptual	48
2.2. Hipótesis	50
2.2.1. Hipótesis General	50
2.2.2. Hipótesis Específicas	50
2.3. Variables	51
2.3.1. Tipos de variables	51
3. METODOLOGÍA	
3.1. Método de la investigación	51
3.2. Tipo y nivel de investigación	52
3.3. Diseño de la investigación	52
3.4. Población de estudio	52
3.5. Muestra	53
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	54
3.7. Técnica de procesamiento de la investigación	55

4. RESULTADOS	56
5. DISCUSIÓN	65
6. CONCLUSIONES	70
7. RECOMENDACIONES	71
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
9. ANEXOS	76

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la influencia de una intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual en el nivel de conocimiento de los adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa 19 de abril de Chupaca, Periodo julio – setiembre 2017. Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo-correlacional con diseño pre-experimental de pre-test/post-test con un solo grupo. La población estuvo constituida por todos los adolescentes del quinto año de secundaria que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, para el estudio se utilizó el registro censal de 117 alumnos que cursan el quinto año de secundaria. El análisis se realizó con prueba de T para muestras relacionadas con nivel de significación $\alpha = 0.05$.

Los resultados fueron: antes de la intervención educativa en el pre-test el 78% de los adolescentes encuestados, tenían un nivel de conocimientos bajo sobre Infecciones de transmisión sexual y el nivel medio calificó en un 28%. El 5% de los encuestados evidenció un alto nivel de conocimientos. El resultado pos-test, después de la intervención educativa, muestra resultados satisfactorios, por cuanto un 73% de adolescentes reveló un alto nivel de conocimientos y un 26% alcanzó un conocimiento medio, solo un 2% de adolescentes presentó un bajo nivel de conocimientos.

Se concluye que, la intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual influye en el nivel de conocimiento de los adolescentes, encontrándose diferencias significativas entre el pre-test y el post-test con un alto grado de significancia estadística de $p\text{-valor} < 0,05$, probándose la hipótesis propuesta

Palabras claves: Infecciones de transmisión sexual, intervención educativa.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen importantes y graves problemas de Salud Pública debido a sus altas tasas de incidencia y prevalencia, por su capacidad de transmisión perinatal, por sus complicaciones en la salud sexual y reproductiva, y por facilitar la transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Existe una estrecha relación entre la diseminación de las ITS y la transmisión del VIH, ya que se ha demostrado que las ITS ulcerativas y no ulcerativas aumentan el riesgo de transmisión sexual del VIH incrementando la infección. Estos efectos desencadenan serias consecuencias en la salud de la población mundial, lo que se refleja en el ámbito social y económico de los países.

Las infecciones de transmisión sexual siguen siendo un problema de salud pública a nivel mundial y en nuestro país, los adolescentes no están exentos a la progresión de esta pandemia; debido al inicio precoz de las relaciones sexuales, siendo ellos los más afectados ya que tienen características propias como la falta de control de impulsos, la ambivalencia emocional y la falta de conocimiento los condicionan a mantener comportamientos de riesgo, exponiéndolos a ser víctimas de las infecciones de transmisión sexual.

Es importante que el personal de salud y más aún la obstetra que, en su rol docente, es responsable de contribuir a prevenir las infecciones de transmisión sexual, realice programas educativos que puedan incrementar conocimientos y generar actitudes favorables y responsables sobre la edad adecuada para el inicio de las relaciones sexuales, así como la prevención de las infecciones de transmisión sexual, evitando con ello la incidencia de la problemática señalada

En este sentido la interrogante a investigar fue ¿Cuál es la influencia de una intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual en el nivel de conocimiento de los adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa 19 de abril de Chupaca, Periodo julio – setiembre 2017?, planteándose un estudio de tipo relacional de pre-test/pos-test con un solo grupo, considerando como objetivo general, determinar la influencia de una intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual en el nivel de conocimiento de los adolescentes del quinto año de secundaria y como objetivos específicos: Analizar los resultados de la influencia de una intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual de origen bacteriano, viral, hongos y ectoparásitos en el nivel de conocimiento de los adolescentes; Analizar los resultados de la influencia de una intervención educativa sobre la prevención de las infecciones de transmisión sexual en el nivel de conocimiento de los adolescentes.

De este modo la presente tesis en la primera parte se presenta el planteamiento del problema, objetivo general y objetivos específicos, justificación y limitaciones; en la segunda parte se presenta el marco teórico donde se detalla los antecedentes, las bases teóricas, el marco conceptual, las variables de estudio; en la tercera parte se presenta la metodología de la investigación señalando el tipo y nivel de investigación, el método y diseño de la investigación, contiene también a la población, muestra y muestreo, la técnica e instrumento de recolección de datos y a la técnica de análisis de datos que se emplea y la finalmente se muestra los resultados de la investigación; para así obtener las conclusiones y plantear las recomendaciones.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema.

La Organización Mundial de la Salud estima que cerca de 333 millones de infecciones transmitidas sexualmente (ITS) curables se suceden cada año en todo el mundo. Sólo en América, cada año se reportan alrededor de 15 millones de ITS, significando la cuarta parte del total de las ITS reportadas al año; de éstas, cerca de 65% son padecidas por jóvenes menores de 24 años, y alrededor de tres millones de casos ocurren en el grupo de adolescentes. [1]

El grupo de adolescentes se ve más afectado por agentes como *Chlamydia trachomatis*, el herpes virus tipo 2, el virus del papiloma humano (VPH) y las hepatitis B y C, así como por la infección por el VIH, con el agravante de que, hasta el momento, fuera de la infección por *Chlamydia* y sus complicaciones asociadas a infertilidad, el resto de estos patógenos no cuenta con una cura clínica definitiva. [2]

De este grupo etario, en la última década, tanto el VIH como el virus herpes simple tipo 2 han incrementado su impacto en forma importante. La drogadicción, el incremento de centros diversión con atractivo principal en las actividades sexuales, el desarrollo de las vías de comunicación, entre las que se incluye a internet, y el inicio temprano de la actividad sexual entre jóvenes con escasa información sobre planificación familiar y protección de infecciones transmitidas sexualmente, son en el adolescente, los principales factores de riesgo.

Los pacientes adolescentes son un grupo de alto riesgo en el que las infecciones genitales son más frecuentes, y más aún las transmitidas sexualmente; en ellos,

la asesoría y la educación sexual pueden prevenir en gran medida infecciones transmitidas sexualmente o secundarias al desequilibrio de la flora genital. [2]

Observando todas estas evidencias, en relación a los datos estadísticos, además de las reseñas empíricas de la realidad social, estamos frente a una problemática de amplia magnitud y que no es indiferente de abordaje sanitario. Por lo cual, es importante que el personal de salud y más aún la obstetra que, en su rol docente, es responsable de contribuir a prevenir las infecciones de transmisión sexual, realice programas educativos que puedan incrementar conocimientos y generar actitudes favorables y responsables sobre la edad adecuada para el inicio de las relaciones sexuales, así como la prevención de las infecciones de transmisión sexual, evitando con ello la incidencia de la problemática señalada.

Por lo expuesto, nos formulamos la siguiente interrogante: ¿Cuál es la influencia de una intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual en el nivel de conocimiento de los adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa 19 de abril de Chupaca, Periodo julio – setiembre 2017?

1.2. Formulación del problema.

1.2.1. Problema general.

¿Cuál es la influencia de una intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual en el nivel de conocimiento de los adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa 19 de abril de Chupaca, Periodo julio – setiembre 2017?

1.2.2. Problemas específicos.

- a. ¿Cuál es la influencia de una intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual de origen bacteriano, viral, hongos y ectoparásitos en el nivel de conocimiento de los adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa 19 de abril de Chupaca, Periodo julio – setiembre 2017?
- b. ¿Cuál es la influencia de una intervención educativa sobre la prevención de las infecciones de transmisión sexual en el nivel de conocimiento de los adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa 19 de abril de Chupaca, Periodo julio – setiembre 2017?

1.3. Objetivos de la investigación.

1.3.1. Objetivo general.

- Determinar la influencia de una intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual en el nivel de conocimiento de los adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa 19 de abril de Chupaca, Periodo julio – setiembre 2017.

1.3.2. Objetivos específicos.

- Analizar los resultados de la influencia de una intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual de origen bacteriano, viral, hongos y ectoparásitos en el nivel de conocimiento de los adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa 19 de abril de Chupaca, Periodo julio – setiembre 2017.

- Analizar los resultados de la influencia de una intervención educativa sobre la prevención de las infecciones de transmisión sexual en el nivel de conocimiento de los adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa 19 de abril de Chupaca, Periodo julio – setiembre 2017

1.4. Justificación de la investigación.

1.4.1. Justificación practica

El presente trabajo de investigación se realiza, porque existe la necesidad de mejorar el problema del bajo nivel de conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual de los adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa, integrando temas básicos que la población adolescente debería conocer, con la finalidad de brindar información suficiente para que los estudiantes puedan mejorar sus conocimientos respecto a los temas de ITS y puedan adoptar prácticas en pro de su salud.

1.4.2. Justificación metodológica

Por otra parte, el material educativo presentado en la investigación, podrá ser utilizado en otras sesiones educativas dirigidas exclusivamente para adolescentes, tanto por la comunidad profesional como por parte de la comunidad estudiantil.

1.4.3. Justificación teórica

Los resultados de la investigación contribuirán a enriquecer los conceptos y enfoques teóricos de las variables que se estudian. El estudio también aportara al aumento de la producción científica a nivel local como nacional.

1.5. Limitación de la investigación.

El presente estudio de investigación se limita a determinar la influencia de una intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual en el nivel de conocimiento de los adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa 19 de abril de Chupaca, Periodo julio – setiembre 2017.

Este trabajo tiene limitación haber sido desarrollado en adolescentes de un contexto urbano marginal el cual tiene características propias, por lo que no se puede generalizar los resultados a la población en general.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes.

2.1.1. Internacionales

Escalona M, Varón M, Eviés A, San Miguel F, Vargas A. realizaron en el 2011 un estudio de diseño cuantitativo, cuasi experimental (con pre-test y post-test), de campo y de corte transversal, con el objetivo de determinar los conocimientos sobre la sexualidad que poseen un grupo de adolescentes antes y después de aplicar un programa educativo; la población estuvo conformada por 300 adolescentes del centro de atención externa del Hospital Dr. Jorge Lizárraga en Colombia. Los resultados mostraron que las edades de los adolescentes a quienes se les aplicó los test estuvieron entre 15 y 17 años. La aplicación del programa educativo tuvo un efecto significativo y considerable en los adolescentes participantes pues se incrementó los conocimientos sobre sexualidad. El puntaje obtenido antes del programa en la dimensión Infecciones de transmisión sexual – VIH/SIDA fue del 44.9% y después del programa 85.4%. [3]

Borges Y, Díaz R, Arguelles M, Iznaga Y, Vistel R. realizaron en el año 2010 en Cuba, un estudio pre-experimental con el objetivo de modificar el conocimiento en adolescentes sobre Infecciones de Transmisión Sexual; la población estuvo constituida por 120 adolescentes del consultorio médico 3501 del Policlínico "Ángel Machaco Amejeiras", aplicaron como instrumento un cuestionario, previo consentimiento informado analizando variables como edad, conocimiento sobre los temas relacionados con las Infecciones de transmisión sexual. Los resultados refieren que el 67% de los adolescentes con edades entre 15 y 17 años tienen desconocimiento sobre el tema. Sin

embargo, luego del desarrollo de la intervención se incrementa el nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual, el 98% tuvieron un nivel de conocimiento alto. [4]

Brito M, Carvajal M, Cifuentes G, Delgado A, Escalona SA, Galarreta D. en el 2010 en Cuba, realizaron un estudio de diseño explicativo pre-experimental con el objetivo de incrementar el conocimiento sobre Salud Sexual y Reproductiva; la población estuvo constituida por 100 adolescentes por conveniencia. Aplicaron como instrumento un cuestionario, un pre- test estructurado de 20 preguntas de tipo cerradas de selección única, posteriormente les aplicaron el programa educativo evaluándose mediante un pos-test. Los resultados refieren que en el pre-test se ubicaron en la categoría regular (30%) y bueno (70%), mientras que el post- test se ubicó en 100% categoría excelente lo que demostró el éxito de la aplicación del programa. [5]

2.1.2. Nacionales.

Ildefonso M. realizó en 2015 un estudio de tipo cuasi experimental, prospectivo, de corte longitudinal con el objetivo de determinar el efecto de la intervención educativa en el conocimiento sobre salud sexual y reproductiva antes, inmediatamente después y a 30 días de la intervención, de los adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Privada “Trilce”, la población estuvo constituida por 53 alumnos que cursan el quinto año de secundaria de la Institución Educativa, utilizándose como instrumento un cuestionario ad hoc sobre conocimientos de salud sexual y reproductiva, recolectado a través de una encuesta. Los resultados fueron: la edad promedio de los adolescentes fue 16.3 años. En cuanto al

conocimiento sobre salud sexual y reproductiva antes de la intervención educativa solo el 34% de los adolescentes obtuvieron un nivel de conocimiento alto, inmediatamente después de concluida la intervención el 95% obtuvieron un conocimiento alto y a 30 días de la intervención se obtuvo un 90% con nivel de conocimiento alto, encontrándose que existe diferencia significativa ($p=0.000$), es decir, existe un efecto positivo de la intervención educativa en los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Concluyendo que la intervención educativa tuvo un efecto positivo en el conocimiento sobre salud sexual y reproductiva inmediatamente y a 30 días de la intervención, de los adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Privada "Trilce", noviembre - diciembre 2015. [6]

Miranda R. realizó en 2016 un estudio de tipo prospectivo cuasi experimental con el objetivo de determinar la influencia de un Programa Educativo en el nivel de conocimiento de la Salud Sexual y Reproductiva de los alumnos del colegio nacional "Juana Moreno" de Huánuco, se trabajó con una muestra de 45 estudiantes. Los resultados fueron: la edad media que prevaleció fue la que fluctuaban entre los 16 a 18 años, con un total del 62%, según el sexo el que más predominó dentro del grupo de estudio fue el sexo masculino con el 60%. En cuanto al conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual antes del programa educativo de salud sexual y reproductiva el 64% de los adolescentes tenían un conocimiento bajo, inmediatamente después de concluido el programa educativo se conoció que el 66% tenían conocimiento calificativo como alto y el 26,6% nivel medio en relación a las infecciones de transmisión sexual. [7]

Zárate J. realizó en 2008 un estudio de tipo cuantitativo pre experimental con el objetivo de determinar la efectividad de la educación sanitaria en el nivel de conocimiento y prevención de infecciones de transmisión sexual de los adolescentes de 4to y 5to de secundaria del Colegio Marco Punte Llanos de Lima, se trabajó con una muestra 120 estudiantes de 15 a 18 años de edad. Los resultados fueron: la edad media que prevaleció fue las que fluctuaban entre los 16 a 18 años, la información se recolecto mediante la aplicación de un cuestionario a través de una encuesta. Los resultados fueron: en el pre test 100% (120) de la muestra; el mayor porcentaje 55% (66) de los estudiantes tienen un nivel medio de conocimiento y el menor porcentaje tiene un nivel alto y bajo; mientras que en el post test el mayor porcentaje 81% (97) de los alumnos alcanzaron un nivel de conocimiento alto y ninguno obtuvo nivel de conocimiento bajo sobre las infecciones de transmisión sexual. [8]

2.1.3. Bases teóricas de la investigación.

2.1.3.1. Conocimiento

a. Definición

Capacidad humana, basada en la experiencia, que tiene como fin transformar la información en decisiones y acciones, cuya generación, transmisión y conservación implica un proceso intelectual de enseñanza y aprendizaje. [32]

El conocimiento genera conocimiento mediante el uso de la capacidad de razonamiento. Es intangible (no es algo físico que pueda verse o tocarse), es volátil (sin uso, se pierde con el paso del tiempo). El conocimiento

aumenta cuando se comparte, a la vez que se transfiere sin perderse, esto carece de valor si permanece estático. Solo genera valor el conocimiento que se mueve, es decir, que se transfiere o se transforma. [32]

b. Clasificación

Autores como Platón, San Agustín, Descartes, Ockham, Pascal y Bacon nos hablan de dos tipos de conocimiento: [32]

CONOCIMIENTO INTUITIVO: entendido como la aprehensión mediata de las experiencias internas o externas cuando se experimentan o perciben.

CONOCIMIENTO DEDUCTIVO: desarrollado en base a la formulación de puntos de partida o hipótesis básicas y deduciendo luego sus consecuencias con ayuda de teorías formales.

CONOCIMIENTO EMPÍRICO: basado en la experiencia y, especialmente en la percepción. Está en constante evolución y se adquiere gracias a los cambios y situaciones vividas por cada persona.

CONOCIMIENTO CIENTÍFICO: utiliza modelos, métodos, procedimiento e información abstracta con el fin de determinar y explicar porque suceden las cosas. Sus resultados están fundamentados en la realidad y en las investigaciones. Va más allá de lo empírico por medio de él se conoce las causas y las leyes que rigen los fenómenos.

2.1.3.2. Adolescencia

La adolescencia es el periodo de transición de la niñez a la edad adulta, que según el Ministerio de Salud mediante la Resolución Ministerial N° 538-

2009/MINSA, dentro del código del niño y adolescente considera que las edades del adolescente fluctúan entre los 12 a 17 años, 11 meses y 29 días (14). A su vez la adolescencia está dividida en tres fases o etapas: La adolescencia temprana, entre los 10 y 13 años; la adolescencia media, entre los 14 a 16 años; y la adolescencia tardía, entre los 17 y 19 años (15). La transición reúne las siguientes características: Desarrollo biológico desde el comienzo de la pubertad hasta la completa madurez sexual y reproductiva; Desarrollo psicológico desde patrones cognoscitivos y emocionales de la niñez hasta los patrones cognoscitivos de la edad adulta; Transito desde el estado de total dependencia socioeconómica de la niñez a una independencia relativa. Este periodo se caracteriza por el riesgo para la salud asociados con el uso indebido de sustancias, las enfermedades de transmisión sexual, embarazo y otras.

A. Fases de la adolescencia

Ningún esquema único de desarrollo psicosocial puede aplicarse a todo joven, pues la adolescencia constituye un proceso altamente variable en cuanto al crecimiento y desarrollo biológico, psicológico y social de las diversas personas. Además de las diferencias en cuanto a la edad en que los jóvenes inician y terminan su adolescencia, las variaciones individuales en la progresión a través de las etapas pueden ser sustanciales. Así también, el proceso puede ser asincrónico en sus distintos aspectos (biológico, emocional, intelectual y social) y no ocurrir como un continuo, sino presentar períodos frecuentes de regresión en relación con estresores. Además, muestra diferencias y especificidades derivadas de factores como el sexo y etnia del joven, y del ambiente en

que se produce (urbano o rural, nivel socioeconómico y educacional, tipo de cultura, etc.). Aun teniendo en cuenta las limitaciones previas, el desarrollo psicosocial en la adolescencia presenta en general características comunes y un patrón progresivo de 3 fases. No existe uniformidad en la terminología utilizada para designar estas etapas, sin embargo, lo más tradicional ha sido denominarlas adolescencia temprana, media y tardía (16). Tampoco existe homogeneidad respecto a los rangos etarios que comprenderían, sin embargo, estos serían aproximadamente los siguientes:

- **Adolescencia Temprana (10 a 13 años) Inicio de la maduración:** Biológicamente, es el periodo con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquía. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física
- **Adolescencia intermedia o propiamente dicha (14 a 16 años):** Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

- **Adolescencia tardía (17 a 19 años):** Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes" (17). La sexualidad de los adolescentes es un tema relevante, conflictivo, porque durante esta etapa convergen una serie de factores que interactúan de manera compleja y muchas veces opuesta. Por eso, es fundamental tener claro todo el proceso de la adolescencia para luego abordar las implicaciones de la sexualidad en esta etapa (18).

2.1.3.3. Intervención Educativa

La intervención educativa es el conjunto de actuaciones de carácter motivacional, pedagógico, metodológico y de evaluación, que se desarrollan por parte de los agentes de intervención, bien sean institucionales o personales, para llevar a cabo un programa previamente diseñado y cuyo objetivo es intentar que las personas o grupo con los que se interviene alcance, en cada caso, los objetivos propuestos en dicho programa. La intervención es un proceder que se realiza para promover un cambio, generalmente, de conducta en términos de conocimientos, actitudes o prácticas, que se constata evaluando los datos antes y después de la

intervención, por lo que se hace necesario tener en cuenta la metodología a seguir. [33]

Conceptualmente, una clase o sesión de aprendizaje se refiere a la ejecución de un conjunto de actividades pedagógicas que desarrollan los docentes con los educandos, dentro o fuera del aula, en el que se efectúan diversas experiencias en torno a un tema, contenido, capacidad, competencia u objetivo, con el fin de que los educandos logren aprendizajes, en un corto período de tiempo (45, 90 o 135 minutos).

En forma amplia, una sesión de aprendizaje comprende el desarrollo de un proceso formativo a través de diversos métodos, actividades, proyectos, etc., siendo parte de una Unidad de Aprendizaje. En otra perspectiva conceptual, una sesión es un proceso de interacción entre los sujetos y los elementos del currículum (educandos, docentes, métodos, materiales, etc.). Walter Peñaloza denomina a este proceso Sistema de Aprendizaje, que es el espacio donde se materializan todas las previsiones formuladas, a fin que estas lleguen de la manera eficaz posible a los alumnos. El Sistema de Aprendizaje, según este autor, son los procedimientos para que los alumnos vivan como experiencias lo que hasta este momento no son sino planes, debiendo considerarse para su ejecución lo siguiente: que se refiera a la acción directa respecto a los educandos y que apunta, por tanto, a la esfera de las actuaciones; que el sujeto inmediato al esfuerzo del docente es el educando, sea en relación directa o a distancia; que el sistema de aprendizaje debe reposar en el conocimiento del educando, por lo que el docente debe estar informado de la psicología (especialmente de los factores del aprendizaje, la inteligencia emocional y múltiple, etc.), sociología,

antropología comunicación y otras disciplinas afines que se relacionan los educandos; que debe ser una labor flexible y no debe aplicarse mecánica irreflexivamente lo normado por la superioridad; que debe emplearse diversos métodos particularmente, los actuales avances de las tecnologías de información adecuándolos convenientemente a las características de los educandos y los temas a tratar. [34]

La Sesión de Aprendizaje es el conjunto de situaciones que cada docente diseña y organiza con secuencia lógica para desarrollar un conjunto de aprendizajes propuestos en la unidad didáctica; la Sesión de Aprendizaje desarrolla dos tipos de estrategias de acuerdo a los actores educativos: del Docente (Estrategias de Enseñanza o Procesos Pedagógicos) y del Estudiante (Estrategias de aprendizaje o Procesos Cognitivos / socio-afectivos / motores).

Los procesos pedagógicos son aquellas actividades que desarrolla el docente de manera intencional con el objeto de mediar el aprendizaje significativo del estudiante; estas prácticas docentes son un conjunto de acciones intersubjetivas y saberes que acontecen entre los que participan en el proceso educativo con la finalidad de construir conocimientos, clarificar valores y desarrollar competencias para la vida en común. Cabe señalar que los procesos pedagógicos no son momentos, son procesos permanentes y se recurren a ellos en cualquier momento que sea necesario. [35]

Estos procesos pedagógicos son:

Motivación: es el proceso permanente mediante el cual el docente crea las condiciones, despierta y mantiene el interés del estudiante por su aprendizaje. [35]

Recuperación de los saberes previos: los saberes previos son aquellos conocimientos que el estudiante ya trae consigo, que se activan al comprender o aplicar un nuevo conocimiento con la finalidad de organizarlo y darle sentido; algunas veces estos suelen ser erróneos o parciales, pero es lo que el estudiante utiliza para interpretar la realidad. [35]

Conflicto-cognitivo: es el desequilibrio de las estructuras mentales, se produce cuando la persona se enfrenta con algo que no puede comprender o explicar con sus propios saberes. [35]

Procesamiento de la información: es el proceso central del desarrollo del aprendizaje en el que se desarrollan los procesos cognitivos u operaciones mentales; estas se ejecutan mediante tres fases: Entrada – Elaboración – Salida. [35]

Aplicación: es la ejecución de la capacidad en situaciones nuevas para el estudiante, donde pone en práctica la teoría y conceptualización adquirida. [35]

Reflexión: es el proceso mediante el cual reconoce el estudiante sobre lo que aprendió, los pasos que realizó y cómo puede mejorar su aprendizaje. [35]

Evaluación: es el proceso que permite reconocer los aciertos y errores para mejorar el aprendizaje. [35]

2.1.3.4. Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

1. Definición

Son un grupo de infecciones llamadas comúnmente infecciones venéreas o de transmisión sexual, que se transmiten de una persona infectada a otra sana por contacto sexual.

Las ITS se propagan predominantemente por contacto sexual, incluidos el sexo vaginal, anal y oral. También se pueden propagar por medios no sexuales, por ejemplo, las transfusiones de sangre o productos sanguíneos. Muchas ITS; en particular, la clamidiasis, la gonorrea, la hepatitis B primaria, el VIH y la sífilis, pueden transmitirse también de madre a hijo durante el embarazo o el parto.

Una persona puede tener una ITS sin manifestar síntomas de enfermedad. Los síntomas comunes de las ITS incluyen flujo vaginal, secreción uretral o ardor en los hombres, úlceras genitales y dolor abdominal.

2. Bacterias relacionadas con las ITS

a. Infección genital por *Chlamydia trachomatis*

La infección por *Chlamydia trachomatis* es considerada como de las más frecuentes infecciones de transmisión sexual en el mundo. Las complicaciones más comunes de esta infección son conjuntivitis, enfermedad pélvica inflamatoria, embarazo ectópico, infertilidad y neumonía; además, puede asociarse a endocarditis y artritis reactiva.

Se conoce desde hace muchos años que *Chlamydia trachomatis* es la causante de uretritis no gonocócica hasta en 50% de los casos con este

padecimiento. También se sabe que es uno de los patógenos más frecuentes en la uretritis posgonocócica. [9]

El periodo de incubación de la uretritis por Chlamydia es aproximadamente de hasta un mes, aunque el término medio más frecuente es de dos a cuatro semanas, a diferencia de la gonorrea, que es de aproximadamente una semana.

El cuadro clínico de uretritis por Chlamydia en el varón puede iniciar con disuria y flujo transuretral, aunque en una enorme cantidad de casos puede pasar inadvertida. El flujo transuretral generalmente es hialino, a veces mucoide, en tanto que el flujo transuretral por gonorrea es amarillento (purulento) y el paciente presenta disuria muy marcada. Recordar que en el hombre produce uretritis, porque la uretra masculina sí tiene epitelio cilíndrico simple, el cual tiene afinidad por Chlamydia trachomatis; en la uretra femenina hay epitelio globoso o transicional (epitelio sin afinidad por C. trachomatis y N. gonorrhoeae). [10]

La epididimitis puede presentarse en un paciente que no fue tratado; generalmente el cuadro clínico se presenta mucho tiempo después (más de un año).

En el caso de las mujeres, el cuadro clínico es más raro, y puede ser silencioso hasta por varios años. Los lugares que con más frecuencia afecta es endocérvix, endometrio y tubas uterinas, porque es ahí donde encuentra epitelio cilíndrico simple. Poco más de la mitad de las pacientes que presentan infección endocervical por clamidias presentarán algunos signos al realizar la especuloscopia. La endocervicitis se manifestará como

presencia de moco hialino o purulento, adherente en el endocérvix, eritema, a veces ectropión y en la mayoría de los casos escoriaciones periorificiarias del endocérvix. [11]

Otras complicaciones frecuentes de la clamidiasis femenina son la endometritis, la salpingitis y la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI). Las embarazadas con *Chlamydia trachomatis* tienen mayor riesgo de endometritis posparto; sus lactantes están propensos a la conjuntivitis y neumonitis.

b. Linfogranuloma venéreo

El linfogranuloma venéreo es una enfermedad sistémica de transmisión sexual causada por los serotipos específicos L1, L2 y L3 de *Chlamydia trachomatis* (CH). Al igual que en otras enfermedades de transmisión sexual, el grupo de edad más afectado es el de individuos jóvenes, la época de mayor actividad sexual. En ocasiones se han informado casos de niños infectados por vía sexual o no sexual.

Las lesiones del linfogranuloma venéreo se clasifican en tres etapas. Después del periodo de incubación, que varía de una semana a tres meses, aparece la lesión primaria en forma de pápula, vesícula o pequeña erosión; rara vez la observa el médico, e incluso para el enfermo es difícil identificarla, por su carácter evanescente. En ocasiones, este primer periodo se manifiesta como uretritis o cervicitis. La lesión primaria, por lo general, es asintomática, desaparece espontáneamente y es común observarla en el hombre en el glande, el surco balanoprepucial, el escroto o la uretra, y en la

mujer en la cara interna de los labios, la pared vaginal posterior y el cuello del útero. La lesión primaria aparece después de un periodo de incubación de 3 a 12 días o más, y adopta cuatro formas: pápula, erosión, una pequeña vesícula herpetiforme o una uretritis inespecífica. La lesión rara vez persiste durante varias semanas y, cuando así sucede, se observa coincidiendo con la segunda etapa; el síntoma característico inguinal aparece dos a seis semanas después de la lesión primaria.

La adenitis, habitualmente inguinal, se inicia en uno de los ganglios del grupo superointerno del pliegue inguinal, en donde drena la zona genital, con síntomas inflamatorios locales más o menos marcados en forma insidiosa o aguda. Así se constituye la lesión inguinal conocida como bubón, el que característicamente se sitúa por arriba y por debajo del ligamento inguinal, separadas ambas zonas por una depresión lineal conocida como “signo del surco”, el dato más característico de la enfermedad. [12]

El periodo terciario es el destructivo, y seguramente es consecuencia de no reconocer y tratar el periodo secundario. Es evidente, en estos casos y en la mayor parte de los reportes más recientes, el hecho de que no se encuentren las manifestaciones tardías de la enfermedad, lo que se atribuye al reconocimiento temprano y al uso de medidas terapéuticas más eficaces. En el sexo femenino se observan con más frecuencia las etapas tardías.

c. Gonorrea

Es considerado un patógeno estricto para el humano. La gama de enfermedades está perfectamente reconocida, siendo su lugar de acción las mucosas como la conjuntiva, el cérvix y la uretra; en algunos casos su

comportamiento es asintomático, mientras que en otra causa inflamación e invasión de tejidos más profundos (orquitis, epididimitis, salpingitis), llegando inclusive hasta la enfermedad pélvica inflamatoria con el consecuente impacto en la esfera reproductiva. En la diseminación sistémica, conlleva igualmente a la artritis y la tenosinovitis.

El cuadro clínico por la infección de *Neisseria gonorrhoeae* en los varones está caracterizado por producir una uretritis aguda con disuria y exudado uretral. El periodo de incubación entre la adquisición del microorganismo y el comienzo de los síntomas varía entre 1 y 10 días, con un promedio de 3 a 5 días. La mayoría de los hombres con gonorrea presentan síntomas agudos, pero se han comunicado infecciones asintomáticas. Todas las infecciones que afectan a los hombres no dan síntomas en los estadios prodrómicos y, a la inversa, entre 95 y 99% de los hombres con infección uretral gonocócica presentan exudado en algún momento. El exudado es purulento en 75% de los casos, turbio en 20% y mucoso en aproximadamente 5%: la consistencia del exudado en el momento de la presentación depende del tiempo que haya estado incubándose la infección y de si el paciente ha orinado o no recientemente.

En las mujeres, la infección primaria se presenta en el endocervix, con una infección uretral concomitante en 70 a 90% de los casos. Las pacientes pueden presentarse con un exudado cervicovaginal, disuria, hemorragias anormales o intermenstruales y dolor abdominal o pelviano; este último puede indicar la presencia de una enfermedad del tracto genital superior. La mayoría de las mujeres que presentan síntomas lo hacen dentro de los 8 a 10 días posteriores a la adquisición del microorganismo. Aunque se ha dicho

con frecuencia que la mayoría de las mujeres con infección genital gonocócica están asintomáticas, la gran mayoría presenta exudado vaginal, dispareunia y menorragia, así como dolor moderado en hipogastrio. [13]

La infección en los ojos es causa de inyección conjuntival, edema, eritema, exudado purulento y abundante, celulitis periorbitaria, queratitis epitelial y del estroma. Un tratamiento inadecuado puede conducir a queratitis ulcerosa, perforación de la córnea y ceguera. No se debe olvidar que el momento principal de adquisición es al nacimiento, al pasar por un cérvix infectado, y la forma, la oftalmía neonatorum.

d. Sífilis

Es una infección sistémica de evolución crónica, con periodos asintomáticos, ocasionada por *Treponema pallidum*. El agente etiológico de la sífilis, *Treponema pallidum* (*treponema* deriva del griego y significa “hilo que da vueltas”), es un organismo en forma de espiral que mide de 5 a 15 micras de longitud, pero sólo 0.02 micras de ancho. Es una bacteria del orden Spirochaetales, familia Spirochaetaceae, larga, fina, de forma helicoidal, con filamentos intracitoplasmáticos; es activamente móvil, con un característico movimiento de rotación sobre su eje, aerobia o anaerobia facultativa, que resiste poco en el medio ambiente, a la desecación y a los cambios de temperatura. No se tiñe con los colorantes habituales, de ahí la designación de *pallidum*. Es patógeno exclusivo del hombre, quien es su único reservorio, aunque es inoculable a ciertos animales de laboratorio. Se le identifica por examen directo en microscopio de fondo oscuro. No es posible cultivarlo en medios artificiales. El único reservorio natural del *Treponema* es el ser humano. [14]

El cuadro clínico se clasifica de la siguiente manera:

Sífilis primaria: Se encuentra en las lesiones y en la corriente sanguínea del individuo infectado. El organismo se transmite por contacto directo con las lesiones infectadas de la sífilis temprana. Después del periodo de incubación (10 a 90 días, promedio 21 días), las lesiones de sífilis primaria empiezan como pápulas induradas, las cuales rápidamente se abren para formar una úlcera simple e indolora, de fondo limpio e indurado; este chancro se forma en el sitio de penetración del treponema. Generalmente es un solo chancro, aunque pueden estar presentes varios. El chancro se encuentra más comúnmente en los genitales, el recto, la boca y los labios, pero puede localizarse en cualquier parte del cuerpo, e incluso no presentarse. Si esta lesión temprana de la enfermedad no es tratada, puede durar de 3 a 12 semanas, y generalmente cicatriza. Los ganglios linfáticos regionales están con frecuencia aumentados de tamaño y son indoloros.

Sífilis secundaria: Después del inicio de la sífilis (aproximadamente de seis semanas a seis meses, promedio ocho semanas), el paciente entra en un estado de sífilis florida; presenta diversas manifestaciones dermatológicas, las cuales pueden ser generalizadas o presentarse en pequeñas áreas. Las lesiones papulares por lo general son rojizas, infiltradas y de aproximadamente 0.5 cm de diámetro. Las lesiones se presentan más comúnmente en las superficies de flexión y en las plantas de los pies. Pueden encontrarse lesiones papuloescamosas y foliculares en mucosas del recto, la boca y las narinas, las cuales son altamente infectantes debido a la gran cantidad de treponemas. Como parte del cuadro clínico aparecen zonas de alopecia. Las lesiones del secundarismo son casi siempre secas y no

pruriginosas. Las características clínicas de los ganglios son similares a la que se encuentran en la sífilis primaria. [15]

Sífilis latente: Sin tratamiento, las lesiones de sífilis secundaria cicatrizan aproximadamente en un lapso que oscila entre 4 y 12 semanas, y el paciente entra en estado latente. La sífilis latente es definida como la ausencia de lesiones clínicas, examen a campo oscuro negativo y LCR normal. Este estado se subdivide en sífilis latente temprana (de menos de cuatro años de duración), la cual se considera potencialmente infectante, ya que puede representar varios cuadros de secundarismo sifilítico, y sífilis latente tardía (de más de cuatro años de duración), la que se estima no infectante.

La única excepción está representada por la mujer gestante, la cual puede transmitir la enfermedad al feto en cualquier época del estado latente. La sífilis latente muestra recaídas en 20% de los pacientes no tratados, con signos característicos de lesiones cardiovasculares, neurológicas y en el sistema esquelético.

Sífilis terciaria: Los individuos con sífilis latente no tratada desarrollarán posteriormente signos de sífilis terciaria: gomas, neurosífilis o sífilis cardiovascular. Las gomas son áreas localizadas de inflamación granulomatosa que se pueden hallar en cualquier órgano o tejido del cuerpo. El tamaño de la goma puede variar desde dimensiones microscópicas hasta alcanzar 10 cm de diámetro. Dado que estas lesiones son relativamente inactivas, a menudo se le llama sífilis terciaria benigna. Las espiroquetas son extremadamente escasas o están ausentes.

Otra forma de sífilis terciaria es la sífilis cardiovascular; la incidencia de esta forma de sífilis ha disminuido notoriamente en todo el mundo gracias a la utilización de antibióticos; los órganos más comúnmente involucrados son los grandes vasos, donde se desarrolla la arteritis sífilítica, aórtica y pulmonar. [16]

e. Chancroide (chancro blando, ulcus molle, llaga blanda)

El chancroide es una infección genital aguda cuyo agente causal es *Haemophilus ducreyi*; se caracteriza por úlceras genitales muy dolorosas y en ocasiones se acompaña de bubones.

Tras un periodo de incubación entre 1 y 12 días aparece una lesión, aunque con más frecuencia las lesiones son múltiples; como consecuencia de la autoinoculación, inician como pápulas hipersensibles que se convierten en poco tiempo en pústulas, se abren y forman úlceras circulares u ovaladas de poca profundidad.

Sus bordes son irregulares, y están rodeadas por una zona eritematosa. La base de la úlcera está formada por tejido de granulación altamente vascularizado y cubierta a veces de tejido muerto; sangran con facilidad al contacto. Se les considera como una de las lesiones más sensibles y dolorosas que se presentan en genitales. El término úlcera blanda se debe a que no presenta induración. La úlcera puede ser única o múltiple, con lesiones grandes o gigantes (mayores de 20 mm). La distribución de las lesiones en el varón se encuentran en prepucio, frenillo, surco balanoprepucial y glande. El edema del prepucio es común.

En la mujer las lesiones se localizan en labios, vestíbulo, clítoris, pared vaginal por extensión directa desde el introito, cérvix y región perianal.

Hasta 50% de los pacientes presentan inflamación de ganglios linfáticos inguinales, dolorosos, aumentados de volumen, que, al fusionarse, forman un absceso fluctuante (bubón) en la ingle, que pueden aparecer entre 7 y 10 días después de la lesión primaria, usualmente unilateral.

La piel sobre el absceso puede estar enrojecida y fina, y puede llegar a romperse y formar una fístula de drenaje; la autoinoculación puede conducir a nuevas lesiones. [17] Como son lesiones locales, no se acompañan de alteraciones sistémicas. Las alteraciones múltiples sobre el prepucio pueden provocar fimosis, estenosis uretral, fístula uretral e intensa destrucción tisular.

Hay ocasiones en que las infecciones secundarias con espiroquetas fusiformes se acompañan de olor muy desagradable y ulceraciones destructivas, que en algunos pacientes pueden conducir a una destrucción rápida y significativa de los genitales externos, a lo que se ha denominado chancroide fagedénico.

En algunos casos, la lesión se extiende del pene a la región púbica, escroto y periné, dando origen a un chancroide gigante o *ulcus molle*. Los nódulos linfáticos, que inicialmente se encuentran firmes, sensibles y conglomerados, evolucionan hacia la curación, indicando el tratamiento adecuado. La piel en las inmediaciones se vuelve delgada, caliente, rojiza y brillante. En algunos casos puede desarrollarse un absceso unilocular fluctuante, que obliga a la piel a abrirse para formar grandes cavidades y úlceras. [18]

f. Donovanosis (granuloma inguinal)

El granuloma inguinal (GI) es una enfermedad crónica, granulomatosa, que afecta la piel de la región anogenital e inguinal. Usualmente es adquirida a través del contacto sexual, y se caracteriza por úlceras ligeramente dolorosas y progresivamente destructivas.

Es la más rara de las enfermedades venéreas y en la que puede observarse, en individuos jóvenes, transformación maligna hacia carcinoma epidermoide.

El agente causal es *Calymmatobacterium granulomatis*, un cocobacilo pleomórfico gramnegativo, no móvil, de 1.5 a 2 micras, bipolar, rodeado por una cápsula argirofílica y relacionado antigénicamente con *Klebsiella rhinoscleromatis*. Es difícil de cultivar por los medios convencionales, requiere de condiciones microaerofílicas o anaeróbicas y medios líquidos especiales, fluido de yema de huevo y del saco vitelino de embriones de pollo de cinco días con una temperatura óptima de 37 °C. [19]

El periodo de incubación es de 3 a 40 días. La lesión inicial es una pápula firme o un nódulo suave que rápidamente crece y se ulcera. La úlcera de bordes bien definidos, elevados y lisos, es muy poco o nada dolorosa. Habitualmente no se acompaña de adenopatía, sino que el fondo de la úlcera es de aspecto granulomatoso rojo brillante y sangra fácilmente. La lesión puede crecer, penetrar profundamente y diseminarse por autoinoculación. Con el tiempo aparece fibrosis y se desarrolla la hiperplasia epitelial vegetante. La lesión inicial puede observarse en la región púbica, genitales, periné, ingle o en la región perianal. Usualmente, la lesión inicial en el hombre se observa en el forro del pene, glande, periné o escroto. [20]

En la mujer, la lesión afecta los labios de la vulva, pubis y áreas contiguas. Se han descrito formas ulcerovegetantes, nodulares, hipertróficas y cicatriciales. La afección inguinal no se inicia en los ganglios como en el linfogranuloma venéreo, sino en una lesión periganglionar granulomatosa descrita como seudobubón, que posteriormente se necrosa y ulcera (figura 17-3). Con los años se desarrollan lesiones queloideas y elefantiasis de los genitales externos, con fístulas y senos rectovaginales o vesicovaginales, así como estenosis uretral. Esta enfermedad no tiene tendencia a curar espontáneamente. La progresión es lenta, con extensión irregular e intermitente, y puede dar lugar a transformación maligna. En 3% de los casos se han descrito lesiones extragenitales, especialmente en la cara.

3. Virus de transmisión sexual

a. Infección por virus del herpes simple

La infección por el virus del herpes simple (HSV) es una infección recurrente que dura por toda la vida; hasta la fecha se han identificado dos serotipos: HSV-1 y HSV-2.

El HSV-1 es el responsable del herpes labial, gingivoestomatitis, eczema herpético, queratoconjuntivitis, panadizo, infecciones generalizadas y algunos casos de herpes genital por la práctica del sexo oral; su forma más frecuente de infección es labial. El HSV-2 se consideraba como el único causante del herpes genital, pero ya se ha encontrado en otras localizaciones, lo cual también está relacionado con los hábitos sexuales del paciente. [21]

El contagio del herpes genital tiene lugar durante una relación sexual con una persona que padezca de úlceras activas o por el contacto orogenital con un enfermo de herpes labial activo. Su periodo de incubación es de 2 a 20 días. Las características clínicas y el curso de la enfermedad dependen del estado inmunológico del huésped. Las infecciones genitales suceden habitualmente por contacto sexual con una persona infectada.

Los síntomas premonitorios aparecen 24 horas antes de las lesiones, y son ardor, prurito o sensación de quemadura leve. En la primoinfección tiene importancia el antecedente del contacto sexual previo; las recurrencias aparecen independientemente de las relaciones sexuales. En el hombre se pueden localizar las lesiones en glande, cuerpo del pene, prepucio, escroto, perineo o ano. En la mujer en el monte de Venus, labios mayores y menores, clítoris, cérvix y perineo. Durante la primera infección aparecen lesiones locales de tipo inflamatorio, adenitis inguinal y síntomas generales como fiebre, cefalea, mialgias y síntomas constitucionales.

Al examen físico se encuentran lesiones características bilaterales que pueden encontrarse en varias etapas de la enfermedad, como vesículas pequeñas confluentes rodeadas por un halo eritematoso, agrupadas en racimos o dispuestas en hilera, que al romperse forman úlceras húmedas, superficiales, de color blanco grisáceo, de forma redondeada u ovalada, dolorosas, acompañadas de prurito y ardor local; cuando varias vesículas se fusionan, al romperse forman úlceras de mayor tamaño e irregulares, y posteriormente se forma una costra. Curan sin dejar cicatriz, sólo una mancha hipocrómica que desaparece con el tiempo. En la base de las vesículas se encuentran células gigantes multinucleadas con inclusiones

intracelulares; si se toma la muestra de estos lugares, se obtiene una mayor cantidad de virus; el paciente infectado elimina virus desde el inicio de las lesiones, hasta unos 12 días después. Cuando se agrega una infección bacteriana, se observa exudado mucopurulento en las lesiones.

En las mujeres aparecen dolor inguinal o vulvar y descarga vaginal. Las lesiones en las áreas húmedas no forman costra. Otros datos clínicos son endometritis, salpingitis y cervicitis herpética. Se presenta en 80% de los casos, presentando el cérvix un aspecto necrótico.

En los varones puede ocurrir prostatitis. En los pacientes homosexuales las lesiones perianales y rectales son frecuentes y se acompañan de tenesmo y descarga rectal mucoide. Los síntomas generales son febrícula, cefalea, mialgias, dolor abdominal y malestar general. La linfadenopatía inguinal, unilateral o bilateral, es dolorosa; los ganglios son firmes y duros, sin zonas de fluctuación. [25]

b. Molusco contagioso

Es una enfermedad benigna frecuente en la población infantil, mientras que en adultos la causa más frecuente es por transmisión sexual; su agente etiológico es el virus *Molluscum contagiosum* (MCV), que recibió ese nombre por su apariencia clínica; pertenece a la familia de Poxvirus, y fue descrito por primera vez por Bateman, en 1817.

El periodo de incubación es variable, en promedio se estima de 14 a 60 días. Existen reportes en recién nacidos con lesiones a los siete días posparto, y se han informado casos con periodos de incubación de hasta seis meses.

Respecto a la morfología, las lesiones consisten en pápulas pequeñas de 3 a 6 mm, confluentes. Se han descrito lesiones hasta de tres centímetros. Las lesiones crecen y alcanzan un diámetro de 5 a 10 mm entre 6 y 12 semanas. Estas pápulas individuales son del color de la piel y ligeramente eritematosas, translúcidas o blanquecinas. Una de sus características diagnósticas más importantes la constituye la presencia de una depresión o umbilicación central, aunque es un dato que no muestran todas las lesiones, particularmente las más pequeñas y de reciente aparición.

Si se llegan a puncionar se obtiene un material caseoso blanquecino. El número de vesículas es variable, generalmente se observan menos de 20 lesiones confluentes, aunque puede haber casos con varias decenas o cientos de ellas, y en estas circunstancias podría observarse una rápida progresión de la enfermedad en unas cuantas semanas. Alrededor de 10% de los pacientes desarrollan una dermatitis con eritema, descamación y prurito, alrededor de la lesión del molusco, condición a la que se ha llamado dermatitis por molusco, reacción inflamatoria provocada por bacterias, que ocurre sobre las lesiones virales de molusco inflamatorio, el cual se reporta en 17% de los pacientes.

El proceso se disemina por autoinoculación, pudiendo presentar el fenómeno de Koebner, que se caracteriza por presentar agrupaciones de vesículas en forma lineal en sitios de traumatismo, aunque es poco frecuente.

En los niños no tiene realmente una topografía de predilección; puede aparecer en el tronco, particularmente en flancos, axilas y regiones periaxilares, cuello y párpados.

En adultos inmunocompetentes, en los que la infección se adquiere predominantemente por vía sexual, se presenta en genitales externos, región púbica, ingles y caras internas de los muslos. Ocasionalmente se puede observar la extensión del proceso hacia la región infraumbilical, y rara vez se reportan casos con afección de palmas, plantas conjuntivas y mucosa oral. La prevalencia de pacientes con molusco contagioso y VIH es de 9 a 18%, con una presentación atípica que puede sobrepasar el centenar de lesiones; en contraste con los pacientes seronegativos, las lesiones son grandes, persistentes y refractarias al tratamiento; suelen localizarse en cara, cuello y tronco. Pueden simular otras infecciones, como criptococosis, histoplasmosis, coccidioidomicosis o neumocistosis cutánea. Los pacientes en etapa de SIDA con cuenta de linfocitos CD4 menor de 100 células/mm³ presentan la enfermedad. En pacientes con cuenta de linfocitos CD4 mayor de 200 la frecuencia es muy baja, por lo que existe una relación estadísticamente significativa e inversamente proporcional entre células CD4 y molusco contagioso.

La reducción en la actividad de las células de Langerhans que se observa en la infección por VIH desempeña un papel adicional que puede condicionar el comportamiento agresivo del molusco contagioso en pacientes con SIDA.

[23]

c. Virus del papiloma humano

En las dos últimas décadas, el enigma del cáncer cervical ha comenzado a ser dilucidado, y actualmente se ha establecido el rol etiológico del virus del papiloma humano (VPH) asociado con otros factores. Actualmente es la

infección de transmisión sexual más frecuente en el mundo. En EUA, en el año 2003, se reportaron 5.5 millones de infecciones, estimando que más de 20 millones de mujeres son portadoras de la infección. [24]

La infección aguda es la más frecuente después del inicio de la actividad sexual, estableciendo la posibilidad de infección de por vida de 80 a 85% en la población sexualmente activa. La principal vía de transmisión de la infección es la sexual, por lo que los factores de riesgo están estrechamente relacionados con el comportamiento sexual: número de compañeros sexuales e inicio de actividad sexual a una edad temprana.

La infección clínica y la subclínica por VPH son la presentación más común de la infección por VPH. En forma asintomática, se detecta en 5 a 40% de las mujeres en edad productiva. La forma más frecuente de presentación de la infección del aparato genital por VPH es subclínica, en muchos casos reportada mediante la citología cervical. Los efectos citológicos de la infección por VPH comprenden una variedad de anormalidades, desde atipia coilocítica hasta cambios displásicos severos.

La manifestación clínica más frecuente de la infección por VPH son las verrugas genitales, presentándose como crecimientos papilomatosos múltiples, bien delimitados, que pueden incluir el introito vaginal, vulva, periné, ano y cuello uterino; se desconoce la prevalencia e incidencia real, debido a que no está considerada como una infección de notificación obligatoria, y se reporta una incidencia de 13 a 240 x 100 000; la prevalencia es mayor en las clínicas de enfermedades de transmisión sexual. La

incidencia más alta se presenta en mujeres de 20 a 24 años, 1 200 x 100 000; el tipo VPH 6 se identifica con mayor frecuencia.

La prevalencia total al relacionar anomalías citológicas es de cuatro a nueve veces menor que la calculada mediante PCR, por lo que la relación verdadera entre la forma subclínica y la clínica de la infección podría ser incluso más alta. [25]

La infección por VPH puede diagnosticarse por medios clínicos (observación de verrugas genitales), subclínicos (colposcopia), citológicos (frotis de Papanicolaou) o virológicos (detección de DNA). Tanto las displasias como los cambios epiteliales por VPH pueden ser identificados por medio de citología cervical, y deben ser confirmados mediante colposcopia y toma de biopsia.

d. VIH como infección de transmisión sexual

Este virus pertenece a la familia de los retrovirus, que tienen como material genético RNA y utilizan una enzima conocida como transcriptasa reversa para formar DNA a partir de su RNA y así lograr su replicación.

Las características biológicas del VIH, a pesar de corresponder a un retrovirus, lo colocan en un sitio diferente al de sus congéneres conocidos. Una de las características especiales del VIH es que cuenta con un número mayor de genes reguladores de su replicación, lo que lo hace más complejo, facilitando su patogenicidad, situación que le permite transformarse para ser resistente a los medicamentos antivirales.

El VIH infecta células humanas que tienen en su membrana receptores CD4; la gran mayoría de las células de este tipo son los linfocitos T; otras células conocidas son los enterocitos, las células de la neuroglia y algunas células presentadoras de antígeno.

El VIH puede transmitirse por vía sexual, por sangre y por vía perinatal. La vía sexual es la más común de todas; en ella participa la presencia del VIH en células y secreciones genitales, potencializándose el riesgo por el mismo trauma propio de la relación sexual.

Se estima que entre 75 y 85% de todos los casos de infección en el adulto a nivel mundial tienen este origen en la actualidad, lo que es favorecido por la conducta de tener relaciones sexuales con múltiples parejas en forma desprotegida, ya que el VIH está presente tanto en los fluidos vaginales como en el semen, incluyendo al moco de lubricación preeyaculación, por lo que, en forma categórica, esta infección ahora es catalogada en el grupo de las infecciones de transmisión sexual (ITS). [26]

Se conoce que existe una importante asociación entre las ITS convencionales y el VIH, estableciéndose que el paciente infectado por el VIH y que presenta otras ITS puede presentar evoluciones más severas de la enfermedad. De igual forma, la infección por el VIH y el daño a la respuesta inmune del hospedero interactúan favoreciendo la progresión de ITS a un curso más grave, como los casos de candidiasis vaginal recurrente de difícil manejo, el incremento de recurrencias de las infecciones herpéticas genitales y el mayor número de complicaciones intraabdominales de los

casos de enfermedad pélvica inflamatoria, así como la rápida progresión a carcinoma de las infecciones cervicales por el virus del papiloma humano.

En lo que no existe duda es en que las infecciones de transmisión sexual, y en especial las que ocasionan ulceraciones, incrementan hasta 10 veces el riesgo de transmisión de la infección por el VIH, lo que epidemiológicamente ha permitido corroborar que en las zonas geográficas de alta prevalencia de infecciones de transmisión sexual el porcentaje de infección por este virus también es elevado. [27]

4. Protozoarios y hongos asociados a las ITS

a. Tricomoniasis

La tricomoniasis vaginal es una infección de transmisión sexual frecuente y explica la cuarta parte de los casos de vaginitis. Hay estudios que han demostrado que la *T. vaginalis* puede sobrevivir fuera del huésped humano si la humedad es alta.

Actualmente se acepta que la tricomoniasis es una infección de transmisión sexual, y que el contagio ocurre casi de manera exclusiva a través del coito; [28] sin embargo, se ha demostrado tricomoniasis en neonatos, niñas y en lesbianas monógamas. [29]

Se acepta que la mujer es habitualmente el reservorio sintomático o asintomático y el hombre funciona como transmisor. Actualmente, también se supone que el hombre puede ser reservorio asintomático y vector para transmitir la enfermedad a sus parejas sexuales. Se ha demostrado que el

hombre puede presentar síntomas de una uretritis o prostatitis no gonocócica, no clamidiásica y sí por *T. vaginalis*. [30]

La *T. vaginalis* infecta la vagina, coexistiendo con la microflora vaginal y, en efecto, hay un equilibrio delicado entre los microorganismos invasores y la microflora endógena. La tricomoniasis vaginal es asintomática hasta en 50% de las mujeres infectadas. Antes de los seis meses de evolución, aproximadamente 30% de las mujeres asintomáticas se vuelven sintomáticas.

El escurrimiento genital anormal de color verde amarillento es el síntoma principal, con una frecuencia que va de 20 a 70%. Hay otros síntomas, tales como irritación vulvar, disuria, polaquiuria y mal olor.

Los signos son diversos y se puede apreciar la vulva eritematosa o excoriada. La vagina puede verse con eritema o con hemorragias petequiales. El cérvix “de fresa” se ha informado en 2 a 25% de los casos, y la frecuencia es mayor al utilizar el colposcopio. La colposcopia tiene una sensibilidad de 45% y especificidad de 90% para tricomoniasis. [31]

b. Balanitis micótica

La balanitis micótica es una entidad causada por diversos hongos levaduriformes; entre los más comunes están los del tipo *Candida*, que son entidades oportunistas frecuentes, propias de los adultos y asociadas a una serie de factores predisponentes.

La balanitis candidósica o por otras levaduras es una clásica enfermedad oportunista que requiere forzosamente de factores predisponentes; se puede iniciar en forma endógena o exógena después de relaciones sexuales.

La balanitis o balanopostitis candidósica se presenta en la mayor parte de los casos posterior a relaciones sexuales con pareja que cursa con vaginitis por *Candida*, o simplemente con una flora micótica incrementada. Es también frecuente en pacientes diabéticos o inmunosuprimidos.

El cuadro clínico es el de balanitis superficial o balanopostitis. Por lo regular se presenta en forma aguda. La topografía habitual es en glande, cuerpo del pene y surco balanoprepucial. Se presenta inicialmente con eritema, y posteriormente se desarrollan pequeñas micropústulas y erosiones; cuando el padecimiento se hace más crónico se forman fisuras. En algunos casos se presentan sobre un fondo eritematoso placas blanquecinas o leucoplasias, fácilmente removibles. En raros casos se puede afectar el epitelio uretral, o bien extenderse a escroto y región inguinocrural, sobre todo cuando se emplea corticoterapia. En un inicio la sintomatología es de prurito moderado, que posteriormente se transforma en ardor intenso.

5. ITS de origen Ectopárasitarias

a. Infecciones por Escabiosis

La sarna o escabiosis es una ectoparasitosis producida por *Sarcoptes scabiei*. Existen dos formas clínicas, la típica y la llamada sarna noruega, con lesiones hiperqueratósicas generalizadas y con un gran potencial para provocar brotes en situaciones de hacinamiento. La infestación es más

frecuente en aquellas circunstancias en que existe un contacto prolongado con los afectados.

La manifestación más importante de la sarna es el prurito que suele ser nocturno (ya que la hembra deposita los huevos por la noche y se exagera en situaciones de calor. El prurito está inducido por la sensibilización del huésped. Las zonas predilectas, en la forma típica, son por orden decreciente: los espacios interdigitales, muñecas, codos, axilas, zona peri umbilical, pelvis, nalgas, pene, rodillas y bordes de los pies. Normalmente no suelen referir prurito en el cuero cabelludo, cuello ni cara salvo en los lactantes. En el diagnóstico diferencial del prurito generalizado y del prurito anal hay que incluir la escabiosis.

b. Infecciones por Pediculosis del Pubis

La pediculosis del pubis es una ITS muy frecuente. Está causado por el *Phthirus Pubis*, que tiene las patas adaptadas al vello pubiano, tiene un diámetro similar al del vello abdominal y axilar en el varón, por lo no es raro que los parásitos alcancen el vello axilar, la ceja y la barba.

El síntoma clásico consiste en prurito intenso, localizado habitualmente en el pubis, aunque puede extenderse por el tronco, coincidiendo con las áreas donde se puede detectar el parásito y sus liendres. Además que el paciente suele referir manchas de sangre en la ropa interior.

2.1.4. Marco conceptual.

Intervención educativa: Es la acción intencional para la realización de acciones que conducen al logro del desarrollo integral del educando.

Salud Sexual y Reproductiva: Estado general de bienestar físico, mental y social de las personas y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias, en la esfera sexual y reproductiva.

Conocimiento: Conjunto de información, experiencia, valores y puntos de vista que ayudan a un marco de análisis para la incorporación de información.

Adolescencia: Periodo de la vida que transcurre entre los 10 a 19 años, donde se producen una serie de cambios físicos, psíquicos y sociales, que convierten al niño en adulto y le capacitan para la función reproductora.

Efecto: Fin para que se hace algo, es decir aquello que se consigue como consecuencia de una causa.

2.2. Hipótesis.

2.1.3.4. Hipótesis general

H_i: La intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual influye significativamente en el conocimiento de los adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa 19 de abril de Chupaca, Periodo julio – setiembre 2017.

H_o: La intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual NO influye significativamente en el conocimiento de los adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa 19 de abril de Chupaca, Periodo julio – setiembre 2017.

2.1.3.4. Hipótesis específica

Hipótesis específica 1

H_i: La intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual de origen bacteriano, viral, hongos y ectoparásitos influye significativamente en el conocimiento de los adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa 19 de abril de Chupaca, Periodo julio – setiembre 2017.

H_o: La intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual de origen bacteriano, viral, hongos y ectoparásitos NO influye significativamente en el conocimiento de los adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa 19 de abril de Chupaca, Periodo julio – setiembre 2017.

Hipótesis específica 2

H₁: La intervención educativa sobre la prevención de las infecciones de transmisión sexual influye significativamente en el conocimiento de los adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa 19 de abril de Chupaca, Periodo julio – setiembre 2017.

H₀: La intervención educativa sobre la prevención de las infecciones de transmisión sexual NO influye significativamente en el conocimiento de los adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa 19 de abril de Chupaca, Periodo julio – setiembre 2017.

2.3. Variables.

2.3.1. Tipos de variables.

- **Variable Independiente:**
Intervención educativa.
- **Variable Dependiente:**
Nivel de conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual.

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación.

El presente estudio empleó el método científico como método general y como específicos al método hipotético-deductivo procedimiento que parte de unas aseveraciones en calidad de hipótesis y busca refutar o falsear tales hipótesis, deduciendo de ellas conclusiones que deben confrontarse con los hechos. [32]

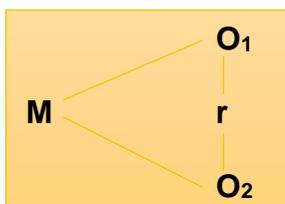
3.2. Tipo y nivel de investigación.

El tipo de investigación según la intervención del investigador es experimental y según la planificación de la toma de datos es prospectivo, el nivel de investigación es relacional porque se demuestra la relación entre variables o resultados de las variables

3.3. Diseño de la investigación.

El diseño de investigación es de relacional de pre-test/pos-test con un solo grupo, al grupo objeto de estudios que son los adolescentes del quinto año de secundaria se le aplica una prueba previa a la intervención educativa, después se realiza las sesiones educativas y finalmente se le aplica una prueba posterior.

Esquema del diseño:



Donde:

M: muestra objeto de estudio (adolescentes del quinto año de secundaria).

r: Relación de las variables

O₁: medición previa.

O₂: medición posterior.

3.4. Población de estudio.

La población para este proyecto lo constituyen todos los adolescentes del quinto año de secundaria de 15 a 17 años, de la Institución Educativa 19 de abril de Chupaca, Periodo julio – setiembre 2017.

3.5. Muestra.

Unidad de Análisis: Adolescente del quinto año de secundaria de 15 a 17 años, de la Institución Educativa 19 de abril de Chupaca durante los meses de julio a setiembre del año 2017.

Tamaño Muestral: 117 alumnos que cursan el quinto año de secundaria de 15 a 17 años, de la Institución Educativa 19 de abril de Chupaca durante los meses de julio a setiembre del año 2017.

Cuadro N° 01

GRADO	N° de Alumnos
5 A	23
5 B	28
5 C	30
5 D	14
5 E	22
Total	117

FUENTE: Elaboracion propia.

a. Criterio de Inclusión.

- Los alumnos del quinto año, turno mañana que participaran en el desarrollo de la intervención educativa.
- Estudiantes que asistan de manera regular y que aceptan participar en la investigación.

b. Criterio de Exclusión.

- Los alumnos de primero a cuarto año de secundaria.
- Alumnos que no asistan de manera regular.

Tipo de muestreo: Registro censal, participaron todos los alumnos que cursaban el quinto año de secundaria de 15 a 17 años, de la Institución Educativa 19 de abril de Chupaca durante los meses de julio a setiembre del año 2017.

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

3.6.1. Técnica

La técnica que se empleó en la recolección de datos fue la encuesta que permitió evaluar el efecto de la intervención educativa en el conocimiento de los adolescentes.

3.6.2. Instrumento

El instrumento que se utilizó para la recolección de datos fue un cuestionario previamente estructurado de preguntas cerradas diseñado y validado por juicio de expertos (Anexo 2), el cuestionario consta de 20 preguntas sobre las infecciones de transmisión sexual las cuales fueron seleccionadas de acuerdo a las sesiones desarrolladas en la intervención educativa, con la finalidad de poder medir el nivel de conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual.

Se realizó la baremación por percentiles para determinar la escala de puntuación mediante el paquete estadístico SPSS versión 15 donde para medir el nivel de conocimiento se calculó:

Nivel de conocimiento sobre Infecciones de Transmisión Sexual:

- Alto : 15 – 20
- Medio : 8 – 14
- Bajo : 0 – 7

3.6.3. Validez y confiabilidad

Validez: El instrumento utilizado para medir el nivel de conocimiento sobre Infecciones de transmisión sexual en adolescentes de 15 a 17 años, fue validado por expertos que acreditaron experiencia en el área, los cuales

emitieron los juicios y modificaron la redacción del texto para que el instrumento sea comprensible por el encuestado.

3.7. Técnicas de procesamiento de la investigación.

Antes de dar inicio a la intervención educativa se tomó un pre-test a los estudiantes con la finalidad de determinar sus saberes previos respecto al tema, acción que nos permitió cumplir con el primer objetivo específico. Al finalizar la intervención educativa se realizó la aplicación del post-test se utilizó el mismo cuestionario y tuvo una duración aproximada de 15 minutos.

Para el procesamiento de los datos se elaboró una tabla matriz a fin de tener una vista panorámica de los datos, luego fueron ingresados en el programa estadístico SPSS versión 22, para ser procesados y dónde hallaremos los estadísticos descriptivos correspondientes.

4. RESULTADOS

4.1. Análisis Descriptivo:

Se presentan los resultados obtenidos sobre la base del instrumento aplicado a los adolescentes que participaron en la investigación como se detalla en las siguientes tablas:

Tabla 1. Distribución de los adolescentes del quinto año de secundaria según edad de la Institución Educativa 19 de abril de Chupaca, julio – setiembre 2017.

Edad (años)	n	%
15 – 16	82	70%
17 – 18	35	30%
Total	117	100%

En relación a la distribución de adolescentes encuestados según su edad, en la tabla 1 y el grafico 1 se observa que la mayoría de adolescentes tienen una edad entre 15 a 16 años que representa el 70% (82) de la población de estudio, en menor porcentaje el 30% (35) son adolescentes de 17 a 18 años.

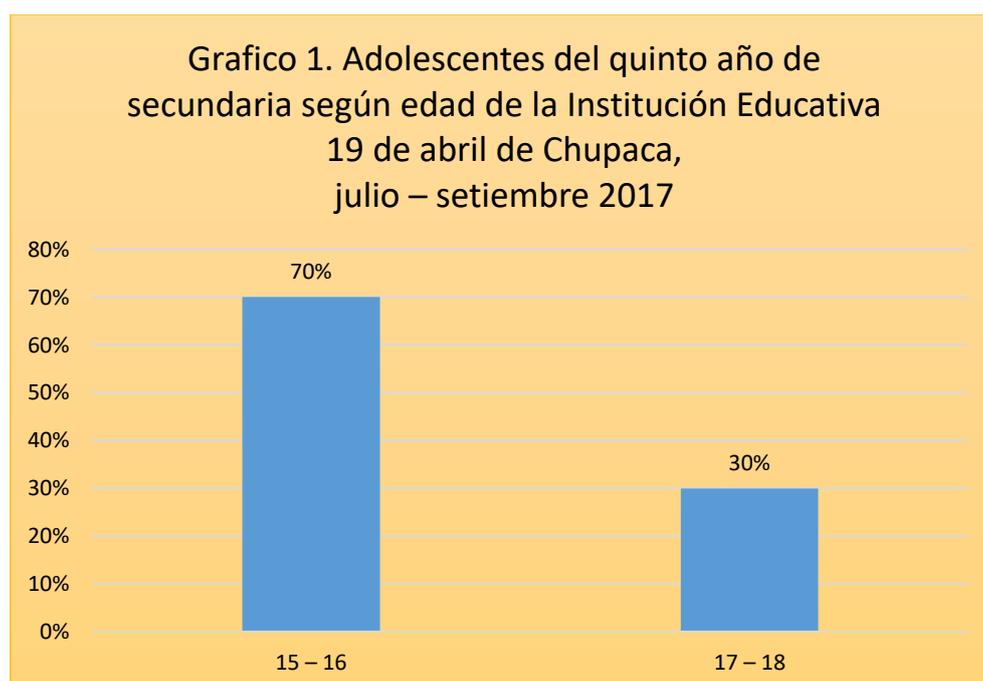


Tabla 2. Distribución de los adolescentes del quinto año de secundaria según sexo de la Institución Educativa 19 de abril de Chupaca, julio – setiembre 2017.

Sexo	n	%
Femenino	68	58%
Masculino	49	42%
Total	117	100%

En relación a la distribución de adolescentes encuestados según el sexo, en la tabla 2 y el grafico 2 se observa que la mayoría de adolescentes encuestados son mujeres que representa el 58% (68) y en menor porcentaje el 42% (49) son varones.

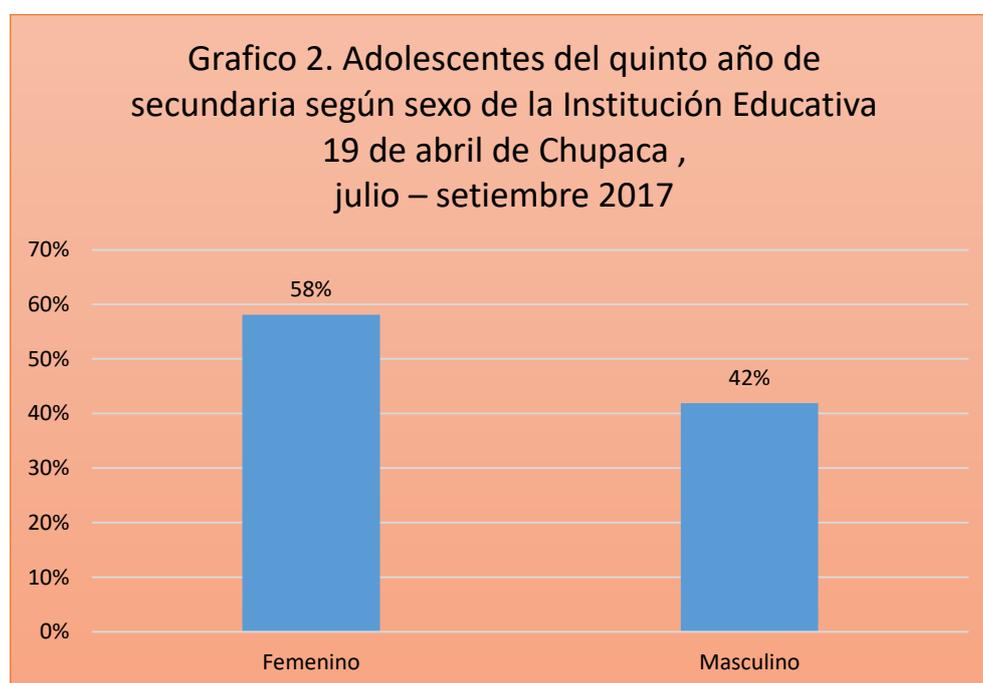


Tabla 3. Nivel de Conocimiento sobre Infecciones de transmisión sexual de los adolescentes antes de la intervención educativa, Periodo julio – setiembre 2017.

Nivel de Conocimiento	n	%
Bajo	78	67%
Medio	33	28%
Alto	6	5%
Total	117	100%

En la tabla 3 y el grafico 3 se observa el nivel de conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual que tienen los adolescentes antes de la intervención educativa, podemos apreciar que el mayor porcentaje de adolescentes 67% presenta un nivel de conocimiento bajo, el 28% un nivel de conocimiento medio y el 5% de los adolescentes encuestados tienen un nivel de conocimiento alto.

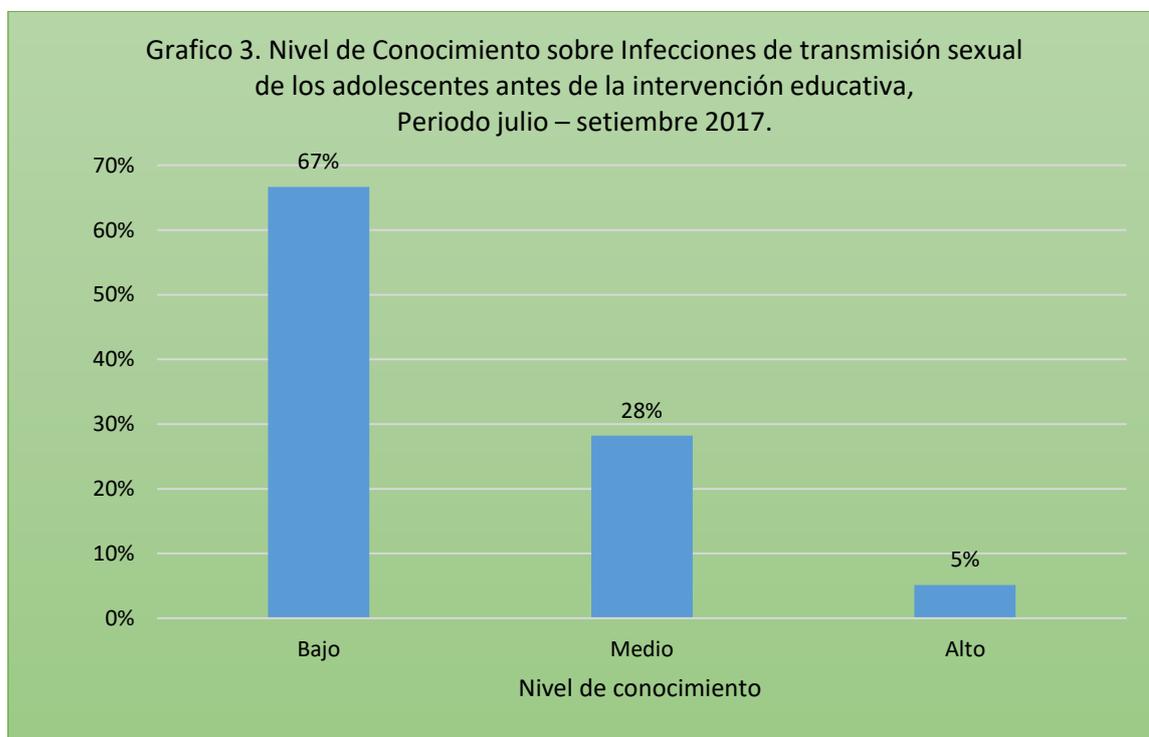


Tabla 4. Nivel de Conocimiento sobre Infecciones de transmisión sexual de los adolescentes según sexo antes de la Intervención Educativa, Periodo julio – setiembre 2017.

Nivel de Conocimiento	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		n	%
	n	%	n	%		
Bajo	52	76%	26	53%	78	67%
Medio	14	21%	19	39%	33	28%
Alto	2	3%	4	8%	6	5%
Total	68	100%	49	100%	117	100%

La tabla 4 y el grafico 4 muestra el nivel de conocimiento de los adolescentes según sexo antes de la intervención educativa el 76% de adolescentes mujeres y el 53% de varones tienen un nivel de conocimiento bajo. El 21% de adolescentes mujeres y el 39% de varones tienen un nivel de conocimiento medio. El 3% de adolescentes mujeres y el 8% de varones tienen un nivel de conocimiento alto.

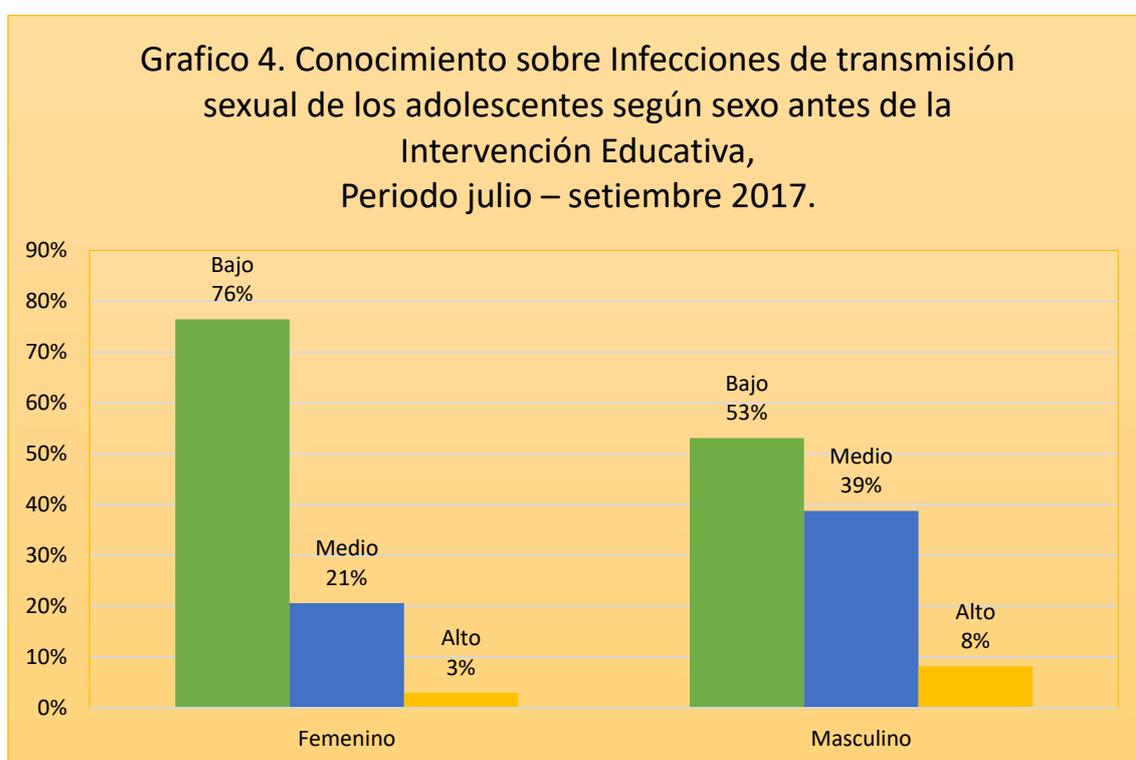


Tabla 5. Nivel de Conocimiento sobre Infecciones de transmisión sexual de los adolescentes según edad antes de la Intervención Educativa, Periodo julio – setiembre 2017.

Nivel de Conocimiento	Edad (años)				Total	
	15 – 16		17 – 18		n	%
	n	%	n	%		
Bajo	58	71%	20	57%	78	67%
Medio	20	24%	13	37%	33	28%
Alto	4	5%	2	6%	6	5%
Total	82	100%	35	100%	117	100%

La tabla 5 y el grafico 5 muestra el nivel de conocimiento de los adolescentes según edad antes de la intervención educativa el 71% de adolescentes de 15 a 16 años y el 57% de adolescentes de 17 a 18 años tienen un nivel de conocimiento bajo. El 24% de adolescentes de 15 a 16 años y el 37% de adolescentes de 17 a 18 años tienen un nivel de conocimiento medio. El 5% de adolescentes de 15 a 16 años y el 6% de adolescentes de 17 a 18 años tienen un nivel de conocimiento alto.

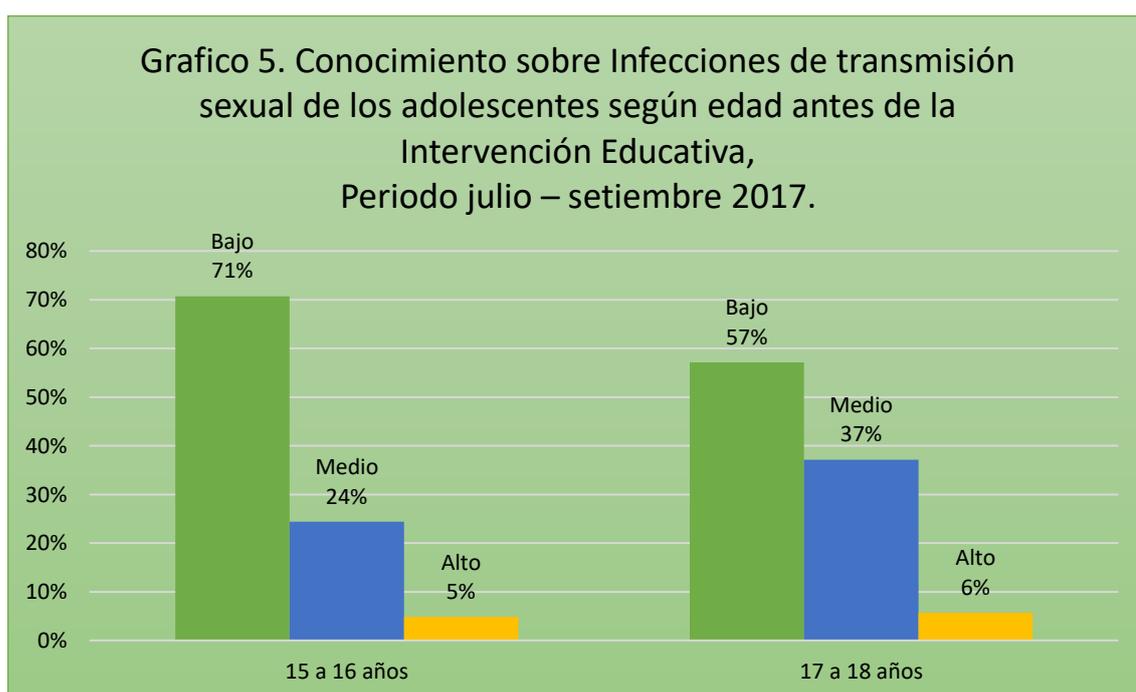


Tabla 6. Nivel de Conocimiento sobre Infecciones de transmisión sexual de los adolescentes según sexo después de la Intervención Educativa, Periodo julio – setiembre 2017.

Nivel de Conocimiento	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		n	%
	N	%	n	%		
Bajo	2	3%	0	0%	2	2%
Medio	22	32%	11	22%	33	28%
Alto	44	65%	38	78%	82	70%
Total	68	100%	49	100%	117	100%

La tabla 6 y la figura 6 muestra el nivel de conocimiento de los adolescentes según sexo después de la intervención educativa el 65% de adolescentes mujeres y el 78% de varones tienen un nivel de conocimiento alto. El 32% de adolescentes mujeres y el 22% de varones tienen un nivel de conocimiento medio. Solo el 3% de adolescentes mujeres tienen un nivel de conocimiento bajo, no hubo adolescentes varones después de la intervención educativa con un nivel de conocimiento bajo.

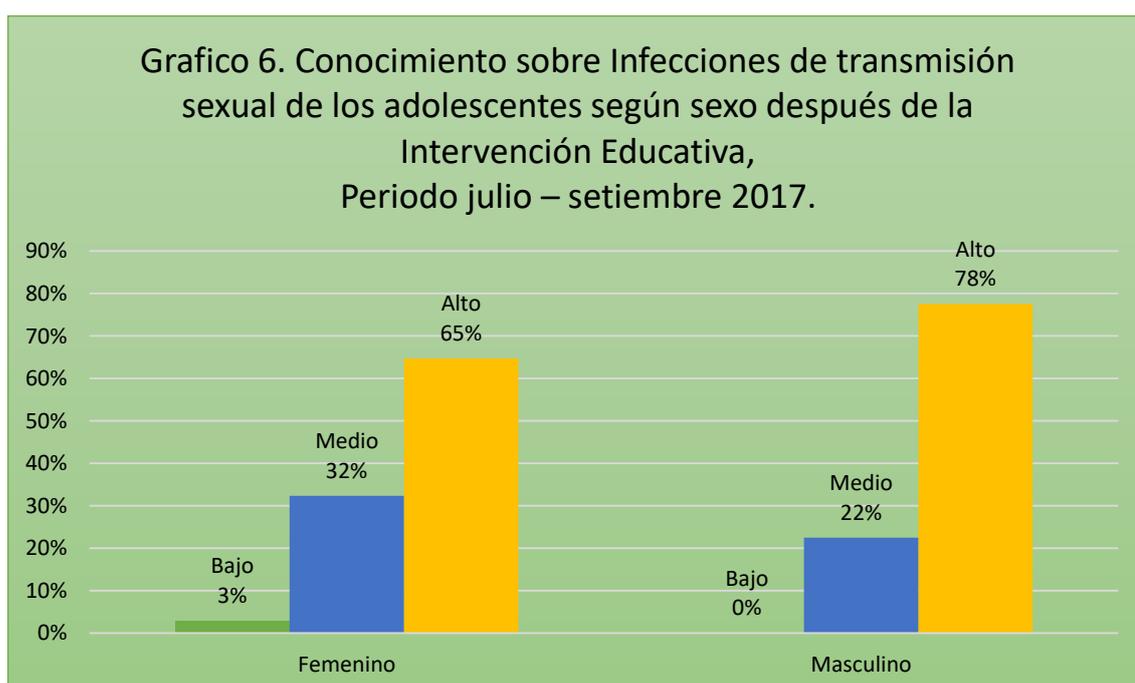


Tabla 7. Nivel de Conocimiento sobre Infecciones de transmisión sexual de los adolescentes según edad después de la Intervención Educativa, Periodo julio – setiembre 2017.

Nivel de Conocimiento	Edad (años)				Total	
	15 – 16		17 – 18		n	%
	n	%	n	%		
Bajo	1	1%	1	3%	2	2%
Medio	21	26%	12	34%	33	28%
Alto	60	73%	22	63%	82	70%
Total	82	100%	35	100%	117	100%

La tabla 7 y grafico 7 muestra el nivel de conocimiento de los adolescentes según edad después de la intervención educativa el 73% de adolescentes de 15 a 16 años y el 34% de adolescentes de 17 a 18 años tienen un nivel de conocimiento alto. El 26% de adolescentes de 15 a 16 años y el 34% de adolescentes de 17 a 18 años tienen un nivel de conocimiento medio. El 1% de adolescentes de 15 a 16 años y el 3% de adolescentes de 17 a 18 años tienen un nivel de conocimiento bajo.

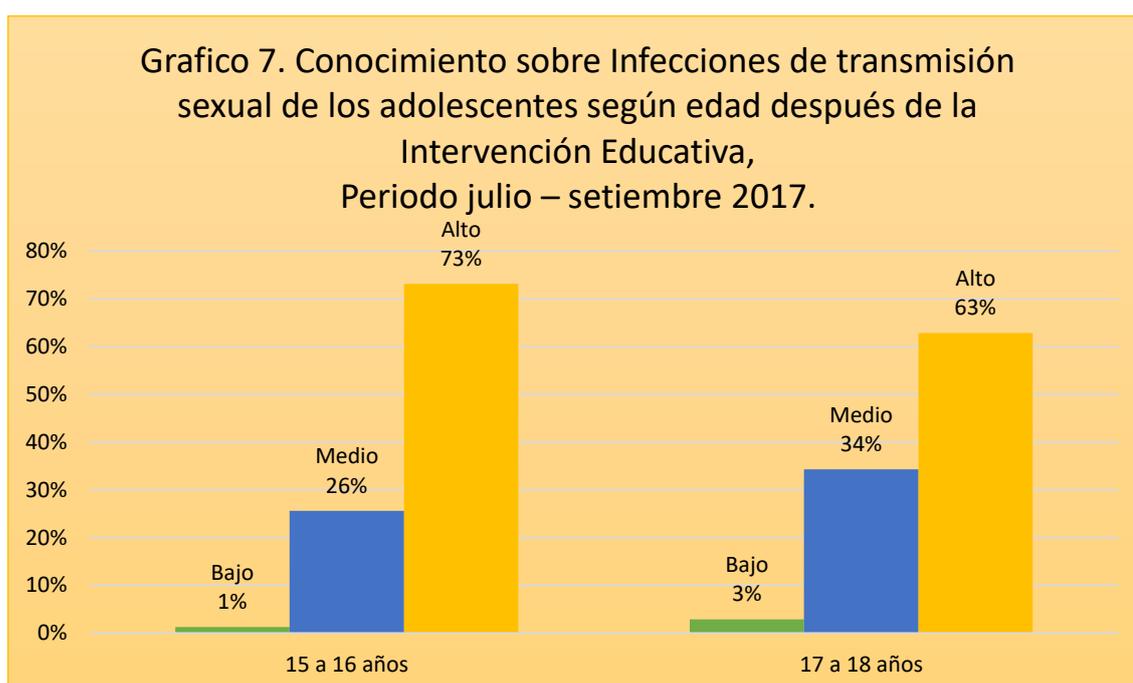
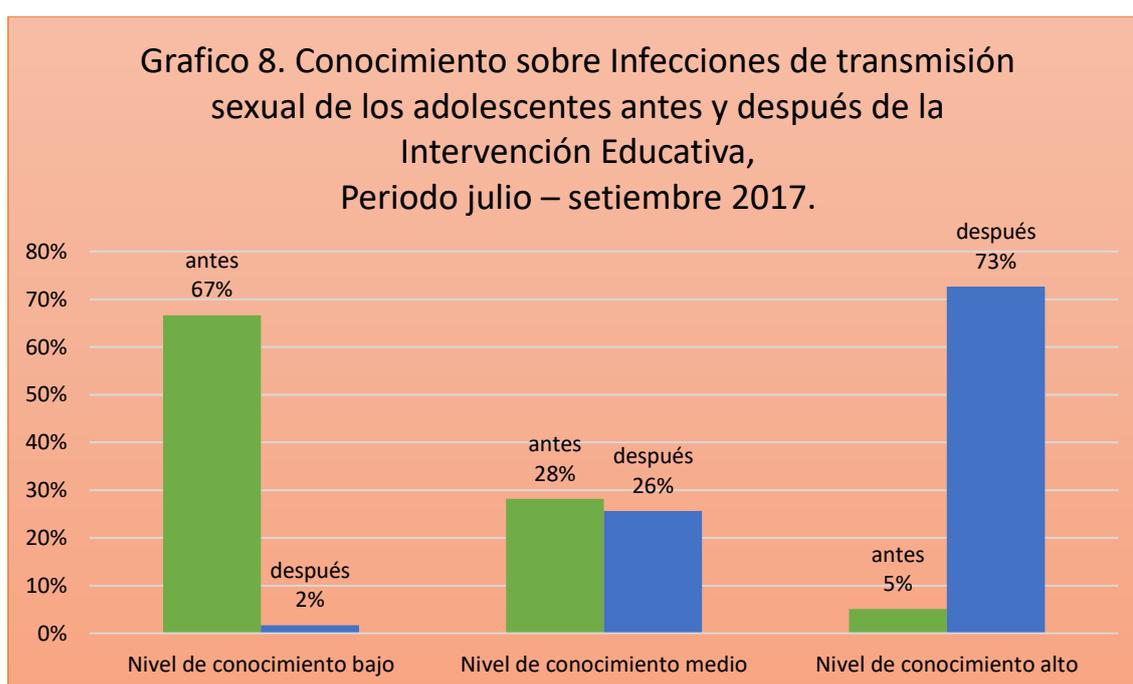


Tabla 8. Nivel de Conocimiento sobre Infecciones de transmisión sexual de los adolescentes antes y después de la Intervención Educativa, Periodo julio – setiembre 2017.

Nivel de Conocimiento	Intervención educativa			
	Pre-test		Post-test	
	n	%	n	%
Bajo	78	67%	2	2%
Medio	33	28%	30	26%
Alto	6	5%	85	73%
Total	117	100%	117	100%

En la tabla 8 y el grafico 8 se observa que antes de la intervención educativa en el pre-test el 67% de los adolescentes encuestados, tenían un nivel de conocimientos bajo sobre Infecciones de transmisión sexual y el nivel medio calificó en un 28%. El 5% de los encuestados evidenció un alto nivel de conocimientos. El resultado pos-test, después de la intervención educativa, muestra resultados satisfactorios, por cuanto un 73% de adolescentes reveló un alto nivel de conocimientos y un 26% alcanzó un conocimiento medio, solo un 2% de adolescentes presentó un bajo nivel de conocimientos.



El grafico 8 evidencia que la intervención educativa dirigido a este grupo poblacional muestra buenos resultados, se verifica que se elevaron el grado de conocimiento de los estudiantes objeto de estudio. El 73% de los adolescentes después de la intervención educativa, en el pos-test tienen un alto nivel de conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual.

4.2. Contraste de hipótesis:

Los pasos que se siguieron para realizar la prueba de hipótesis fueron:

a. Formulación de hipótesis

H₁: La intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual influye significativamente en el conocimiento de los adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa 19 de abril de Chupaca, Periodo julio – setiembre 2017.

H₀: La intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual no influye significativamente en el conocimiento de los adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa 19 de abril de Chupaca, Periodo julio – setiembre 2017.

b. Nivel de significancia:

El nivel de significación se estableció previamente en $\alpha = 0.05 = 5\%$

c. Estadístico de prueba a emplear:

Prueba de T para muestras relacionadas.

Prueba de T para muestras relacionadas		
	Valor	p-valor
Prueba de T		0,0000001
N de caso validos	117	

d. Decisión:

Se compara el p-valor calculado con el nivel de significancia $\alpha = 0,05$. Como el valor calculado de p-valor es menor que 0,05 se concluye que con una probabilidad de error del 0,001% la intervención educativa modifica los niveles de conocimiento de los adolescentes; entonces se rechaza la hipótesis nula.

La decisión final para el contraste de hipótesis es aceptar H_1 : La intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual influye significativamente en el conocimiento de los adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa 19 de abril de Chupaca, Periodo julio – setiembre 2017, con esta decisión se confirma la hipótesis planteada en el estudio.

5. DISCUSIÓN

Analizando los resultados de la presente investigación respecto a las características sociodemográficas se observó en la Tabla 1 que el 70% de los adolescentes encuestados tienen edades entre 15 y 16 años, según el Ministerio de Salud mediante la Resolución Ministerial N° 538-2009/MINSA menciona que la Adolescencia intermedia o propiamente dicha está comprendida entre los 14 a 16 años y es cuando el adolescente ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas riesgosas. Los resultados obtenidos respecto a la edad son similares a los encontrados por Escalona M. y col, en su estudio para medir el nivel de conocimiento sobre sexualidad reporta

que 73% de los adolescentes encuestados tienen edades entre 15 a 16 años de edad. [3]

En lo que respecta al sexo de los adolescentes el 68% son de sexo femenino y un 49% de sexo masculino; este resultado guarda relación con el estudio que realizó Borges Y. y col, para determinar el nivel de conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes donde el 50.74% son mujeres y el 49.25% son varones siendo el sexo femenino el de mayor porcentaje. [4]

El presente estudio en relación a su primer objetivo buscó evaluar el nivel de conocimiento que poseen los adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa 19 de abril de Chupaca sobre infecciones de transmisión sexual antes de la intervención educativa donde los resultados al aplicar el pre-test, muestran que el nivel de conocimientos de los adolescentes era bajo en la mayoría, según se evidencia en el 67%; luego hay un 28% que evidencia un nivel de conocimientos medio y sólo el 5%, evidencia un alto nivel de conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual. Según otros trabajos de investigación que tienen resultados similares como el de Ildefonso M. en 2015 para determinar el efecto de la intervención educativa en el conocimiento sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes los resultados del pre-test el 66% de adolescentes presentaron un nivel de conocimiento bajo referente a las infecciones de transmisión sexual. [6] Otro estudio de Miranda R. para determinar la influencia de un programa educativo en el nivel de conocimiento de la salud sexual y reproductiva en adolescentes, el 64% de adolescentes tenían un nivel de conocimiento bajo sobre infecciones de transmisión sexual antes ejecutar el programa educativo. [7]

Los resultados que se presentan del nivel de conocimiento de los adolescentes al aplicar el pre-test antes de la intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual son bajos esto debido a la poca difusión del tema a los adolescentes en las instituciones educativas.

En relación al segundo objetivo de investigación que busca evaluar el nivel de conocimiento de los adolescentes sobre las infecciones de transmisión sexual después de la intervención educativa se encontró como resultado a través del pos-test que el 73% de los participantes han logrado un nivel de conocimiento alto en los temas. Similar resultado se obtuvo en el estudio Ildefonso M. donde una vez ejecutado la intervención educativa hubo un cambio significativo donde el 95% de los adolescentes poseían un nivel de conocimiento alto, mientras que 5% se ubicaron en el nivel de conocimiento bajo (4); asimismo, Miranda R. quien luego de aplicar el programa educativo, realizó una segunda medición, obteniendo que el 66% tenían conocimiento calificativo como alto y el 26,6% nivel medio en relación a las infecciones de transmisión sexual (5); Zarate Janeth evidencia que después de la participación de los adolescentes en el programa de educación sanitaria se evidencia que el 93% de los adolescentes logró conocer sobre las infecciones transmisión sexual y su prevención. [8]

Al comparar el nivel de conocimiento antes y después de la intervención de un programa educativo se encontró una variación significativa, en relación al incremento del nivel de conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual. Así 73% presenta un puntaje alto en el pos-test, a diferencia del pre-test que solo el 5% logró un puntaje alto. Se observa que en pre-test en el nivel medio hubo un 28% y en el post-test un 26%.

Con la ayuda del estadístico T- student para muestras relacionadas la presente investigación pudo determinar la influencia de la intervención educativa en el nivel de conocimiento de los adolescentes sobre infecciones de transmisión sexual, pues se evidenció diferencias significativas entre el pre-test y el post-test que aseguran su influencia con una significancia de p-valor = 0,0000001 demostrando que la intervención educativa influyó en la adquisición de conocimientos de los adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa 19 de abril de Chupaca, aceptándose la hipótesis de investigación y rechazando la hipótesis nula.

Similares resultados obtuvieron las investigaciones realizadas por: Escalona M, Varón M, Eviés A, San Miguel F, Vargas A. [3] donde se evidenció que el programa de intervención tuvo gran eficacia en los adolescentes que participaron en la investigación ya que se logró elevar el nivel de conocimiento en los mismos. Lo que corroborado estadísticamente con un p-valor = 0,000; Borges Y, Díaz R, Arguelles M, Iznaga Y, Vistel R. [4] cuyos resultados admiten que existen diferencia estadísticamente significativas entre el pre-test y pos-test, interpretando que el cambio obtenido fue producido por la aplicación del programa educativo sobre Infecciones de Transmisión Sexual; Brito M, Carvajal M, Cifuentes G, Delgado A, Escalona SA, Galarreta D. [5] quienes evidenciaron que el post-test resultó con diferencia estadísticamente significativa de p-valor = 0,0001 aceptando su hipótesis que la modificación en el conocimiento de los adolescentes fue producto de la aplicación del programa educativo sobre Salud sexual y reproductiva donde se abordaron temas de infecciones de transmisión sexual.

Así mismo Ildfonso M. [6] demostró en su investigación a través de la prueba T de Student, que el programa de intervención educativa salud sexual y reproductiva incrementó los conocimientos de los adolescentes del quinto año de secundaria sobre las infecciones de transmisión sexual, obteniéndose un p-valor $< 0,05$, con un nivel de significancia de 5%, por lo que se aceptó la hipótesis de investigación y se rechazó la hipótesis nula; Miranda R. [7] encontró que la aplicación del programa educativo fue altamente significativo ($p= 0,000$) en el incremento del conocimiento de los adolescentes participantes de su estudio.

6. CONCLUSIONES

1. El nivel de conocimiento sobre los temas evaluados en relación a las infecciones de transmisión sexual que tenían los adolescentes del quinto año de secundaria, antes de la intervención educativa el 78% de los adolescentes encuestados presentaba un conocimiento bajo, el 28% un conocimiento medio y solo un 5% un nivel de conocimiento alto.
2. La intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual influye en el nivel de conocimiento de los adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa 19 de abril de Chupaca, encontrándose diferencias significativas entre el pre-test y el post-test con un alto grado de significancia estadística de $p\text{-valor} < 0,05$, probándose la hipótesis propuesta, lográndose que el nivel de conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual que alcanzaron la mayoría de los adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa 19 de abril de Chupaca luego de la intervención educativa fue de nivel alto (73%).
3. El diseño y la ejecución las sesiones de aprendizaje de la intervención educativa para mejorar los conocimientos que tienen los adolescentes sobre las infecciones de transmisión sexual, utilizando infogramas y exposiciones como herramientas para lograr el aprendizaje significativo, se convierte en una estrategia importante de la educación para la salud.

7. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda que todas las instituciones educativas que busquen incrementar la difusión de los temas relacionados a Salud Sexual y Reproductiva, poniendo énfasis a las infecciones de transmisión sexual que representan una grave amenaza para la salud y el bienestar de la población adolescente.
2. A los establecimientos de salud, fortalecer las estrategias de promoción de salud en los adolescentes y se brinde mayor atención a los adolescentes sobre temas de sexualidad y reproducción, orientación sexual, Infecciones de transmisión sexual.
3. A las universidades fortalecer e Incentivar la formación de obstetras que conozcan técnicas educativas, brindando la posibilidad de que ofrezcan sesiones educativas sobre Salud Sexual y Reproductiva, Infecciones de Transmisión Sexual, entre otros temas; a la población de adolescentes de las Instituciones educativas.
4. A la comunidad estudiantil e investigadora de obstetricia, realizar otras investigaciones que incluyan la aplicación de intervenciones educativas que aborden temas de prioridad en la salud sexual y reproductiva y que permita resolver la problemática de salud de nuestra región.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de Salud [OMS]. Salud de los adolescentes. Temas de salud. Ginebra. Suiza; 2005.
2. Creatsas GK. Sexualidad: actividad sexual y anticoncepción en la adolescencia. Obstetricia y Ginecología. 1993.
3. Escalona M, Varón M, Eviés A, Sanmiguel F, Vargas A. Efectos de un programa educativo en los conocimientos sobre sexualidad. Colombia, 2010.
4. Borges Y, Díaz R, Arguelles M, Iznaga Y, Vistez R. Intervención educativa sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes. Policlínico Ángel Machaco Amejeiras. [Tesis de Maestría]. La Habana, 2010.
5. Brito M, Carvajal M, Cifuentes G, Delgado A, Escalona S, Galarreta D. Diseño, aplicación y evaluación de un programa educativo sobre Salud Sexual y reproductiva enero - mayo 2007. [Tesis para optar el título de licenciatura en enfermería]. Venezuela: Universidad Centro occidental Lisandro Alvarado; 2010.
6. Ildelfonso M. Intervención educativa sobre salud sexual y reproductiva y su efecto en el conocimiento de los adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Privada "Trilce", noviembre - diciembre 2015. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Obstetricia]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
7. Miranda R. Influencia de un programa educativo en el nivel de Conocimiento de la salud sexual y reproductiva de los alumnos del Colegio Nacional "Juana Moreno". [Tesis de grado]. Huánuco: Universidad de Huánuco; 2016.
8. Zárate J. Efectividad de la Educación Sanitaria en el Nivel de Conocimientos y Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual en Adolescentes de 4to y 5to de Secundaria del Colegio Marco Punte Llanos – Ate 2008. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2009.

9. Faro S, Soper DE: Clamidiasis. En: Enfermedades infecciosas en la mujer. 1ª ed. Pennsylvania, McGraw–Hill Interamericana, 2002:486–503.
10. Crotchfelt KA, Welsh LE, De Bonville D et al.: Detection of *Neisseria gonorrhoeae* and *Chlamydia trachomatis* in genitourinary specimens from men and women by a co–amplification.
11. Herriot ESJ, Laufer MR, Goldstein DP: Enfermedades de transmisión sexual: gonorrea, *Chlamydia trachomatis*, enfermedad pélvica inflamatoria y sífilis. En: Ginecología en pediatría y la adolescente. 4ª ed. Filadelfia, McGraw–Hill Interamericana, 2000:349–374.
12. Moreno CC, Benuto AR: Linfogranuloma venéreo. Aspectos clínicos, métodos de diagnóstico y tratamiento en 120 enfermos. *Dermatol Rev Mex* 2003;47:5–12.
13. McCormack WM, Stumacher RJ, Johnson K: Clinical spectrum of gonococcal infection in women. *Lancet* 1977;1:1182–1185.
14. Ingall D, Sánchez PJ: Syphilis. En: Remington JS, Klein JO: Infectious diseases of the fetus and newborn infant. 15ª ed. Philadelphia, W. B. Saunders, 2001:643–681.
15. Center for Disease Control and Prevention. 2003 Guidelines for the treatment of sexually transmitted diseases. *MMWR* 2003;47(No. RR–1):28–34.
16. McFarlin BL, Bottoms SF, Dock BS, Isada NB: Epidemic syphilis: maternal factors associated with congenital infection. *Am J Obstet Gynecol* 1994;170:535–540.
17. Vélez AH, Rojas MW, Borrero RJ, Restrepo MJ, Restrepo MA, Robledo RJ et al.: Fundamentos de medicina. Enfermedades infecciosas. 6ª ed. Medellín, Corporación para Investigaciones Biológicas, 2003;13:182–187.
18. Mandell GL, Bennett JE, Dolin R: Enfermedades infecciosas: principios y práctica. 5ª ed. Buenos Aires, Panamericana, 2000;213:2891–2893.

19. Kharsany AB, Hoosen AA, Kiepiela P et al.: Culture of *Calymatobacterium granulomatis*. *Clin Infect Dis* 1996;22:391.
20. Moreno Collado C: Granuloma inguinale (donovanosis). En: Arenas R, Estrada R: *Tropical dermatology*. Georgetown, Landes, 2001:190–193.
21. Workowsky KI, Levine WC: Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. *MMWR* 2002;51:24–31.
22. Treviño PSC: Infección por virus del herpes simple. En: *Infecciones por transmisión sexual*. Asociación de Medicina Interna de México–McGraw–Hill, 2002:109–114.
23. Mandell GL, Bennett JE, Dolin R: *Enfermedades infecciosas: principios y práctica*. 5ª ed. Buenos Aires, Panamericana, 2000;123:1903.
24. Fey CM, Beal WM: The role of human papilloma virus testing in cervical cancer prevent. *J Midwifery Women's Health* 2004;49:4–13.
25. Pinto AP: Evolución natural de la neoplasia cervicouterina: definición de su avance y consecuencia. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas*. McGraw–Hill–Interamericana, 2000;2: 329–249.
26. Clottey C, Dallabetta G: Sexually transmitted diseases and human immunodeficiency virus, epidemiologic synergy? *Infect Dis Clin North Am* 1993;7:753–770.
27. Hanenberg RS, Rojanapithayakorn W, Kunasol P, Sokal DC: Impact of Thailand's HIV–control programme as indicated by the decline of sexually transmitted diseases. *Lancet* 1994;244:243–245.
28. Krieger JN: Trichomoniasis in men: old issues and new data. *Sex Transm Dis* 1995;22:83.
29. Kellock D, O'Mahony CP: Sexually acquired metronidazoles–resistant trichomoniasis in a lesbian couple. *Genitourin Med* 1996;72:60.

30. Gardner WA Jr, Culberson DE, Bennett BD: Trichomonas vaginalis in the prostate gland. Arch Pathol Lab Med 1986;110:430.
31. Krieger JN, Tam MR, Stevens CE et al.: Diagnosis of trichomoniasis: comparison of conventional wet-mount examination with cytologic studies, cultures, and monoclonal antibody staining of direct specimens. JAMA 1988;259:1223.
32. Santillán de la Peña M. Gestión del Conocimiento: El Modelo de Gestión de Empresas del Siglo XXI. España: Netbiblo, S.L.; 2010. p. 23 – 25.
33. Calderón Y, Requejo D, TamPhun E. Influencia de una intervención educativa en el nivel de conocimiento sobre prácticas de autocuidado durante el puerperio en adolescentes. Revista de Enfermería Herediana 2008;01 (1): 11-18.
34. Hidalgo M. Como desarrollar una clase formativa y reproductiva, sesión de enseñanza / aprendizaje. Lima Perú: INADEP, 2007.
35. Yampufé C. Los procesos pedagógicos en la sesión de aprendizaje. Año 2009. [Consultado el 29 de julio del 2015].

9. ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES	METODOLOGÍA
<p>PROBLEMA GENERAL ¿Cuál es la influencia de una intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual en el nivel de conocimiento de los adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa 19 de Abril de Chupaca, Periodo julio – setiembre 2017?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS. a. ¿Cuál es la influencia de una intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual de origen bacteriano, viral, hongos y ectoparásitos en el nivel de conocimiento de los adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa 19 de abril de Chupaca, Periodo julio – setiembre 2017?</p> <p>b. ¿Cuál es la influencia de una intervención educativa sobre la prevención de las infecciones de transmisión sexual en el nivel de conocimiento de los adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa 19 de abril de Chupaca, Periodo julio – setiembre 2017?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Determinar la influencia de una intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual en el nivel de conocimiento de los adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa 19 de abril de Chupaca, Periodo julio – setiembre 2017.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS 1. Analizar los resultados de la influencia de una intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual de origen bacteriano, viral, hongos y ectoparásitos en el nivel de conocimiento de los adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa 19 de abril de Chupaca, Periodo julio – setiembre 2017.</p> <p>2. Analizar los resultados de la influencia de una intervención educativa sobre la prevención de las infecciones de transmisión sexual en el nivel de conocimiento de los adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa 19 de abril de Chupaca, Periodo julio – setiembre 2017</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL</p> <p>H1: La intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual influye significativamente en el conocimiento de los adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa 19 de abril de Chupaca, Periodo julio – setiembre 2017.</p> <p>Ho: La intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual no influye significativamente en el conocimiento de los adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa 19 de abril de Chupaca, Periodo julio – setiembre 2017.</p> <p>Hipótesis específica 1 Hi: La intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual de origen bacteriano, viral, hongos y ectoparásitos influye significativamente en el conocimiento de los adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa 19 de abril de Chupaca, Periodo julio – setiembre 2017.</p> <p>Ho: La intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual de origen bacteriano, viral, hongos y ectoparásitos NO influye significativamente en el conocimiento de los adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa 19 de abril de Chupaca, Periodo julio – setiembre 2017.</p> <p>Hipótesis específica 2 Hi: La intervención educativa sobre la prevención de las infecciones de transmisión sexual influye significativamente en el conocimiento de los adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa 19 de abril de Chupaca, Periodo julio – setiembre 2017.</p> <p>Ho: La intervención educativa sobre la prevención de las infecciones de transmisión sexual NO influye significativamente en el conocimiento de los adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa 19 de abril de Chupaca, Periodo julio – setiembre 2017.</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE: Intervención educativa</p> <p>VARIABLE DEPENDIENTE: Nivel de conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual.</p>	<p>Método de la investigación Método científico Método específico Estadístico, hipotético-deductivo</p> <p>Tipo de Investigación Experimental, Prospectivo.</p> <p>Nivel de investigación Relacional, con diseño de nivel preexperimental con un solo grupo</p> <p>Diseño de la investigación</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <pre> graph LR M[M] --> O1[O1] M --> O2[O2] </pre> </div> <p>Donde: M: Muestra “O1” Pre test “O2” Post test r relación de variables.</p> <p>Población de estudio adolescentes del quinto año de secundaria de 15 a 17 años, de la Institución Educativa 19 de abril de Chupaca Periodo julio – setiembre 2017</p> <p>Muestra Registro censal con 117 adolescentes.</p> <p>Técnica e instrumento de recolección de datos Técnica Encuesta. Instrumento Cuestionario.</p>

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADOR
VARIABLE INDEPENDIENTE: Intervención educativa.	Técnica que se utiliza en la enseñanza o educación de las personas. Fomenta el análisis, el diálogo y la reflexión sobre un tema identificado.	La intervención educativa es cuando el personal de salud mediante sesiones educativas provee a la población de información, con la finalidad de identificar, conocer y prevenir el problema.	Sesión educativa 1: Aspectos globales de las infecciones de transmisión sexual Sesión educativa 2: Infecciones de transmisión sexual y adolescencia Sesión educativa 3: Prevención de las ITS	<ul style="list-style-type: none"> - Efectivo: Logro de objetivos - No Efectivo: No se logró los objetivos
VARIABLE DEPENDIENTE: Nivel de conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual.	Es el conjunto de información que tiene la persona sobre las infecciones de transmisión sexual, su epidemiología, agente causante, modos de transmisión, signos – síntomas, factores de riesgo y complicaciones	Es toda información que tienen los adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa 19 de Abril de Chupaca sobre las infecciones de transmisión sexual.	<p>Conocimiento sobre la definición, formas de transmisión, complicaciones de las ITS.</p> <p>Conocimiento sobre bacterias relacionadas con las ITS</p> <p>Conocimiento sobre virus de transmisión sexual</p> <p>Conocimiento sobre protozoarios y hongos asociados a las ITS</p> <p>Conocimiento sobre ITS de origen ectoparasitarias</p> <p>Conocimiento sobre la prevención de las ITS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Definición de ITS. - Infecciones de transmisión sexual - Formas de transmisión de ITS - Complicaciones de las Infecciones de Transmisión Sexual - Infección genital por Chlamydia trachomatis - Linfogranuloma venéreo - Gonorrea - Sífilis - Chancroide - Granuloma inguinal (GI) - Infección por virus del herpes simple - Virus del papiloma humano - VIH como infección de transmisión sexual - Tricomoniasis vaginal - Balanitis micótica - Infecciones por Escabiosis - Infecciones por Pediculosis del Pubis - Conoce la importancia de prevenir una I.T.S.

ANEXO 2

UNIVERSIDAD PRIVADA DE HUANCAYO "FRANKLIN ROOSEVELT" FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CUESTIONARIO SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Esta encuesta tiene como objetivo identificar el nivel de información que Ud. posee acerca de las ITS/. Su opinión es de gran importancia para nosotros. Esta encuesta es voluntaria y anónima, Ud. Podrá marcar con una (X) las opciones según sus criterios.

Agradecemos su colaboración.

DATOS GENERALES

1. Edad:años	2. Sexo: 1. Masculino () 2. Femenino ()	3. Grado y Sección:
---------------------------	--	----------------------------------

I. ASPECTOS GENERALES

- Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son:
 - Infecciones que se transmiten de una persona a otra, a través de relaciones sexuales vaginales, anales u orales.
 - Infecciones que se transmiten de una persona a otra, a través de un abrazo.
 - Infecciones que se transmiten a través de alimentos contaminados.
- Son infecciones de transmisión sexual (ITS):
 - Gripe, tos, dolor de diente, dolor de oído
 - Diarrea, náuseas, fatiga, congestión nasal .
 - Gonorrea, Sífilis, Chancroide, Herpes, VIH/SIDA, Vaginosis bacteriana, Tricomoniasis
- La principal forma de transmisión de las ITS es:
 - A través de la picadura de insectos.
 - Al tocar, abrazar y saludar dando la mano a una persona.
 - A través de las relaciones sexuales.
- Las complicaciones que trae las Infecciones de Transmisión Sexual son:
 - Dolor de cabeza, náuseas, dolor muscular.
 - Inflamación y dolor pélvico crónico, infertilidad, abscesos, hepatitis, cáncer, aborto.
 - Deshidratación, sueño, dolor estomacal.

II. BACTERIAS RELACIONADAS CON LAS ITS

- La infección por Chlamydia trachomatis es causada por una bacteria.
 - Sí
 - No
- El linfogranuloma venéreo es una enfermedad sistémica de transmisión sexual.
 - Sí
 - No
- ¿La gonorrea o blenorragia es una ITS ?
 - Sí
 - No
- La Sífilis, Chancroide, y Granuloma inguinal (GI) son Infección de transmisión sexual (ITS).
 - Sí
 - No

III. VIRUS DE TRANSMISIÓN SEXUAL

9. La infección por el virus del herpes tipo 2 (HSV - 2) es una infección recurrente que dura por toda la vida
a) Sí b) No
10. ¿Qué es el molusco contagioso?
a) Es un parásito que habita en mar.
b) Es una enfermedad de los ojos.
c) Infección ocasionada por el virus Molluscum contagiosum que producen pápulas en la piel.
11. La manifestación clínica más frecuente de la infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) son las verrugas genitales
a) Sí b) No
12. El VIH es:
a) Virus del humano.
b) Virus de inmunodeficiencia humana.
c) Una enfermedad venérea que se combate con antibióticos.
13. Las 3 principales formas de transmisión del VIH son:
a) Por compartir cubiertos, a través de las relaciones sexuales, por los abrazos
b) A través de las relaciones sexuales, transfusiones sanguíneas, de madre a hijo
c) A través de las relaciones sexuales, transfusiones sanguíneas, por los abrazos.

IV. PROTOZOARIOS Y HONGOS ASOCIADOS A LAS ITS

14. La tricomoniasis vaginal es una infección de transmisión sexual.
a) Sí b) No
15. La balanitis micótica es una entidad causada por diversos hongos, entre los más comunes están los del tipo Candida.
a) Sí b) No

V. ITS DE ORIGEN ECTOPÁRASITARIAS

16. La sarna o escabiosis es un ITS.
a) Sí b) No
17. La pediculosis del pubis conocido popularmente como ladilla es una ITS muy frecuente.
a) Sí b) No

VI. PREVENCIÓN DE LAS ITS

18. Las Medidas Preventivas para evitar contraer una Infecciones de Transmisión Sexual son:
a) La abstinencia, practicar el sexo seguro y uso inadecuado del preservativo.
b) La abstinencia, ser fiel a la pareja y uso inadecuado del preservativo.
c) La abstinencia, uso adecuado del preservativo y practicar el sexo seguro.
19. El preservativo (masculino/femenino) constituye una medida preventiva para evitar contraer alguna Infecciones de Transmisión Sexual
a) Si b) No
20. La Abstinencia Sexual es privarse totalmente de las relaciones sexuales.
a) Si b) No

ANEXO 3

ANEXO 3: FOTOS DE LAS SECCIONES EDUCATIVAS













