



**UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CÁTEDRA MATERNO INFANTIL**



# **CUAL ES EL GRADO DE INFORMACION Y QUE MEDIDAS DE PREVENCIÓN SOBRE LAS ITS TIENEN LOS ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCION PUBLICA SECUNDARIA**

## **AUTORES:**

Br. Aguirre, María José  
Br. Cabral, Andrea  
Br. Cavajani, Mariana  
Br. Correa, Virginia  
Br. Vasko, Leticia

## **TUTORES:**

Prof. Lic. Enf Pérez, Mercedes

Facultad de Enfermería  
**BIBLIOTECA**  
Hospital de Clínicas  
Av. Italia s/n 3er. Piso  
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2007

## ÍNDICE

	Página
<b>Resumen</b>	<b>1</b>
<b>Introducción</b>	<b>2</b>
<b>Planteamiento del Problema</b>	<b>3</b>
<b>Objetivos</b>	<b>3</b>
<b>Fundamento</b>	<b>4</b>
<b>Marco Teórico</b>	<b>6</b>
<b>Diseño Metodológico</b>	<b>46</b>
<b>Resultados</b>	<b>52</b>
<b>Análisis</b>	<b>64</b>
<b>Conclusiones</b>	<b>67</b>
<b>Recomendaciones</b>	<b>68</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>69</b>
<b>Anexos</b>	<b>72</b>
<b>I. Programa Prioritario de ITS/SIDA</b>	
<b>II. Plano Barrial</b>	
<b>III. Instrumento: Encuesta- Cuestionario</b>	
<b>IV. Instructivo del Cuestionario</b>	
<b>V. Cronograma Gantt</b>	
<b>VI. Resumen Resultados Informáticos- Excel</b>	
<b>VII. Informe Epidemiológico VIH/SIDA</b>	
<b>VIII. Protocolo</b>	

## **SIGLAS**

- ITS-** Infección de Transmisión Sexual
- ACO-** Anticonceptivos Orales
- CLAP-** Centro Latinoamericano Perinatología y Desarrollo Humano
- VIH-** Virus de Inmunodeficiencia Humana
- SIDA-** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
- MSP-** Ministerio de Salud Pública
- ITR-** Infección de Tracto Reproductivo
- IRS-** Inicio de Relaciones Sexuales
- OMS-** Organización Mundial de la Salud
- VHB-** Virus Hepatitis B
- VHC-** Virus Hepatitis C
- HPV-** Virus del Papiloma Humano
- DIU-** Dispositivo Intra Uterino
- RN-** Recién Nacido
- LCR-** Líquido Céfalo Raquídeo
- MYSU-** Mujer y Salud en el Uruguay
- UDELAR-** Universidad de la República
- ONUSIDA-** Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA
- IMM-** Intendencia Municipal de Montevideo
- UNFPA-** Fondo de población de las Naciones Unidas
- PNUD-** Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

## RESUMEN

En nuestro país en los últimos años, se ha observado un incremento de las de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en los adolescentes, lo cual motivó el interés de realizar un estudio con el objetivo de conocer el grado de información y las medidas de prevención sobre ITS. Se realizó un estudio cuantitativo, retro-prospectivo, descriptivo y transversal con una muestra no probabilística – por conveniencia, tomada del universo de estudiantes adolescentes de una Institución de Enseñanza Pública correspondiendo a 4°, 5° y 6° año de grado liceal. La muestra estuvo constituida por 254 adolescentes (163 femeninos y 91 masculinos). La información se recogió por las propias investigadoras de este estudio a través de un instrumento (encuesta-cuestionario) elaborado por las mismas para tal fin. Se constató que el grado de información alcanzado por los adolescentes de ambos sexos es de un nivel Medio-Bajo.

Con respecto a las medidas de prevención el sexo masculino inicia su actividad sexual más tardíamente que el sexo femenino. La media de compañeros sexuales para ambos sexos es de 3 compañeros sexuales desde su inicio.

El sexo masculino utiliza el preservativo en mayor porcentaje como medida de prevención en relación al sexo femenino.

De la población sexualmente activa solo un porcentaje minoritario lo hace como medida de prevención.

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación fue llevada a cabo por estudiantes que se encuentran culminando la carrera Licenciatura en Enfermería, Facultad de Enfermería.

El tema a investigar fue Derechos Sexuales y Reproductivos enmarcando nuestro problema en conocer el grado de información y que medidas de prevención sobre Infecciones Transmisión Sexual tienen los adolescentes.

En los últimos años se ha registrado un aumento de las ITS en nuestro país y en el resto del mundo, las mismas son consideradas un problema de Salud Pública. Se ha demostrado estadísticamente una incidencia de estas infecciones en la población comprendida entre los 15 – 24 años, por esta razón la muestra seleccionada para nuestro estudio fueron adolescentes pertenecientes a una Institución de enseñanza secundaria pública.

En base a los datos analizados, obtuvimos una aproximación de la realidad de esta población en cuanto a las medidas de prevención utilizadas y el grado de información acerca de las ITS.

Desde nuestro rol como futuras Licenciadas en Enfermería tenemos la percepción de que se pueden disminuir las cifras a nivel nacional de este tema, considerado un flagelo a nivel mundial, mediante actividades de promoción – educación en salud, prevención y protección específica.

**TEMA:** Derechos sexuales y reproductivos

**PROBLEMA:**

- Cuál es el grado de información y que medidas de prevención sobre Infecciones de Transmisión Sexual tienen los adolescentes de una Institución Enseñanza Secundaria Pública, en el mes de noviembre de 2007.

**OBJETIVO GENERAL:**

- Identificar el grado de información y que medidas de prevención sobre Infecciones de Transmisión Sexual tiene la población estudio.

**OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- Caracterizar a la población estudio
- Identificar el grado de información de los adolescentes.
- Identificar las medidas de prevención sobre ITS en la población objetivo
- Identificar el grado de información según sexo
- Caracterizar según sexo las medidas de prevención utilizadas

## FUNDAMENTO

En los últimos años se ha registrado un aumento de las ITS en nuestro país y en todo el mundo; las mismas son consideradas un problema de Salud Pública a nivel mundial; la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), estima para América Latina y el Caribe, entre 35 y 40 millones de casos, con más de 100.000 infecciones promedio por día.

Si bien la dimensión exacta del problema no es fácil de conocer, por el sub registro existente y por las dificultades en realizar un diagnóstico precoz, la O.M.S. calcula que 1 de cada 20 personas padece una ITS al año.

Se ha demostrado estadísticamente que la población más afectada corresponde al rango etario que va desde los 15 a 24 años.

Existe un desplazamiento de las ITS a edades cada vez más tempranas; siendo los adolescentes y el sexo femenino la población de mayor riesgo, sin embargo ninguna persona sexualmente activa está exenta de contraer estas infecciones. Teniendo en cuenta además que ellas favorecen, en mayor o menor grado a la infección por VIH, multiplicando la posibilidad en 20 veces de adquirirlo en cada relación sexual.

Los avances de la ciencia han demostrado que muchas ITS pueden no ser curables, afectando seriamente la salud, provocando esterilidad y cáncer y eventualmente la muerte.

La adolescencia es una etapa en la cual se producen diversos cambios a nivel bio-psico-social.

Se construye la identidad, experimentan comportamientos impredecibles y riesgosos (consumo de sustancias psicoactivas, alcohol) e inicio de las relaciones sexuales; y teniendo en cuenta su transición a nivel corporal que los hace más vulnerables físicamente frente a las mismas.

En cuanto a los Derechos Sexuales y los Reproductivos, y el ejercicio de los mismos por parte de la población adolescente, tomamos como marco referencial que a nivel nacional actualmente se está comenzando a implementar el programa de educación sexual en todos los niveles de la enseñanza pública. Esto difiere de la realidad de los adolescentes de hoy, debido a que los mismos en su etapa escolar no contaron con el beneficio de acceder a dicho programa.

Para la elaboración de esta investigación se tomo como punto teórico fundamental la normativa actual vigente del Ministerio de Salud Pública- Programa Prioritario de ITS/SIDA, en cuanto a su diagnóstico, tratamiento y control epidemiológico. (Anexo I)

Creemos de gran importancia el abordaje de la temática a investigar, porque a través de la misma lograremos obtener una aproximación del grado de información y las medidas de prevención sobre Infecciones de Transmisión Sexual. Lo cual en un futuro nos permitirá actuar e incidir para disminuir el grado de morbimortalidad.



## MARCO TEÓRICO

La etapa adolescente presenta una serie de factores de origen biológico, psicológico y social, que favorecen y aumentan el riesgo de adquirir Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Desde el punto de vista biológico, el organismo se expone por primera vez a la mayoría de los gérmenes de transmisión sexual. Si bien el sistema inmunitario completa su madurez previamente, existe ausencia de memoria inmunológica frente a los agentes causales de las mismas. Esto condiciona una relativa "inmadurez inmunológica" vinculada a esta etapa.

Si bien todos estos factores son importantes, durante la adolescencia el mayor riesgo de adquirir ITS se halla vinculado a los factores de índole social. Existen conductas y comportamientos de riesgo que se evidencian muy frecuentemente en grupos socialmente más vulnerables.

El fenómeno de la anticoncepción produjo múltiples cambios, la mayoría vinculados a la esfera sexual y reproductiva. El método anticonceptivo más usado por mujeres en general y en particular por mujeres adolescentes corresponde a los anticonceptivos orales (ACO). Estos influyen aumentando en forma indirecta el riesgo de transmisión de ITS. Según datos del CLAP 2003, la incidencia mayor de VIH se da entre los 15 y 24 años. En menores de 20 años las consultas corresponden al 16 % sífilis, 18 % gonorrea, 26 % condilomas genitales. En cuanto a la prevalencia de embarazo en el sector público es de 25 % y en el sector privado es de 4,5 %.

Desde el punto de vista social indujeron cambios del comportamiento sexual humano. Desplazaron el uso de condón debido a la mayor seguridad que ofrecen los anticonceptivos orales (ACO) en la prevención del embarazo.

Asimismo, existen otros factores determinantes relacionados al comportamiento adolescente. Los adolescentes más frecuentemente que los adultos consumen alcohol, y drogas; adoptan conductas violentas y mantienen relaciones sexuales desprotegidas. Se encuentra distinto grado de riesgo entre mujeres y varones que se origina en las diferentes conductas vinculadas a la socialización de género que surge en cada uno de ellos.

La socialización de género implica el aprendizaje de determinadas normas sociales que construyen el rol sexual y satisfacen las expectativas de la

sociedad en identificar modelos distintos de comportamiento en hombres y mujeres. Esto determina diferente riesgo en la morbimortalidad específica entre ambos géneros. Las consecuencias negativas del proceso de socialización en las mujeres se relaciona con el embarazo en la etapa adolescente y sus consecuencias; depresión; acceso limitado a mejor educación y trabajo; violencia y abuso sexual. En los varones se asocia con mayor frecuencia a accidentes; violencia; mayor uso y abuso de alcohol y drogas; ausencia o escaso compromiso con el embarazo y crianza de los hijos.

Las ITS constituyen un factor de alto riesgo que favorece el contagio del VIH.

La presencia de una o más de las modificaciones que estas producen en el organismo y la escasa protección en la actividad sexual durante esta etapa, propician la transmisión de las diferentes ITS y particularmente del VIH.

Las ITS reúnen una serie de características que reflejan su real importancia en las cifras. Del análisis epidemiológico se destaca que: son tres veces más frecuentes en la adolescencia que en la edad adulta. Más de 60% de infecciones nuevas se presentan en menores de 24 años y la tercera parte se desarrollan en adolescentes con actividad sexual. Las alteraciones locales que producen las ITS aumentan hasta nueve veces la capacidad de transmisión de VIH-SIDA. Los datos que aporta la OMS en relación a la infección de VIH durante la adolescencia indican que más del 50% corresponde a esta etapa. Todas estas características nos permiten definir a la adolescencia en sí, como factor de riesgo para adquirir VIH-SIDA.

Existe mayor riesgo de adquirir VIH-SIDA en adolescentes que presentan conductas de riesgo y pertenecen a grupos socialmente vulnerables. Presentan uno o varios componentes relacionados a comportamiento sexual de riesgo, acceso insuficiente a información, educación y servicios de salud especializados que incluyan prevención, control y tratamiento adecuados de VIH-SIDA.

Se destacan entre otros: adolescentes con ITS, homosexuales masculinos, trabajadores sexuales, consumidores de drogas y alcohol, encarcelados en conflicto con la ley, abandonados y sin hogar, adolescentes que practican sexo anal y oral, personas que fueron abusados sexualmente y usuarios que practican sexo casual sin protección con condón.

Desde el punto de vista etimológico **adolescencia** significa crecimiento y padecimiento.

La adolescencia es una etapa entre la infancia y la edad adulta; un periodo de maduración física, cognitiva, social y emocional. Sus límites precisos son difíciles de definir, pero normalmente se considera que comienza con la aparición gradual de los caracteres sexuales secundarios y que finaliza con el cese del crecimiento corporal. La OMS sitúa los límites entre 10- 19 años: (10 a 12 adolescencia inicial), (12 a 14 adolescencia media), (15 a 19 adolescencia tardía).

La Adolescencia debe entenderse como una etapa de crisis personal e intransferible en el esquema del desarrollo bio-psicosocial de un ser humano. Abarca un largo periodo de la vida, los limitantes de ésta etapa varían según las practicas y estructuras sociales donde se gesta el proceso.

En este periodo crítico se alcanza la madurez biológica y sexual y con ello la capacidad de reproducción, también se abre la puerta a la búsqueda de la madurez emocional y social, aquella donde se asumen responsabilidades y conductas que llevaran a la participación del mundo adulto.

A la madurez biológica se la conoce como pubertad, en tanto al largo periodo que sigue para encontrar la madurez emocional y social se le denomina adolescencia.

Es un proceso determinado por varios factores: la vida en familia, la experiencia escolar, el marco cultural, las condiciones económicas y políticas, etc. La adolescencia es así una etapa compleja, un fenómeno personal, pero a la vez claramente vinculado con los pares.

A los adolescentes se los debe entender como un producto de su época, de la cultura donde viven, de su historia personal (infancia, pubertad) y del ambiente donde vivió el proceso.

#### **Pensamiento del Adolescente**

- Duelo por el cuerpo infantil perdido
- Duelo por la identidad y el rol infantil
- Duelo por los padres de la infancia

Los principales aspectos de la adolescencia son:

- Desarrollo de la identidad
- Desarrollo de autonomía e independencia
- Desarrollo de intimidad en una relación
- Desarrollo de bienestar con su propia sexualidad
- Desarrollo del sentido de logro

Los principales problemas de salud relacionados con el estilo de vida son los hábitos no saludables como por ejemplo el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, también el sedentarismo y hábitos alimentarios.

Otros de los problemas son los relacionados a las Infecciones de Transmisión Sexual y embarazos no deseados.

Con respecto a las características biológicas, los adolescentes del sexo masculino presentan cambios rápidos, los cambios mentales se hacen más lentos que los cambios físicos; la figura se hace más estrecha, alargada y desproporcionada, alargamiento de huesos y músculos (provoca dolor y fatiga); cambia la piel de la cara, aparece acné y vello sobre el labio superior; la voz se hace más grave; hay un crecimiento de próstata, escroto, vesículas seminales; pené mas voluminoso y fuerte; aumenta la capacidad respiratoria y también la secreción de las hormonas sexuales, andrógenos y hormonas masculinas (se destaca la testosterona), se comienza a producir espermatozoides.

En el sexo femenino la figura se estiliza, la cintura se estrecha y afina, la pelvis se ensancha, el pelo de la cabeza se configura diferente, aparece vello axilar y púbico, su voz se conserva más fina, desarrollo genital (externo e interno), aparición de acné y de la menstruación, posibilidad de tener hijos, las hormonas sexuales, estrógenos y progesterona, afectarán el desarrollo cerebral y habrá cambios psicológicos.

Las características psicológicas de los adolescentes de ambos sexos comprenden: la búsqueda de sí mismos, de su identidad, la necesidad de independencia, tendencia grupal, las manifestaciones y conductas sexuales con desarrollo de la identidad sexual, contradicciones en las manifestaciones de su conducta y fluctuaciones del estado anímico, la relación conflictiva con los padres, la evolución del pensamiento concreto a lo abstracto, actitud social

reivindicativa, se hacen más analíticos, formulan hipótesis, corrigen falsos preceptos consideran alternativas y llegan a conclusiones propias.

En el Uruguay, la edad modal de inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes es de 15 – 17 años para ambos sexos según la investigación “Reproducción Biológica y Social, Género y Generaciones” realizada en el año 2004 por el MSP, IMM, UDELAR, MySU, UNFPA, PNUD.

Es importante no confundir la orientación sexual con la identidad sexual ni con la práctica ni el deseo sexual, la sexualidad humana es compleja y las variables que definen al sexo son múltiples.

**Bisexual** es aquella persona que siente atracción sexual por personas de ambos sexos, pudiendo mantener relaciones sexuales tanto con hombres como con mujeres. La orientación sexual bisexual se sitúa en medio de dos polos opuestos: la homosexualidad y la heterosexualidad. Las personas bisexuales no se sienten atraídas obligatoriamente del mismo modo ni con la misma intensidad por hombres que por mujeres, de hecho algunas personas bisexuales dicen tener preferencia por uno u otro sexo. Algunos consideran la bisexualidad como un trastorno de la identidad sexual, otros sin embargo defienden que todos los seres humanos son potencialmente bisexuales. **La Homosexualidad** es la orientación sexual (excitación erógena y/o atracción romántica) hacia individuos del mismo sexo. La palabra puede designar tanto la orientación entre hombres como entre mujeres. El sustantivo **gay** se refiere a personas homosexuales de ambos sexos, aunque generalmente se usa hablando de un hombre homosexual. Habitualmente se usa el término **gay** para denominar al hombre homosexual que no reniega de su género biológico y que acepta los modismos culturales aceptados convencionalmente para tal género. Estos modismos varían de pueblo en pueblo por lo que ciertos modales y hábitos considerados femeninos o masculinos en un lugar no lo son en otro. La homosexualidad femenina se llama también **lesbianismo** o **lesbianidad**. A menudo se confunde al homosexual con otras figuras o entidades que nada tienen que ver, no hay que confundirlo con los transformistas, travestis o travestistas, transexuales, transgéneros, así existen también transformistas, travestís, transgénero y transexuales gays, pero también heterosexuales.

La **Heterosexualidad**, es aquella cuya identidad sexual se caracteriza por una orientación sexual y atracción sexual hacia un individuo del sexo opuesto. También puede definirse como el deseo amoroso o sexual hacia personas del sexo opuesto, en contraste con la homosexualidad, y que suele distinguirse de la bisexualidad. Además de referirse a una orientación sexual, el término heterosexualidad también se refiere al comportamiento sexual entre personas de sexo opuesto.

El **Autocuidado** es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

La autora Dorothea Orem describe y define el autocuidado, basándose en los conceptos y requisitos para el mismo, y en la demanda de cuidado terapéutico. Explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia, refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo con la finalidad de la promoción de la salud. Define el autocuidado como "una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo, el de mantener su salud y bienestar, y así como también el de las personas que se encuentren bajo su responsabilidad. Las mismas son afectadas por creencias culturales, hábitos y costumbres de la familia y la sociedad. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

Siendo para la autora la salud como un estado de integridad biológica, simbólica y social de la persona.

Orem explica el autocuidado como una necesidad humana. Esto hace necesaria la implementación de cuidados individualizados y la implementación de los usuarios en el propio plan de cuidados, otorgando así protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.

Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc.) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo.

Define además tres *requisitos de autocuidado*, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado y los medios necesarios para llevar a cabo las acciones que constituyen el mismo:

- **Requisitos de autocuidado universal:** se refiere a los requisitos comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, ingestión de alimentos, la eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos/ accidentes e interacción de la actividad humana.
- **Requisitos de autocuidado del desarrollo:** son requisitos que consisten en promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.
- **Requisitos de autocuidado de la desviación de la salud:** requisitos que son el resultado de una enfermedad, por lo tanto vinculados a los estados de salud; según Orem la enfermedad o lesión afecta al funcionamiento humano integrado, para que las personas en esta situación sean capaces de autocuidarse tienen que ser capaces de aplicar los conocimientos necesarios y oportunos para su propio cuidado.

Según Lalonde los Factores determinantes de la salud son el resultado de la interacción de diversos determinantes como: la biología humana, entorno, estilos de vida y servicios sanitarios.

La Biología Humana: incluye todos aquellos aspectos físicos y mentales que conforman la corporalidad del ser humano, las características de los diferentes sistemas del cuerpo.

**Estilo de vida:** Los comportamientos de los individuos y de las colectividades ejercen una influencia sobre su Salud. Los hábitos de vida nocivos tienen consecuencias nefastas para la salud.

**Entorno:** incluye todos aquellos aspectos ajenos al propio cuerpo, sobre los cuales el individuo tiene una muy limitada capacidad de control y que influyen sobre la salud.

**Servicios sanitarios:** entendemos por esto la cantidad y calidad de los recursos utilizados para satisfacer las demandas y necesidades de la población, así como las estructuras, organizaciones y políticas relativas al sector.

Estos factores son los mismos para todo individuo o grupo, aunque su nivel de desarrollo socioeconómico, clima y tipo de sociedad se manifiesten de formas diversas según los distintos contextos

**Genero:** se refiere a la creación sociocultural de las ideas sobre lo masculino y lo femenino, atributos, roles y características de identidad esperables en determinado momento histórico, es una categoría social impuestas sobre un cuerpo sexuado.

El concepto de género refiere a la asignación social y a la valorización diferenciada de responsabilidades y roles a hombres y mujeres, que condiciona sus opciones, hábitos y desempeños.

Salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos. *Definición de Salud Sexual (OMS 2002)*

Los derechos reproductivos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva



Los derechos sexuales se definen como: derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todos los seres humanos; contemplando derecho a: libertad sexual, autonomía, integridad y seguridad sexual del cuerpo, privacidad sexual, equidad sexual, placer sexual, expresión sexual emocional, libre asociación sexual, información basada en el conocimiento científico, educación sexual integral y atención de la salud sexual. Para ejercer los derechos sexuales y los reproductivos cada persona debe tener la capacidad y el poder para tomar decisiones informadas y responsables sobre su sexualidad y su vida reproductiva. También debe poder acceder a los recursos necesarios para llevar a la práctica las decisiones tomadas, de manera segura, efectiva y sin sufrir discriminación alguna.

Los derechos sexuales y los reproductivos son, por lo tanto, uno de los ejes de construcción de ciudadanía y de profundización de la convivencia democrática. Para ejercer los derechos sexuales y los reproductivos el Estado debe: Garantizar, respetar y proteger con leyes y políticas públicas los derechos humanos de todas las personas, incluidos los derechos sexuales y los reproductivos.

Favorecer y generar condiciones que permitan el ejercicio de los derechos sexuales y los reproductivos por parte de todas las personas, en condiciones de igualdad y justicia social.

Asegurar que el sistema jurídico proteja y repare la violación de los derechos sexuales y los reproductivos.

Poner en marcha programas para informar a toda la ciudadanía sobre salud sexual y reproductiva y sus derechos correspondientes, y facilitar el uso y creación de medios de comunicación para educar y promover los derechos sexuales y los reproductivos.

Incorporar la educación sexual en los programas de educación, en todos los niveles.

Dar prioridad a la salud sexual y reproductiva en las reformas del sistema de salud.

Asegurar la financiación para brindar servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, desarrollar programas de educación sexual, y poner en marcha servicios legales para la defensa de los derechos sexuales y los reproductivos.

Articular los programas y acciones gubernamentales relativos a salud sexual y reproductiva que se desarrollen en los sectores salud, educación, justicia y seguridad social.

Capacitar a las/las profesionales de la salud desde una perspectiva de género y derechos, para mejorar su competencia y su capacidad de comunicación y de escucha, de manera que estén en condiciones de brindar una atención respetuosa, confidencial y de calidad.

Mejorar y ampliar las infraestructuras de los servicios de salud, dotarlas de los insumos necesarios en salud sexual y reproductiva, y lograr que los servicios cuenten con equipos y espacios adecuados para que la atención se preste en espacios con plena privacidad.

Para ejercer los derechos sexuales y los reproductivos la Sociedad debe: Reconocer y respetar los derechos humanos de todas las personas, incluidos los derechos sexuales y los reproductivos.

Generar demandas ciudadanas para el pleno reconocimiento de los derechos sexuales y los reproductivos por parte del Estado.

Incidir para que el Estado facilite y promueva el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

Desarrollar acciones y programas para la información, educación y consejería sobre derechos y salud sexual y reproductiva, a través de sus organizaciones civiles y no gubernamentales.

Desarrollar esfuerzos mancomunados y campañas para la defensa de los derechos sexuales y los reproductivos.

Para ejercer los derechos sexuales y los reproductivos cada persona debe: informarse sobre sus derechos, tomar decisiones libres, responsables y respetuosas de sus valores y creencias, exigir que se respeten sus derechos sexuales y reproductivos en todos los ámbitos, públicos y privados, respetar los derechos sexuales y los reproductivos de las demás personas, promover y defender los derechos sexuales y los reproductivos, denunciar a quienes obstaculizan y/o violan el ejercicio de los derechos sexuales y los reproductivos.

## **LOS DERECHOS SEXUALES SON:**

- Derecho a vivir la sexualidad de manera libre y responsable y a decidir la orientación sexual, las preferencias sexuales y las formas de protección para que las prácticas sexuales sean seguras.
- Derecho a ejercer la sexualidad sin sufrir discriminación, coacción ni violencia.
- Derecho a la igualdad, respeto mutuo y responsabilidad compartida en las prácticas sexuales.
- Derecho a que se respete el consentimiento para cualquier práctica sexual.
- Derecho a asistencia legal en casos de abuso sexual, violación o acoso sexual.
- Derecho a prevención, diagnóstico y tratamiento ante posibles infecciones de transmisión sexual.
- Derecho a acceder a educación e información para decidir y disfrutar de manera plena la sexualidad.

Según Datos estadísticos el 98% de la población uruguaya considera que la educación sexual debería formar parte de la enseñanza pública, el 63% está a favor del proyecto de Ley de Salud Reproductiva, el 53% considera que no se respeta el derecho a relacionarse sexualmente con personas del mismo sexo, el 52% piensa que no se respeta el derecho a una vida sexual libre de violencia y el 35% de las mujeres y 37% de los varones de Uruguay no tomó ninguna medida preventiva de embarazo en la primera relación sexual coital.

## **LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS SON:**

- Derecho a decidir libre y responsablemente sobre tener o no tener hijos; cuándo tenerlos, cuántos tener y con quién tenerlos.
- Derecho a información y consejería para ejercer la maternidad y la paternidad de forma responsable.
- Derecho a información clara y oportuna sobre las distintas opciones en anticoncepción, y tener garantizado el acceso a los diversos métodos para poder elegir libremente y adoptar el de preferencia.

- Derecho a una atención que ofrezca privacidad, confidencialidad, seguridad y dignidad para las usuarias y usuarios en todas las consultas sobre salud sexual y reproductiva.
- Derecho a recibir atención de calidad durante el embarazo, el parto y el puerperio.
- Derecho a servicios seguros de aborto brindados con calidad y con respeto.
- Derecho a los métodos más confiables de diagnóstico y de tratamiento de las enfermedades del sistema reproductivo.
- Derecho al acceso y uso de las nuevas tecnologías reproductivas para la prevención y tratamiento de la infertilidad, que incluya información científica objetiva sobre sus beneficios y riesgos.
- Derecho a tener educación e información para decidir y disfrutar de manera plena la vida reproductiva.

## **INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL**

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) comprenden un conjunto de enfermedades infectocontagiosas, de variadas etiologías, que se manifiestan de diferente manera. Las reúne el hecho epidemiológico de adquirirse por contacto sexual, sin ser este el único mecanismo de transmisión. Afectan a personas de cualquier edad, incluso a los recién nacidos, que pueden infectarse en el útero o al atravesar el canal del parto y a través de la lactancia, son más frecuentes en aquellos individuos que mantienen conductas y actitudes sexuales riesgosas, como tener más de una pareja sexual, practicar el sexo de forma no segura (sin preservativo) y utilizar hábitos sexuales riesgosos (oro-genital y genito-anal) sin protección. También pueden adquirirse por contacto con sangre u otros fluidos corporales contaminados.

Es importante tener en cuenta que no toda infección del tracto reproductivo (ITR) es una infección de transmisión sexual (ITS), ni toda infección de transmisión sexual (ITS) se traduce por enfermedad del tracto genital.

Las infecciones del tracto reproductivo (ITR) son causadas por microorganismos que normalmente están presentes en el tracto reproductivo, o que son introducidos desde el exterior durante el contacto sexual o durante procedimientos médicos, estas categorías de ITR, diferentes aunque

superpuestas, se denominan infecciones endógenas, infecciones de transmisión sexual (ITS) e infecciones iatrogénicas, y reflejan la forma en que son adquiridas y se propagan. Algunas infecciones del tracto reproductivo (ITR) como la sífilis, gonorrea, clamidia, chancroide, tricomoniasis, herpes genital verrugas genitales, VIH, son de transmisión sexual, pero otras no lo son. En las mujeres el crecimiento excesivo de microorganismos endógenos que se encuentran habitualmente en la vagina puede causar una infección del tracto reproductivo (ITR) como infección por levaduras y vaginosis bacteriana generalmente no se propagan de persona a persona. Las intervenciones médicas pueden provocar una infección iatrogénica (Enfermedad Pélvica Inflamatoria) de distintas maneras: durante un procedimiento transcervical, los microorganismos endógenos de la vagina o los microorganismos sexualmente transmitidos que se encuentren en el cuello uterino pueden ser introducidas en el tracto genital superior y causar infección grave en el útero, trompas de Falopio y otros órganos de la pelvis. Los microorganismos que están fuera del cuerpo también pueden ser introducidos en el tracto genital durante los procedimientos médicos.

En los hombres, las infecciones de transmisión sexual son mucho más comunes que las infecciones endógenas o iatrogénicas y en mujeres las infecciones del tracto reproductivo (ITR) no transmisibles sexualmente son generalmente más comunes.

Los factores que aumentan el riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual (ITS) son: no usar condón en las siguientes situaciones: más de una pareja sexual, pareja sexual que tiene otras parejas, cambio reciente de pareja y relaciones sexuales con persona que tiene síntomas de ITS o que curse tratamiento incompleto; otro factor es la desinformación sobre prácticas sexuales seguras; también pertenecer al sexo femenino ya que la superficie de la mucosa vaginal expuesta durante la relación es más extensa y el contacto con las secreciones de su pareja es más prolongado, a ello se le agrega la dificultad de negociar el uso del preservativo con su pareja y defender su derecho a la salud; y la edad, la susceptibilidad a las infecciones de transmisión sexual (ITS) es mayor en los adolescentes

En cualquier comunidad hay grupos de personas más vulnerables a las infecciones de transmisión sexual (ITS), con prácticas de mayor riesgo a estas

infecciones, los más habituales son: adolescentes sexualmente activos de ambos sexos, persona con varias parejas sexuales, hombres que tienen sexo con hombres, personas que practican el trabajo sexual, usuario de sustancias psicoactivas y /o alcohol, personas privadas de libertad, personas de los sectores más pobres, sin información y acceso al sistema de salud y personas que se alejan de su residencia y de su compañero/a sexual habitual por tiempo prolongado.

## **ENFERMEDADES PARASITARIAS**

### **Tricomoniasis Urogenital**

Etiología: Infección del tracto genitourinario bajo, producida por *Trichomonas vaginalis*, se trata de un protozoo flagelado, móvil, anaerobio estricto, es agente causal frecuente de vaginitis y más raramente de uretritis en el hombre, aunque puede sobrevivir varias horas en la orina y en el semen, la transmisión no sexual es rara.

Clinica: La infección puede comprometer: vagina, cuello uterino y uretra en la mujer, uretra y próstata en el hombre. Más del 50% de mujeres infectadas no presentan síntomas lo más frecuente es la presencia de una leucorrea serosa o espumosa de color amarillento o grisáceo, maloliente, que puede acompañarse de prurito, disuria, irritación vulvar y dispareunia. En embarazadas puede causar rotura prematura de membranas, parto prematuro y bajo peso al nacer. En el hombre la infección es poco frecuente pero aumenta en mayores de 30 años.

Suele ser asintomática, ocasionando esporádicamente cuadros de uretritis moderada.

En el infectado por el VIH su prevalencia es mayor que en los seronegativos.

Diagnóstico: se presume por el cuadro clínico. Un pH > 5 es otro elemento orientador para el tratamiento sintomático.

Manejo de los contactos sexuales: como es una ITS todos los contactos recientes de la paciente deben ser tratados de la misma manera y por el mismo tiempo que la paciente, presenten o no síntomas.

## **Escabiosis (Sarna)**

**Etiología:** es una parasitosis de la piel causada por un ácaro (*Sarcoptes scabiei* variedad *Hominis*), ectoparásito exclusivo del hombre que cava galerías en la capa córnea de la epidermis.

**Epidemiología:** en nuestro país es una afección endémica muy difundida.

La transmisión se hace por contacto directo entre convivientes, niños que juegan, parejas sexuales, etc. También se transmite en forma indirecta, a través de la ropa contaminada.

**Clinica:** Las manifestaciones clínicas, aparecen luego de un período de incubación de aproximadamente 3 semanas, en las personas sin exposición previa al ácaro y de 1 a 3 días en caso de re infestación.

El síntoma principal y característico es el prurito intenso, en general a predominio nocturno. También puede ser más leve o estar ausente, por lo que la falta del mismo no descarta la afección. Otras veces puede manifestarse con prurito sin lesiones.

En la mayoría de los casos se presenta como un prurigo (vesico- papula excoriada), siendo difícil de identificar las lesiones específicas como los surcos, túneles o galerías.

La presencia de nódulos escabióticos en genitales es un elemento clínico patognómico de escabiosis. La topografía de las lesiones es esencial para sospechar el diagnóstico.

Afecta predominantemente zonas interdigitales de manos, abdomen, región mamaria, axilas, glúteos, cara interna de brazos y muslos, flancos y genitales.

En los lactantes puede afectar también cara, cuello, palmas y plantas.

En personas inmunodeficientes y en los ancianos la escabiosis suele presentarse en forma de un dermatitis generalizada con importante descamación acompañada a veces de la formación de vesículas y costras. Esta forma clínica llamada sarna noruega es altamente contagiosa, las complicaciones más frecuente son la sobreinfección bacteriana y la eczematización de las lesiones.

**Diagnóstico:** es clínico, apoyado por el conocimiento epidemiológico. En casos dudosos o que no respondieron al tratamiento empírico, el diagnóstico puede confirmarse con el estudio parasitológico del material obtenido por raspado de las lesiones, donde puede visualizarse, mediante microscopía, el ácaro y/o sus

formas evolutivas. El periodo de transmisión persiste mientras no se destruyan los huevos con el tratamiento. Siempre deben investigarse los contactos y buscar la fuente de infestación, teniendo en cuenta los periodos de incubación y la frecuencia de formas asintomáticas.

El tratamiento de la escabiosis abarca tres aspectos principales: el paciente, las personas que conviven con el enfermo, a las que hay que tratar simultáneamente y la ropa personal y de cama que deben ser descontaminadas con un lavado común a 60° C o con lavado con inmersión prolongado en agua, la ropa que no puede ser lavada debe colocarse en bolsas cerradas por 72 horas con el agregado de insecticida.

### **Pediculosis Pubis - Pthiriasis**

Etiología: es un ectoparasitosis causada por *Pthirus pubis* (piojo del pubis o "ladilla").

Epidemiología y patogenia: es una parasitosis de distribución geográfica universal, exclusiva del hombre, en quien desarrolla todo su ciclo biológico.

El mecanismo de transmisión es por contacto directo entre las personas, siendo la transmisión sexual la vía de mayor importancia epidemiológica.

Afecta sobre todo la región del vello pubiano, perianal y abdomino-genital, pero no es exclusivo de estas zonas. Puede encontrarse también a nivel de vello axilar, barba, pestañas y cejas. Se prende firmemente a la base de los pelos, su cabeza se encuentra contra la piel y las piezas bucales están enterradas en la piel a veces por largo tiempo.

Clínica: se manifiesta clínicamente por una pequeña lesión maculo-papular, hiperhémica, acompañada de prurito intenso, ocasionada esencialmente por la secreción de glándulas salivales que el insecto inyecta al picar. Son frecuentes las lesiones de rascado y sobreinfección bacteriana de estas lesiones, que pueden originar impétigo, forunculosis o eczemas que a menudo complican y confunden el cuadro clínico.

Diagnóstico: se confirma al observar directamente o con ayuda de una lupa, los ejemplares adultos de *pthirus pubis* o se puede recurrir al diagnóstico parasitológico.



## **ENFERMEDADES VIRALES**

### **Herpes Simple Genital**

Etiología: frecuentemente producido por virus del herpes simple-2 (VHS-2), más raramente por virus del herpes simple-1 (VHS-1).

Clínica: la intensidad de los síntomas es variante dependiendo, en parte, si es una primoinfección o una reactivación.

La infección primaria se manifiesta después de un período de incubación de 2 a 12 días. Comienza con pápulas, que evolucionan a vesículas agrupadas, dispuestas en racimo, que confluyen y al romperse dejan extensas ulceraciones acompañadas de eritema y edema en toda el área. Las lesiones son siempre dolorosas. Se localiza en pie y mucosas de genitales, periné y región perianal. Frecuentemente se asocia uretritis con disuria y secreción. También se describen balanitis, cervicitis, vulvovaginitis y puede acompañarse de adenopatías inguinales. En más de la mitad de los casos hay síntomas sistémicos: fiebre, malestar general, cefaleas, mialgias.

En muchas ocasiones la primoinfección es asintomática.

Las reactivaciones se relacionan con situaciones de estrés, fiebre, inmunosupresión, trauma físico o síquico, ciclos menstruales. En la recurrencia los síntomas son menos severos y de menor duración.

Habitualmente es una enfermedad benigna y autolimitada. Sin embargo puede dar origen a complicaciones extragenitales: neurológicas, cutáneas, etc.

Diagnóstico: el diagnóstico de la infección herpética se basa en el cultivo viral, del cual no se dispone en el medio. En la práctica el diagnóstico es clínico.

Cuando se plantea diagnóstico diferencial con úlceras no infecciosas o si la sintomatología acompañante no permite una suficiente aproximación diagnóstica, debe realizarse la búsqueda de antígenos virales con técnicas de inmunofluorescencia o de alteraciones histopatológicas producidas por el virus.

### **Citomegalovirus**

Etiopatogenia: Citomegalovirus (CMV) pertenece al grupo de los herpes virus. Ha sido clasificado dentro de la sub-familia beta herpesvirinae de los herpes virus.

El virus puede permanecer en los tejidos una vez recuperado el paciente de su infección aguda. Pasada la infección aguda, se pasa a la etapa de infección

latente crónica, pudiendo producirse reactivaciones favorecidas por diversos factores que deterioran la inmunidad celular.

Epidemiología: La infección esta ampliamente diseminada en la población general, lo que se conoce por el alto porcentaje de personas sero-positivas para este virus.

El hombre es el único reservorio.

Puede transmitirse a través de secreciones respiratorias, saliva, orina, semen, secreciones vaginales, leche materna, sangre, trasplante de órganos. Las principales vías de transmisión son: sexual, sanguínea, respiratoria, transplacentaria y perinatal.

Es poco contagioso y la transmisión horizontal requiere un contacto íntimo y prolongado.

Clínica: tanto la infección aguda, como las reactivaciones, habitualmente son asintomáticas. Más de 90% de las infecciones primarias son asintomáticas y cuando la infección aguda es manifiesta, suele expresarse por un cuadro febril o síndrome mononucleósico.

En caso de infección fetal, las consecuencias para el feto son tanto mas graves cuando más precozmente e produce.

Diagnóstico: la serología tiene valor en el caso de comprobarse la seroconversión. La presencia de IgM específica complementa el diagnóstico y se observa en las formas agudas de infección.

La estrategia más adecuada para mujeres en la edad fértil consiste en realizar la serología en las adolescentes y jóvenes, previo a la gestación, para hacer prevención de la enfermedad.

## **Hepatitis B**

Etiología: se trata de un ADN virus de genoma pequeño constituido por ADN doble cadena, que ha sido clasificado dentro de la familia de los Hepadnavirinae.

Los Hepadnavirinae se caracterizan por producir infecciones crónicas. con circulación del virus en la sangre y su genoma puede integrarse al genoma celular.

Epidemiología: En el año 2000 la OMS estimaba que en el mundo había 400 millones de personas portadoras del virus de la hepatitis B (VHB).

Se transmite por vía sexual, sanguínea y perinatal.

Es altamente contagiante por vía sexual cualquiera sea la forma de relación. Se encuentra en altas concentraciones en la sangre y en bajas concentraciones en otros fluidos corporales. Ciertos grupos de personas como los usuarios de sustancias psicoactivas inyectables, el personal de salud, a través de exposición a sangre y otros fluidos corporales, los que tienen parejas múltiples y los HSH tienen un riesgo aumentado de adquirir la infección. La madre que es portadora de Ag HBs y Ag Hbe es la que tiene más riesgo de transmitir el VHB al feto. No hay embriopatía ligada al VHB, pero puede producir infección fetal in útero, aunque la transmisión perinatal es lo habitual. La transmisión postnatal es posible a través de la leche o por contacto con la madre.

Clínica: el periodo de incubación es entre 1 a 6 meses. El virus se halla en la sangre en forma infecciosa desde la mitad de este periodo.

La fase prodrómica o periodo preictérico de la enfermedad se manifiesta con fiebre, mialgias, pérdida de apetito, astenia, malestar general, náuseas, vómitos, dolor hipocondrio derecho.

La fase icterica es de duración variable. Hay ascenso de los niveles de bilirrubinas y aumento significativo de las transaminasas.

Diagnóstico de laboratorio: la investigación de antígenos y anticuerpos permite definir el diagnóstico etiológico, así como seguir la evolución de la enfermedad.

Profilaxis: prevención de la transmisión vertical y prevención de la transmisión horizontal.

La Hepatitis B pertenece al Grupo B de las enfermedades de notificación obligatoria al Ministerio de Salud Pública. Dicha notificación debe de hacerse dentro de la primera semana a partir de la sospecha de enfermedad.

## **Hepatitis C**

Etiología: el virus de la hepatitis C (VHC) fue descubierto en 1989 y es el agente más frecuente de lo que hasta ese momento se llamaba hepatitis no-A no-B.

El virus de la hepatitis C se clasifica dentro de la familia Flaviviridae como un género distinto llamado Hepacivirus.

Se conocen como mínimo 6 genotipos y más de 90 subtipos con distinta distribución geográfica.

**Epidemiología:** se estima que 170 millones de personas en el mundo tienen VHC.

Se transmite por sangre, relaciones sexuales y de la madre al niño en la etapa perinatal. Múltiples estudios no han encontrado RNS VHC en la leche materna, por lo que el amamantamiento no está implicado en la transmisión madre-hijo. Los usuarios de sustancias psicoactivas por vía parenteral y hemofílicos son los grupos con mayor prevalencia para la infección de VHC. La relación sexual no es la vía más importante de transmisión, pero una alta carga viral para VHC o una coinfección con VIH aumenta el riesgo de transmisión sexual y perinatal. El riesgo de transmisión sexual es menor comparado con el VHB y el VIH. La transmisión materno fetal es relativamente baja, pero la coinfección con VIH es un factor que facilita dicha transmisión.

**Clinica:** el período de incubación está en los rangos de 2 a 15 semanas, con una media de 7 semanas. Frecuentemente la infección por VHC se presenta en forma asintomática o con síntomas inespecíficos de astenia, malestar, anorexia y pérdida de peso.

Solo 30% de los sintomáticos presentan ictericia. El nivel de transaminasas puede aumentar en unas 10 veces su valor normal.

Muchos desconocen su enfermedad por ausencia de síntomas, pero igualmente son fuente de contagio.

**Diagnóstico:** el diagnóstico de laboratorio de la Hepatitis C se realiza por la investigación de anticuerpos específicos para el virus. Test confirmatorios de la serología pueden ser necesarios en algunos pacientes.

**Profilaxis:** usando siempre preservativo / condón, evitar compartir el material de inyección y / o corto – punzante con otras personas.

La hepatitis C pertenece al Grupo B de las enfermedades de notificación obligatoria al MSP. Dicha notificación debe hacerse dentro de la primer semana a partir de la sospecha de la enfermedad.

### **Papilomatosis Genital**

**Etiología:** es producida por el virus del papiloma humano (HPV). Son virus ADN de doble cadena de los que se conocen más de 100 genotipos diferentes. Estos virus se caracterizan por su capacidad para transformar células normales en tumorales.

**Epidemiología:** la transmisibilidad de la infección es muy alta, considerándose a todo contacto como potencialmente infectado. La eliminación de los virus por los portadores es independiente de la presencia o no de lesiones clínicas.

El virus puede persistir toda la vida y son frecuentes re infecciones. La transmisión vertical es posible, pero no es motivo para modificar la vía del parto, salvo que actúe como tumor previo.

**Clínica:** el periodo de incubación es variable. La infección genital por HPV muy frecuentemente es subclínica. Cuando se manifiesta clínicamente la lesión clásica es el condiloma acuminado. Se trata de un tumor senil, blando, de superficie lisa o rugosa. Suelen aparecer agrupados y a veces adopta el aspecto de cresta de gallo.

Asientan a nivel de vulva, labios, vagina, cuello uterino, glánde, surco balano.prepucial, uretra anterior, ano, etc.

Algunos serotipos (16, 18, 31, 33 y 35) actuarían como cofactores del cáncer del cuello uterino, por lo que las pacientes portadoras de cualquier variedad de esta infección deben ser sometidas a colposcopia y colpocitología oncológica (Papanicolaou) cada 6 – 12 meses con el fin de detectar en forma precoz cualquier modificación de la mucosa cervical que pueda evolucionar al cáncer de cuello.

**Diagnóstico:** la clínica es suficiente cuando la lesión es típica. La colpocitología, la colposcopia y la histología lo confirman.

**Manejo de los contactos sexuales:** el tratamiento de la pareja sexual es innecesario si no presenta lesiones. La mayor parte probablemente ya tiene infecciones subclínicas con el HPV.

## **VIH - SIDA**

SIDA es el acrónimo de Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida, un conjunto de infecciones causadas por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que ataca y destruye ciertos leucocitos esenciales para el sistema inmunitario del organismo.

Cuando el VIH infecta una célula, se combina con el material genético de dicha célula y puede permanecer latente durante años. La mayoría de las personas infectadas por VIH se mantiene sana y puede vivir mucho tiempo sin

experimentar síntomas. Esas personas están infectadas por VIH, pero no tienen el SIDA.

Después de un periodo de tiempo variable, el virus se activa y da lugar progresivamente a las infecciones graves y demás enfermedades que caracterizan al SIDA. Aunque hay tratamientos que pueden prolongar la vida, es una enfermedad mortal. Prosiguen las investigaciones para descubrir una vacuna y, en última instancia, un tratamiento curativo. Por el momento, sin embargo, prevenir la transmisión sigue siendo el único método de control.

El VIH ataca a dos grupos de leucocitos, llamados linfocitos CD4+ y monocitos / macrófagos. En condiciones normales, las células CD4+ y los macrófagos ayudan a reconocer y destruir las bacterias, los virus y los demás agentes infecciosos que invaden las células y causan enfermedad. En las personas infectadas por VIH, el virus mata los linfocitos CD4+, mientras que los macrófagos actúan como reservorios y transportan el VIH a diversos órganos vitales.

El VIH se une a los linfocitos CD4+ y continúa desarrollándose en su interior. Esto hace que la célula produzca más VIH, pero, al mismo tiempo se destruye. Con la disminución de las células CD4+ del organismo, el sistema inmunitario se debilita y es menos capaz de luchar contra infecciones víricas y bacterianas. Los síntomas de la enfermedad son variables y complejos pero pueden incluir: fiebre, linfadenopatía, erupción cutánea, diarrea persistente, tos, pérdida de peso significativa, fatiga, lesiones cutáneas y pérdida de apetito.

La persona infectada se vuelve susceptible a una amplia gama de infecciones "oportunistas", como la neumonía por *Pneumocystis carinii*, que es poco común en los individuos con un sistema inmunitario normal. La tuberculosis (TB) constituye una amenaza particular para las personas VIH-positivas. Las personas infectadas por VIH también son más susceptibles a cánceres poco habituales, como el sarcoma de Kaposi, un tumor de los vasos sanguíneos o linfáticos.

Asimismo, el VIH puede atacar el cerebro y causar trastornos neurológicos o neuropsiquiátricos.

Dentro de los modos de transmisión se encuentran: el coito (anal y vaginal), sangre y productos sanguíneos, tejidos y órganos contaminados, agujas,

jeringas y otros instrumentos punzantes contaminados, transmisión materno infantil.

Sin embargo no se transmite el VIH por: dar la mano, toser o estornudar, utilizar un teléfono público, ir al hospital, abrir la puerta, compartir alimentos, cubiertos o utensilios de bebida, utilizar fuentes de agua potable, utilizar lavabos o duchas, utilizar piscinas públicas, sufrir una picadura de mosquito u otros insectos.

En general, es probable que un 50% de los adultos infectados por el VIH desarrolle el SIDA en el curso de los 10 años siguientes a la infección original. Cabe destacar, sin embargo, que el tratamiento temprano con los fármacos actuales esta prolongando significativamente la vida de las personas con SIDA. El diagnóstico de la infección por VIH, se realiza por métodos basados en la detección de anticuerpos anti VIH 1 y 2 en el suero de las personas infectadas. El desarrollo tecnológico ha permitido utilizar varias generaciones de técnicas (1er., 2da., 3ra., y 4ta.) con la mejora consiguiente en la sensibilidad y la especificidad y con la disminución del llamado "periodo ventana serológica". La duración del periodo de ventana serológica depende fundamentalmente de la sensibilidad de los métodos de detección. En la actualidad, en nuestro país están disponibles las técnicas de 3ra. y 4ta. generación. Las técnicas de 3ra. generación, tienen una ventana serológica con una duración promedio de 25 días (9 a 41 días con 95% de confianza). Las técnicas de tamizaje de 4ta. generación, han reducido la ventana serológica en una semana como promedio (entre 5 y 15 días) en comparación con los de 3ra. generación.

Los llamados test rápidos, también disponibles en nuestro país, son procedimientos que permiten obtener resultados en 15 a 20 minutos con una tecnología muy simple en su realización.

## **ENFERMEDADES MICÓTICAS**

### **Candidiasis Genital**

Etiología: las levaduras de género *Cándida* son las que causan la candidiasis vulvogenital (CVV) en la mujer y la balanopostitis en el hombre.

La especie más frecuente responsable es *Candida albicans*. Sin embargo en los últimos años se ha reportado un aumento en la incidencia de otras especies como *C. glabrata*, *C. Tropicalis*, *C. Krusei*, entre otras.

Epidemiología: la CVV es un problema universal que afecta a millones de mujeres, siendo la segunda causa de flujo vaginal en el Uruguay.

Patogenia: *Cándida spp.* Forma parte de la flora vaginal y el tubo digestivo. Puede ser agente de infecciones endógena oportunista cuando existen factores predisponentes y también puede ser transmitida por la pareja sexual.

Algunos de los factores predisponentes involucrados son: antibioticoterapia de amplio espectro previo que altera la flora bacteriana vaginal normal, diabetes embarazo, anticonceptivos orales, DIU, diafragma, espermicidas, administración de inmunosupresores, cambios hormonales, anemia, obesidad.

Clinica: el flujo se caracteriza por ser leucorrea blanca, gruesa, inodora. Se acompaña de prurito, sensación de quemazón y a veces dispareunia. Hay eritema vulvo-vaginal y se observan secreciones blanquecinas firmemente adheridas a la mucosa (muget).

Las CVV se pueden clasificar en simple o con complicaciones por factores dependientes del huésped.

	Simple	Con complicaciones
Severidad	Moderada	Severa
Frecuencia	Esporádica	Recurrente
Agente	Cándida albicans	C. Albicans y/o otras especies no albicans
Hospedero	Normal	Patologías previas

En el hombre la candidiasis es menos frecuente y generalmente se manifiesta por una balanitis o balanopostitis caracterizada por eritema y prurito, a veces acompañado de secreciones blanquecinas, excepcionalmente se manifiesta por una uretritis. El hombre puede ser el agente transmisor a sus parejas sexuales por lo cual debe recibir tratamiento.

Diagnóstico: el diagnóstico es clínico, epidemiológico y se confirma con el estudio micológico.

Manejo de los contactos sexuales: la CVV usualmente no es adquirida por contacto sexual por lo que no se recomienda el tratamiento de la pareja salvo cuando ésta es sintomática o la CVV es recurrente. El tratamiento es tópico.



## **ENFERMEDADES BACTERIANAS.**

**Infección por *Neisseria Gonorrhoeae* o *Gonococcia*.**

Etiopatogenia: *Neisseria Gonococcia* es un diplococo gram negativo, aerobio, muy sensible a las condiciones ambientales adversas, por lo que es poco viable fuera del organismo.

Invade exclusivamente mucosas provistas de epitelio columnar a las que se fija mediante estructuras filamentosas o "pili".

La infección comienza en el epitelio columnar de la uretra, endocervix uterino, conjuntiva ocular, canal anorectal u orofaringe.

Clínica: el período de incubación es de dos a ocho días. En el hombre se manifiesta, en su forma típica, por una uretritis anterior aguda caracterizada por: disuria, exudado purulento, eritema del meato uretral y filamentos en los primeros milímetros de orina.

Cuando afecta la uretra posterior se agrega poliaquiuria. La infección puede extenderse a próstata, vesículas seminales y epidídimo. Hasta en un 10% de los casos es asintomática, más frecuente en mujeres que hombres.

En la mujer la uretritis y la endocervicitis ocasionan disuria y algunas veces flujo vaginal purulento. Puede extenderse a endometrio, anexos y peritoneo.

El recién nacido puede infectarse al pasar por el canal de parto y desarrollar conjuntivitis, que de no tratarse conduce a la ceguera. Para evitar esta infección se instila a todo recién nacido colirio de nitrato de plata al 1% en ambos ojos.

La proctitis gonocócica puede ser asintomática o causar tenesmo, ardor, dolor, prurito anal y exudado purulento.

La faringitis gonocócica es muchas veces asintomática.

Diagnóstico: el diagnóstico se sospecha por la clínica y la noción epidemiológica.

Cuando el objetivo es realizar un diagnóstico etiológico, ante una falla terapéutica en el tratamiento sindrómico o se quieren realizar estudios de vigilancia epidemiológicas se recomienda:

En la mujer, obtener el material para estudio de la uretra, canal endocervical, mucosa rectal o faringe.

En la uretritis masculina, la toma se hace en la mañana, antes de la primera micción.

El diagnóstico diferencial se plantea con cervicitis y uretritis de otras etiologías, especialmente por clamidia. En un alto porcentaje de casos, gonococo y clamidia se asocian para producir infecciones.

Los estudios de prevalencia realizados, tanto en nuestro país como en el exterior, muestran una disminución de la presencia de neisseria gonorrhoeae en la población general, pero su mayor participación es en hombres que tienen relaciones con hombres.

Manejo de los contactos sexuales: identificar evaluar y tratar a todos los contactos sexuales de los últimos 60 días. Aplicarles el mismo plan terapéutico usado para el caso índice (para gonococcia y clamidiasis).

### **Infección por Chlamydia trachomatis o clamidiasis.**

**Etiología:** C.trachomatis es responsable de la mayoría de las uretritis no gonocócica, sobre todo en la población de menores de 21 años. Esta especie comprende varios serotipos: A, B, C, agentes del tracoma, D a K, responsables de infecciones genitourinarias, respiratorias y oculares; L1, L2 y L3, agentes de la linfogranulomatosis venérea.

**Clinica:** Uretritis – cervicitis: el período de incubación es de 3 semanas, por término medio. Es frecuente que en el mismo acto sexual se adquieran la gonococcia y la clamidiasis, u otras ITS. Pero a menudo la clamidiasis se manifiesta después de curada la gonococcia, ya que tiene un periodo de incubación mayor. Las formas clínicas son numerosas y sobre todo en la mujer, muchas infecciones son asintomáticas.

**Infección sintomática:** en el hombre ocasiona uretritis similar a gonococcia, aunque la secreción es más escasa y más clara. En algunos casos puede progresar a prostatitis y/o epididimitis o producir síndrome de Reiter; en la mujer la infección se inicia por una cervicitis, si progresa puede causar enfermedad inflamatoria pélvica y/o perihepatitis.

En el recién nacido puede causar conjuntivitis y neumonitis en el período neonatal tardío.

Además de las severas complicaciones puede dejar secuelas, como infertilidad.

**Diagnóstico:** la clamidiasis se sospecha por la clínica y ante la no observancia de N.gonorrhoeae en el frotis y cultivo. El diagnóstico se confirma por técnicas de inmunofluorescencia directa mediante la puesta en evidencia de antígenos en

los materiales recogidos: exudados de uretra, endocervix, faringe, ano; o por técnicas de amplificación genética en orina. Por esta última técnica se pudo determinar que la prevalencia de infección en la embarazada era variable en las diferentes poblaciones, con predominio en los niveles sociales y culturales deficitarios.

**Manejo de los contactos sexuales:** todos los contactos sexuales deben ser evaluados y tratados con la noción del alto riesgo de transmisión y la frecuencia de formas asintomáticas. Considerar las parejas sexuales de los últimos 60 días y tratarlas con el mismo esquema terapéutico aplicado en el caso índice (para gonococcia y clamidiasis).

### **Linfogranuloma venéreo (Enfermedad de Nicolas y Favre)**

**Etiología:** causado por *Chlamydia trachomatis* de los serotipos L1 a L3.

**Clinica:** es excepcional en nuestro país. El estadio primario se caracteriza por una úlcera localizada en el sitio de inoculación, no indurada ni dolorosa, pasa inadvertida.

Si la lesión inicial es anorectal, los síntomas son de proctitis con secreción purulenta o mucopurulenta asociada a ulceraciones múltiples rectosigmoideas. El estadio secundario es de 2 a 6 semanas después de la exposición, se caracteriza por adenopatías regionales, generalmente unilateral, que es dolorosa y se acompaña de periadenitis. En la evolución la piel se torna rojoviolácea y es drenada por fístulas. Se acompaña de síntomas sistémicos: fiebre, anorexia, cefaleas, mialgias, artralgias, meningismo y otros menos frecuentes.

El tercer estadio se relaciona con secuelas fibrosas y alteración del drenaje linfático.

Un 5% tiene compromiso ulcerativo o infiltrante crónico, con estenosis de uretra y recto.

**Diagnóstico:** habitualmente es serológico y por exclusión de otras etiologías de síndrome ulceroso o de adenopatía inguinal.

El diagnóstico diferencial se plantea con: sífilis, herpes, tuberculosis genital, enfermedad no infecciosa.

Identificar los contactos sexuales para evaluarlos y tratarlos.

## **Sífilis**

Etiopatogenia: es una infección sistémica, de evolución crónica, con períodos asintomáticos, causada por *Treponema Palidum*.

El *Treponema Palidum* es de las espiroquetas, aerobia o anaerobia facultativa, muy sensible a la desecación y a los cambios de temperatura. *T. Palidum* penetra a través de la mucosa sana o piel erosionada y rápidamente se disemina en el organismo, por lo que desde etapas precoces a la infección es sistémica.

Epidemiología: se adquiere por contacto directo con una lesión de sífilis reciente y por vía transplacentaria. Raramente por transfusión de sangre, ya que el germen no sobrevive durante la conservación. No se trasmite por lactancia, salvo que existan lesiones en el pezón.

## **Sífilis posnatal**

Clínica: se distinguen 2 etapas:

Sífilis precoz temprana (infecciosa). Es la enfermedad dentro del primer o segundo año y comprende los períodos: primario, secundario y latente precoz.

Sífilis tardía (no infecciosa). Ocurre después de ese tiempo y abarca los períodos de: sífilis latente tardía, sífilis benigna tardía, sífilis cardiovascular y neurosífilis.

La Sífilis primaria, es el primer estadio de la enfermedad. Se define como Chancro de inoculación. El período de incubación es de 10 a 90 días (frecuentemente 21). Este se localiza en la zona de entrada del germen, habitualmente en los genitales externos. Otras localizaciones son: cuello uterino, boca, periné, canal anal, dedos. Se inicia bajo la forma de una pápula eritematosa que se erosiona, quedando una úlcera superficial bien delimitada indolora, que no supura. Puede pasar inadvertida en las localizaciones más profundas. En general es única. Pocos días después se hacen evidentes las adenopatías satélites. Tanto el Chancro como las adenopatías se resuelven espontáneamente después de 3 a 6 semanas, pero la infección permanece.

El diagnóstico diferencial del chancro sifilítico se hace con: úlcera por virus del herpes simple, chancro blando, enfermedades de patogenia inmunológicas o medicamentosas, aftas y cáncer.

La Sífilis secundaria es la expresión de la diseminación hematológica, los síntomas aparecen entre las semanas 4 y 12 (frecuentemente en la semana 6) después del contacto con el infectante. En 25% de los casos los síntomas de la sífilis secundaria recurren. Estas se observan especialmente durante el primer año. Aunque pueden ser muy variados los síntomas predominan las manifestaciones en la piel y mucosas. Además puede haber adenomegalias generalizadas y síntomas generales (fiebre, mialgias, artralgias, malestar). La primera erupción es roseola sífilítica. Esta constituida por maculas eritematosas evanescentes, diseminadas en tronco y extremidades. Puede pasar inadvertida. En los brotes siguientes los elementos lesionales o sífilides son más evidentes, menos numerosas y más infiltradas o papulosas, comprometen plantas y palmas. Es característica la localización en el surco nasogeniano, comisura bucal o cabalgando en los pliegues de palma y planta. En zonas húmedas y calientes (anogenital, interglútea, axilas, surco submarino) las lesiones se hipertrofian y maceran constituyendo los condilomas planos. Estos son vegetaciones planas, redondeadas u ovaladas, de base ancha, color rosa - grisáceo perlado. Tienen un olor característico. En las mucosas pueden observarse placas blanquecino - grisáceas o pápulas que se erosionan fácilmente. En estas etapas avanzadas hay alopecia en parches de cuero cabelludo. El diagnóstico diferencial es con: pitiriasis rosada, eritema multiforme, enfermedades eruptivas virales, sarna, erupciones medicamentosas, infiltrados linfomatosos, síndrome mononucleósico de diversas etiologías. Las lesiones de sífilis secundaria se resuelven espontáneamente en 3 a 12 semanas. El enfermo queda asintomático y la enfermedad pasa a su estado latente.

La Sífilis latente es la fase asintomática de la sífilis, cuando se resolvieron las manifestaciones de la sífilis primaria y secundaria.

La Sífilis latente precoz se extiende durante 1 a 2 años. Puede ser asintomática durante todo su curso, o verse interrumpido por los síntomas de recurrencia de la sífilis secundaria. Después de 1 a 2 años se habla de Sífilis latente tardía, la que es asintomática, para definir que la infección se encuentra en esta etapa se debió descartar aortitis, neurosífilis, gomas e iritis. Después de un tiempo variable (10 años) un porcentaje de los enfermos no tratados pueden desarrollar manifestaciones clínicas de sífilis terciaria. Ella comprende: sífilis

terciaria benigna (gomas) sífilis cardiovascular y neurosífilis. De los no tratados se estima que entre un 8 y 40 % tendrán neurosífilis asintomático.

Diagnóstico: Métodos directos: Visualización directa bajo microscopio el material a estudio se obtiene del chancro o de las sífilides.

Diagnóstico serológico: existen 2 tipos de respuestas por anticuerpos frente a T. Palidum.

Anticuerpos No treponémicos: Pruebas no treponémicas: como RPR (Rapid Plasma Reagin) y VDRL (Venérea Disease Research Laboratory). Estos anticuerpos se hacen presentes a las dos semanas de la infección primaria. Pueden ser realizados mediante una extracción de sangre. Los datos del VDRL aportan además actividad de la infección.

Anticuerpos treponémicos: pruebas serológicas treponémicas: La más frecuentemente usada es el FTA-abs (Fluorescent Treponemal Antibody absorption test), técnica de inmunofluorescencia indirecta. Otra prueba es la TPHA (Treponema Palidum Haemagglutination Assay). Las pruebas treponémicas son más específicas. Pero carecen de utilidad para controlar la respuesta al tratamiento ya que no se correlacionan con la actividad de la infección, sus informes son de forma cualitativa (reactivo, no reactivo) no miden la cantidad.

Pruebas Treponémicas rápidas cromatográficas con antígenos treponémicos: Existen en el mercado pruebas rápidas para detectar anticuerpos anti-treponémicos. Tienen alta sensibilidad y especificidad. Son de fundamental importancia en las poblaciones de difícil captación y dudoso control, merecen ser consideradas para utilizar en nivel de atención primaria.

Dificultades diagnósticas en el embarazo: la Sífilis puede ser adquirida en cualquier etapa del embarazo; por ello es obligatorio indicar el estudio serológico mediante VDRL cuantitativo, en la primera consulta con el ginecólogo y en el tercer trimestre del embarazo (de acuerdo a la ley vigente). En el caso de detectarse un VDRL reactivo sin importar grupo poblacional e independientemente del nivel de anticuerpos, debe ser inmediatamente tratada. La omisión del tratamiento implica riesgo de Sífilis congénita. Los esfuerzos que debe hacer el país para erradicar la Sífilis Congénita implica la captación y el tratamiento precoz de la mujer embarazada. La Penicilina es el único antibiótico de probada eficacia para tratar a la sífilis en la embarazada. Cura a

la mujer, previene la transmisión vertical y trata la infección fetal en caso de haberse producido.

Sífilis congénita: se trata de una fetopatía por pasaje de transplacentaria de *T. Pallidum*. El feto puede ser infectado por vía transplacentaria en todo momento del embarazo, pero más frecuentemente de las 16 – 18 semanas de edad gestacional. En las madres con sífilis precoz no tratadas entre el 90 – 100 % de niños estarán infectados y el 50 % serán sintomáticos. El nivel de transmisión disminuye en etapas más avanzadas de la enfermedad materna.

La transmisión es mayor en el tercer trimestre del embarazo. La infección del recién nacido puede ser asintomática o sintomática, considerándose 2 formas: precoz y tardía. Esta se revela después de los 2 años, lo más a menudo, si no hubo tratamiento neonatal.

Clínica: las manifestaciones clínicas más comunes de sífilis congénita son:

La sífilis congénita precoz asocia lesiones cutáneo mucosas y periorificiales raras en *T. Pallidum*; maculo papulares, bullosas (péntigo palmoplantar) rinitis bilateral con dificultad respiratoria, secreción serosa o seropurulenta ya menudo sanguinolenta; hepatoesplenomegalia, poliadenopatías, ictericia, meningitis, trombocitopenia, periostitis y osteocondritis de los huesos largos que origina seudoparálisis de parrot, a veces síndrome nefrótico y lesiones de coriorrenitis.

La sífilis congénita tardía asocia lesiones óseas: periostitis de huesos frontal y aprietales, maxilares superiores cortos, paladar ojival, hidrartrosis sobre todo de rodilla, deformaciones de tibia en sable, dientes de Hutchinson, nariz en silla de montar, lesiones cutáneomucosas : sífilides máculo – papulosas, lesiones fisurarias de las comisura bucal y del ano, queratitis intersticial, hepatoesplenomegalia, sordera por compromiso del VIII par, retraso mental, etc.

Diagnóstico: la definición operativa de sífilis congénita incluye RN de madre seropositiva que:

- No ha recibido tratamiento
- Se tienen pocos datos sobre tratamiento recibido
- Fue tratada en el último mes de embarazo
- Recibió antibióticos diferentes a la penicilina

El RN se evaluara con examen físico y estudios paraclínicos. Además del VDRL que se efectúan sistemáticamente otros estudios que son: examen del

LCR con análisis citoquímico y VDRL, RX de huesos largos, hemograma. Además debe tenerse en cuenta el estadio de la infección materna, su historia de tratamiento y el resultado del estudio serológico para VIH, además del tratamiento recibido por la pareja (frecuentemente asociación de ITS).

La clínica orienta en los casos sintomáticos pero la certeza de la infección sífilítica del RN se tiene si el VDRL cuantitativo en suero es significativamente superior (cuádruple) al de la madre. La ausencia de anticuerpos contra treponema al nacimiento no descarta el diagnóstico, ya que pueden positivizarse semanas después.

La sífilis congénita según el Código Nacional del 2004 (que la cataloga como connatal) pertenece al grupo A de las enfermedades de notificación obligatoria al MSP.

### **Chancroide o Chancro Blando**

Etiología: haemophilus ducreyi es un coco gram negativo, agente causal de una úlcera genital y linfadenopatías inguinales en el hombre, denominada chancro blando o chancroide.

Epidemiología: es una causa común de úlcera genital en los países en desarrollo y el clima cálido sub – tropical. Esta asociado a otras úlceras genitales y facilita la transmisión del VIH, de ahí su importancia epidemiológica. La vía de transmisión es heterosexual mayoritariamente al tener contacto con trabajadoras sexuales (portadoras asintomáticas), siendo un factor de riesgo asociado el consumo de drogas sicotrópicas.

Aunque no se observa en nuestro medio, se debe considerar en viajeros procedentes de áreas de donde la enfermedad existe.

Clinica: el germen penetra a través de pequeñas soluciones de continuidad del epitelio durante el acto sexual con una persona infectada. Las lesiones típicas, que aparecen en promedio de una semana después del contagio, se caracterizan por una pápula que se transforma en úlcera de base indurada, dolorosa, circunscripta con bordes esfumados, que sangra fácilmente, acompañada de adenomegalias inguinales, únicas o múltiples, también dolorosas. A veces se observan úlceras múltiples. En algunos casos las adenopatías supuran y drenan.



**Diagnóstico:** la presentación clínica y el antecedente epidemiológico posibilitan la sospecha diagnóstica. El mejor diagnóstico es la PCR múltiple amplificando moléculas blancas específicas de treponema, H.ducreyi y herpes virus serán una herramienta muy útil para el diagnóstico de certeza de una úlcera genital en un futuro próximo.

**Manejo de los contactos:** todos los contactos de un caso sospechoso de chancro blando deben ser tratados, aunque no presenten síntomas, si relatan haber tenido relaciones sexuales con el caso índice en las 2 semanas anteriores al comienzo de los síntomas.

### **Vaginosis Bacteriana (VB)**

Aunque no es una ITS se la incluyen pues está vinculada a la enfermedad inflamatoria pélvica y además aumenta la posibilidad de transmisión de VIH. Por esta causa se la debe dar un lugar jerárquico entre las ITS.

Se incluye este complejo etiológico, por constituir una de las causas mas frecuentes de flujo vaginal, aunque en la mayoría de los casos no se adquiere por transmisión sexual.

**Etiología:** es una infección no inflamatoria polimicrobiana, causada por la proliferación anormal de bacterias anaerobias (Mobilunvus spp, Bacteroides spp, Peptoestreptococcus spp), Gardnerella vaginalis y Micoplasma Hominis.

**Clinica:** se presenta con secreción grisácea escasa, maloliente, raramente acompañada de prurito. Este complejo bacteriano favorece la sobre infección por gérmenes oportunistas que pueden determinar la evolución a una enfermedad inflamatoria pélvica y en el caso de la embarazada contribuir a la infección ovular, con rotura prematura de membranas. Se ha demostrado que la VB predispone a adquirir la infección por VIH, gonococo y clamidia.

La vaginosis bacteriana puede ser asintomática y se presenta muy esporádicamente en el hombre bajo la forma de balanopostitis. Las recurrencias son frecuentes.

**Diagnóstico clínico:** se sospecha por flujo vaginal, que habitualmente es homogéneo, acartona la ropa interior, las secreciones vaginales son mal malolientes (olor a pescado) especialmente durante la menstruación o luego del acto sexual.

Pero otras veces los síntomas están ausentes o son mínimos, así como los signos de irritación vulvo – vaginal u otros síntomas inflamatorios de vecindad (ausencia de disuria, tenesmo vesical, dispareunia o dolor abdominal).

Diagnóstico de laboratorio: exclusivamente por métodos directos, prueba del Koh), tinción de gram y determinación del PH.

Manejo de los contactos sexuales: no hay ninguna evidencia científica que justifique el tratamiento simultáneo a la pareja sexual. Sin embargo puede justificarse su uso en vaginosis recurrentes que no responden a la terapéutica habitual.

### **Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP)**

Definición y Conceptos: es un síndrome clínico proteiforme relacionado a una respuesta inflamatoria, secundario a colonización e infección ascendente de microorganismos, al tracto genital superior: cuerpo uterino, trompas, ovarios y peritoneo. Su morbilidad es importante y puede evitarse con un correcto diagnóstico y tratamiento en las primeras etapas.

Más de un 30 % de estas infecciones son asintomáticas y entre un 5 – 10 % de los casos no tratados desarrollarán un nuevo episodio sintomático que desencadenará un daño tubario permanente. La progresión de la infección y su tendencia a la recurrencia determinan que evolucione a daños permanentes y secuelas, que son causa de abortos espontáneos, embarazo ectópico, infertilidad, esterilidad, adherencias peritoneales con producción de dolor abdominal crónico, muchas veces invalidante.

Etiología: se produce por un ascenso y diseminación de gérmenes desde la vagina y/o cuello uterino hacia el resto del aparato genital y el peritoneo. Los agentes de las ITS de adquisición exógena, como son: *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis*, son responsables de casi el 50% de esta enfermedad. Además de estos participan en la infección una amplia gama de bacterias endógenas: bacterias aerobias, anaerobias, micoplasmas (ureaplasma). La microbiología es similar a la que produce la vaginosis bacteriana y muchas mujeres en las cuales se ha diagnosticado EIP, tienen una vaginosis bacteriana concomitante. Otros agentes responsables son microorganismos de origen respiratorio como *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus spp*, *Streptococcus pyogenes* (grupo A), *S. Agalactiae* (grupo B).

Factores de riesgo: es una enfermedad que se presenta más frecuentemente en el grupo de mujeres: adolescentes, con múltiples parejas sexuales, que no utilizan métodos de barrera como los condones / preservativos, cuyas parejas presentan infección C.trachomatis sintomática o no, que integran poblaciones con alta prevalencia de infecciones por Ng y Ct, portadoras de Dispositivo Intra Uterino ( DIU ) especialmente en los primeros 4 meses de su colocación y sometidas a maniobras uterinas como legrados evacuadores, hemostáticos o biópsicos.

Un tratamiento rápido frente a N. Gonorrhoeae y Chlamidia trachomatis puede evitarla o evitar su progresión.

Clinica: la presencia de dolor en el hipogastrio acompañado de metrorragia escasa oscura, fuera de la fecha menstrual, es la forma más común de presentarse una endometritis en la etapa inicial. Si no es tratada, evoluciona hacia una infección progresiva: salpingitis, peritonitis pélvica y/o absceso tubario. En etapas evolucionadas están siempre presentes el dolor, el flujo normal, la metrorragia escasa y fiebre.

Diagnóstico: la anamnesis, el examen clínico con espéculo y la palpación bimanual son elementos orientadores esenciales para el diagnóstico positivo.

Hay síntomas mínimos que hacen sospechar una EIP, estos son: sangrado anormal entre menstruaciones, dispareunia o flujo genital reciente (cervicitis). Estos síntomas se han relacionado en cerca de 30 % con infección reciente por Ct. La valoración clínica y de los factores de riesgo permitirán sospechar si la paciente pertenece a un grupo de alto riesgo para infección por Gt o Ct, o si padece de una vaginosis bacteriana. La laparoscopia es útil especialmente para un diagnóstico positivo y sirve para diagnósticos diferenciales (Embarazo ectópico). Valora el grado de lesión y permite extraer muestras de secreciones para el estudio bacteriológico.

Manejo de contactos sexuales: deben ser tratados para gonococcia y clamidiasis, aunque sean asintomático.

## **MANEJO SINDRÓMICO DE LAS ITS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN A LA SALUD**

### **OBJETIVOS:**

- Prevenir la enfermedad
- Buscar la solución al problema del paciente con ITS desde su primera consulta
- Contribuir a interrumpir la propagación captación y tratamiento de la pareja sexual cuando sea indicado
- Disminuir la incidencia de la infección por VIH

El manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y tratamiento en el Primer Nivel de Atención incluye: Anamnesis en relación a los síntomas y a los factores de riesgo para la adquisición de ITS, incluyendo comportamientos sexual, practicas sexuales que permitan sexo seguro (condón) y consumo de drogas y alcohol y el Examen físico completo incluyendo el uso de especulo y la expresión uretral. La utilidad del especulo radica en la posibilidad de hallar manifestaciones clínicas de cervicitis, chancro sifilítico, lesiones compatibles con papilomatosis por HPV y otras enfermedades como cáncer. Ello ayuda a practicar un mejor manejo sindrómico.

Diagnostico Sindrómico: tratamiento del paciente y su control evolutivo, estudios para detectar otras ITS, consejería en relación a los factores de riesgo, educación en prevención promoviendo el uso de condón y enseñando su correcta aplicación e identificación y tratamiento de contactos sexuales.

Muchas de las ITS / ITR son de expresión clínica esencialmente local o locoregional, mientras que otras se manifiestan fuera de la esfera genital y por síntomas sistémicos.

No siempre los portadores de estas enfermedades presenta o reconocen sus síntomas (lo que sucede con mas frecuencia en mujeres), por lo que no consultan en los Sistemas de Salud y actúan como propagadores de enfermedad.

Los principales síndromes a considerar son:

**Síndrome de ulcera genital:** lesión caracterizada morfológicamente por su inicio bajo la forma de pápula o vesícula y que evoluciona rápidamente a la

ulceración superficial, única o múltiple, dolorosa o no, acompañada o no de adenomegalias; de evolución aguda o subaguda. Se presenta en ambos sexos. Las etiologías más frecuentes son virus del herpes simple (VHS) y *Treponema pallidum*, con diferentes presentaciones clínicas.

**Síndrome de flujo vaginal:** presencia de flujo vaginal anormal en cantidad, color y/o olor, acompañada o no de otra sintomatología locoregional y factores de riesgo. Las etiologías responden a diferentes asociaciones según se trate de vaginitis / vaginosis o cervicitis.

Vaginitis: *C. Albicans*, otras especies de *Candida* y *T. Vaginalis*.

Vaginosis bacteriana: *Gardnerella vaginalis*, bacterias anaerobias y *Mycoplasma genitalium*.

Cervicitis: Ng, Ct, Papovavirus y VHS, frecuentemente asociados.

Cervicitis y vaginitis pueden asociarse en una misma persona. La sola presencia de flujo vaginal no es un buen indicador de cervicitis ni de ITS, sin embargo los estudios epidemiológicos realizados en nuestro medio vinculan la infección cervical por los agentes transmisibles sexualmente con las poblaciones de bajos niveles económicos y culturales, con valores estadísticamente significativos. El encare sindrómico de flujo en estas poblaciones adquiere un mayor valor predictivo positivo para ITS.

**Secreción uretral:** se presenta en ambos sexos. Las etiologías más frecuentes son: en el hombre: *N. Gonorrhoeae* ( Ng ) y *C. Trachomatis* ( Ct ). Solo 10 % a 20 % de casos se deben a *Ureaplasma urealyticum* y *Mycoplasma genitalium*, menos frecuentes son aun: *trichomonas vaginalis*, *candida albicans*, Papovavirus, VHS, Adenovirus, *Haemophilus spp*, *Bacteroides spp*, y otros no identificados. En la mujer: *N. Gonorrhoeae* ( Ng ) y *C. Trachomatis* ( Ct ). Síndrome de uretritis, presencia de secreción uretral en hombres, con o sin disuria, comprobada esporádicamente o después de la expresión uretral.

**Síndrome de dolor abdominal bajo en la mujer:** integra un complejo desde oligo a multisintomático, dolor abdominal bajo referido o dolor durante las relaciones sexuales. En su etiología participan: Ng, Ct, gérmenes anaerobios, bacilos Gram negativos, *Streptococcus spp*.

Al examen físico: dolor a la descompresión o defensa muscular. Dolor a la movilización del cuello uterino o anexos y / o temperatura mayor de 37,8 ° C.

Las infecciones del aparato genital alto (útero, anexos, peritoneo) enfermedad inflamatoria pélvica ( EIP ) son referidas al segundo nivel de atención médica.

La **Prevención** es el producto de estudios epidemiológicos sobre la causalidad de la salud y la enfermedad, que consiste en métodos y técnicas sanitarias y sociales destinadas a evitar la aparición de enfermedades y si en presencia de estas a evitar sus consecuencias o secuelas así como a la eliminación o minimización de los factores de riesgo existentes en el medio.

La mejor política para la **prevención de las ITS** es evitar la exposición. En el primer nivel de prevención, la probabilidad de exposición a las ITS, puede ser reducida mediante: la demora de la iniciación de la actividad sexual, la reducción del número de parejas sexuales, la utilización correcta y consistente de condones, la abstinencia sexual es otra forma de evitar el riesgo de una ITS. **Demora de la iniciación de la actividad sexual**, los adolescentes pueden evitar las ITS y el embarazo, en un periodo en el que son particularmente vulnerables, postergando la actividad sexual hasta ser mayor. El apoyo para postergar la iniciación sexual es probablemente mas importante en las jóvenes, quienes pueden padecer graves consecuencias de salud y sociales si quedan embarazadas o desarrollan una ITS. El cuerpo de las adolescentes es particularmente vulnerable a las infecciones cervicales que pueden derivar en EPI, infertilidad y embarazo ectópico. Las adolescentes deberían saber que pueden obtener ayuda e información confidencial sobre los métodos, incluido el uso de condones para prevenir el embarazo y las ITS cuando decidan iniciar su actividad sexual.

**Reducción en el número de parejas sexuales**, el restringir el numero de parejas sexuales puede ayudar a reducir la exposición a las ITS. Por ejemplo las personas que comparten una relación monogámica (ninguno tiene otras parejas sexuales) no están en riesgo de ITS si ninguno de los dos padece la infección. Sin embargo, muchas mujeres monogamas que han tenido una sola pareja sexual durante su vida desarrollan ITS. El riesgo de infección se relaciona con el comportamiento de su pareja y no del propio.

Las relaciones monogamas no brindan protección a las ITS cuando se dan una tras otra en rápida sucesión (monogamia en serie). Bajo cualquier circunstancia, tanto las mujeres como los hombres con múltiples parejas (o

cuyos compañeros tengan múltiples parejas) necesitan una protección confiable ante las ITS.

**La abstinencia sexual** es otra forma de evitar el riesgo de una ITS (aunque otras ITR son posibles).

**Utilización correcta y consistente de preservativos**, son el método más confiable cuando las personas desean protegerse a si mismas o a sus parejas de cualquier riesgo de ITS, utilizados en forma correcta, contribuyen una barrera que impide la entrada de bacterias o virus. Para utilizar un preservativo correctamente: colocar el preservativo antes de mantener relaciones sexuales con penetración, retirar el pene inmediatamente después de la eyaculación (cuando el pene este erecto) para evitar que el preservativo se resbale hacia el interior de la vagina, utilizar un preservativo nuevo por cada relación sexual.

Sin embargo, las ITS pueden desarrollarse, a pesar del uso de preservativos, las úlceras o verrugas genitales pueden contagiarse a través del contacto con partes del cuerpo que no estén cubiertas por el preservativo, es más común sin embargo, que las personas contraigan una ITS por el uso incorrecto de los preservativos o porque no los utilizan de manera regular, los preservativos pueden fallar si son manipulados o guardados incorrectamente.

**Prevención de las infecciones endógenas:** las infecciones por levaduras y la vaginosis bacteriana son infecciones endógenas comunes que pueden ser tratadas fácilmente pero se recurren frecuentemente.

Las embarazadas y las mujeres que utilizan anticonceptivos orales pueden contraer frecuentes infecciones por levaduras por los cambios en la acidez vaginal (pH), algunas patologías clínicas por ejemplo la diabetes y los tratamientos crónicos corticosteroides, pueden aumentar el riesgo de infecciones por levadura. Las duchas vaginales pueden afectar la flora normal de la vagina y provocar el crecimiento excesivo de otros microorganismos (vaginosis bacteriana), debería evitarse el uso de detergente, desinfectante y agentes de higiene o secado vaginales, la limpieza de la zona genital externa con agua y jabón es suficiente para la higiene. Los antibióticos también pueden afectar la flora vaginal normal y permitir el desarrollo de levadura, las mujeres que toman antibióticos especialmente tratamiento prolongados con antibióticos

de amplio espectro también pueden necesitar tratamiento para infección por levadura.

Es importante el control prenatal ya que la vaginosis bacteriana se asocia con el trabajo de parto prematuro, si bien la infección por levadura no se asocia con ningún resultado de embarazo adverso, es más habitual durante este.

**Prevención de las infecciones iatrogénicas:** muchas de las complicaciones de las ITS/ITR como por ejemplo Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP) ocurren cuando los microorganismos de transmisión sexual, endógenos o de otro tipo alcanzan el tracto genital superior, las intervenciones que reducen la propagación de las ITS / ITR o evitan que una infección existente llegue al útero son fundamentales para la prevención de las complicaciones, esto supone la prevención y tratamiento de las ITS, control prenatal satisfactorio para permitir la detección y prevención oportuna de las ITS / ITR.

La prevención y tratamiento de las ITS / ITR es tan importante durante el embarazo como en cualquier otro momento de la vida, ciertas ITS como sífilis, gonorrea, clamidia, tricomoniasis, herpes genital hepatitis B y VIH pueden causar complicaciones durante el embarazo y contribuir a los resultados adversos en el embarazo por esto la importancia del control prenatal precoz como modo de protección de ambos, madre e hijo.

La **información** es un conjunto organizado de datos que constituye un mensaje sobre determinado ente o fenómeno. La Información en la mayoría de los casos solo incide en el área de los conocimientos, y muy poco sobre las actitudes.

La **educación** es un proceso bidireccional mediante el cual se transmiten conocimientos, valores, costumbres y formas de actuar.

La educación no solo se produce a través de la palabra: esta presente en todas nuestras acciones, sentimientos y actitudes.

Educación para la Salud es un instrumento que sirve a los profesionales y a la población para conseguir que esta tenga la capacidad de controlar, mejorar y tomar decisiones con respecto a su salud-enfermedad.



## DISEÑO METODOLÓGICO

### ➤ TIPO DE ESTUDIO

El tipo de investigación propuesta es cuantitativa, retro-prospectiva, descriptiva y transversal.

### ➤ AREA DE ESTUDIO

La investigación se llevará a cabo en el Departamento de Montevideo, zona urbana, barrio La Blanqueada; en el Liceo Dámaso Antonio Larrañaga, delimitado por las calles: al sur Av. Centenario, al norte Dr. F. Susviela Guarch, al este Jaime Cibils y al oeste Dr. J. Secco Illa. (Anexo II)

### ➤ DEFINICIÓN Y MEDICIÓN DE VARIABLES

#### Variable Sexo

Definición Conceptual: Condición orgánica que distingue al macho de la hembra.

Femenino: Propio o peculiar de las mujeres. Dícese del ser dotado de órganos para ser fecundado.

Masculino. Propio del varón. Dícese del ser dotado de órganos para fecundar.

Tipo de variable: Cualitativa. Nominal

Definición Operacional: Femenino, Masculino.

#### Variable Grado Liceal

Definición Conceptual: Cada uno de las secciones en que por la edad y el estado de sus conocimientos se agrupa a los alumnos.

Tipo de variable: Cualitativa. Ordinal.

Definición Operacional: 4º, 5º, 6º.

#### Variable Medidas de Prevención

Definición Conceptual: Métodos y técnicas destinadas a evitar la aparición de riesgos y en presencia de estos evitar sus consecuencias o secuelas, así como a la eliminación o minimización de los factores de riesgo existentes en el medio.

Tipo de variable: Cualitativa. Nominal.

Dimensiones

1. Edad de Inicio de las relaciones sexuales
2. Abstinencia sexual
3. Numero de compañeros sexuales
4. Compañero sexual
5. Utilizan Preservativo

**Edad de Inicio de Relaciones Sexuales:** Edad de comienzo de las relaciones sexuales

Tipo de variable: Cuantitativa. Discreta.

Indicador / Definición Operacional: años cumplidos

**Abstinencia sexual:** conducta del individuo de no mantener relaciones sexuales.

Tipo de variable: Cualitativa. Nominal

Indicador / Definición operacional: No mantiene relaciones sexuales por prevención de las ITS / No mantiene relaciones sexuales por no tener compañero sexual.

**Nº de compañeros sexuales:** Cantidad de personas elegidas para mantener relaciones sexuales desde el inicio de las mismas hasta la fecha.

Tipo de variable: Cuantitativa. Discreta

Indicador / Definición operacional: Nº de compañeros sexuales

**Compañero sexual:** Dícese de la persona elegida para mantener una relación sexual.

Tipo de variable: Cualitativa. Nominal

Indicador/Definición operacional: Estable / Ocasional. Sexo opuesto / Mismo sexo / Ambos sexos.

**Uso de Preservativo:** Cubierta de látex utilizada para evitar las ITS tanto para la mujer como para el hombre.

**Tipo de variable:** Cualitativa. Nominal

**Indicador / Definición operacional:** SI / NO

### **Variable consumo de drogas y alcohol**

**Definición Conceptual:** Uso e ingesta de sustancias psicoactivas.

**Tipo de variable:** Cualitativa. Nominal

**Dimensiones:** Drogas

Alcohol

#### **Droga:**

**Indicador /Definición Operacional:** SI/NO

**Drogas intravenosas:** Indicador /Definición Operacional: SI/NO

#### **Alcohol:**

**Indicador /Definición Operacional:** SI / NO

### **Variable Grado de Información sobre ITS**

**Definición Conceptual:** Noción o idea que poseen los adolescentes acerca de las ITS.

**Tipo de variable:** Compleja. Cualitativa. Ordinal

**Indicadores:**

- ❖ **Definición de ITS:** 4 puntos. Única respuesta correcta. Respuesta correcta B
- ❖ **Agentes causales:** 2 puntos. Todas las respuestas son correctas. Cada respuesta 0.5
- ❖ **Enfermedades que son Infecciones de Transmisión Sexual:**  
3 puntos. Respuestas A, B, D, E, F y H correctas cada respuesta 0.5 puntos. En caso de presentarse respuestas correctas e incorrectas se anularan una correcta con una incorrecta. En el caso de superar las respuestas incorrectas a las correctas y no poder anularse una con otra, el puntaje de la pregunta será 0.
- ❖ **Infecciones de Transmisión Sexual curables:** 2 puntos. Única respuesta correcta B.

- ❖ Método apropiado para protegerse de las Infecciones de Transmisión Sexual: 6 puntos. Respuestas A y B correctas cada respuesta 3 puntos. En caso de presentarse respuestas correctas e incorrectas se anularan una correcta con una incorrecta. En el caso de superar las respuestas incorrectas a las correctas y no poder anularse una con otra, el puntaje de la pregunta será 0.

**Dimensiones:** Alto (16 - 17 puntos)  
Medio Alto (13 a < 16 puntos)  
Medio (9 a <13 puntos)  
Medio Bajo (5 a < 9 puntos)  
Bajo (1 a < 5 puntos)

## ➤ UNIVERSO Y MUESTRA

**Universo:** Se tomó como universo la población correspondiente a los alumnos que concurren al Liceo Dámaso Antonio Larrañaga, en el turno intermedio.

La población total en este turno es de 850 adolescentes.

**Unidad Observacional:** Adolescentes que concurren al Liceo Dámaso Antonio Larrañaga en el turno intermedio, cuyas edades están comprendidas entre los 15 a 19 años.

**Unidad de muestreo:** Clases de 4º, 5º y 6º de liceo.

Elementos que se tomaron en cuenta para la selección de la muestra:

1. Se consideró importante el abordaje de los diferentes grados liceales (4º, 5º y 6º), en base a que son el grupo etario más vulnerable con respecto a las ITS.
2. Falta de implementación del programa de educación sexual.

### **Muestra**

**Tamaño:** Se determinó que el tamaño de la muestra correspondería a un total de 254 (30%) alumnos.

**Método de selección de la muestra:** No probabilístico por conveniencia.

## ➤ MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**Método:** Encuesta/ Cuestionario anónimo.

**Técnica:** Se le entregará a cada unidad de muestreo un cuestionario para que lo complete individualmente, previo explicación del mismo. La entrega de estos se hará en la puerta de ingreso y hall de la institución.

El número de Recursos Humanos para la entrega de dicho cuestionario será de 5; cada uno de ellos tiene como objetivo la recolección de 50 cuestionarios para alcanzar el 30% del universo establecido.

Se confeccionó un instructivo para el llenado del cuestionario.

El mismo deberá ser estudiado por los Recursos Humanos, previo a la realización de la recolección de los datos.

El tiempo estimado de llenado de cada cuestionario será aproximadamente de 5 a 10 minutos.

**Instrumento:** Cuestionario (Anexo III y IV).

## ➤ PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

**Cronograma de Gantt (Anexo V)**

### **Autorización**

A la Facultad de Enfermería y al Liceo Dámaso Antonio Larrañaga.

### **Recursos**

**Humanos:** 5 Estudiantes de Licenciatura de Enfermería, 1 Prof. Lic. Enf. Tutora.

**Materiales:** Apoyo logístico: PC, CD, Cuaderno, fotocopias, lapiceras, impresiones, transporte, Liceo Dámaso A. Larrañaga.

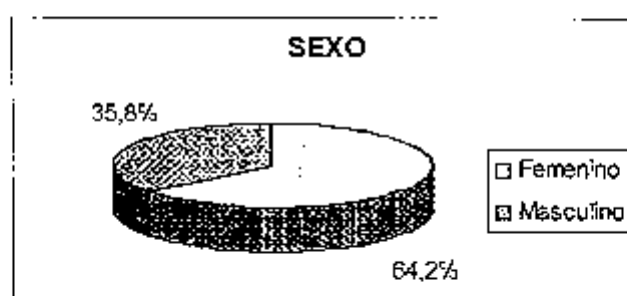
**Financieros:** Aproximadamente \$ 10.000

## ➤ RESULTADOS

- **Tabla N° 1:** Distribución según Sexo de los adolescentes de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.

Sexo	FA	FR %
Femenino	163	64,2
Masculino	91	35,8
TOTAL	254	100

- **Gráfico N° 1:** Distribución según Sexo de los adolescentes de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.



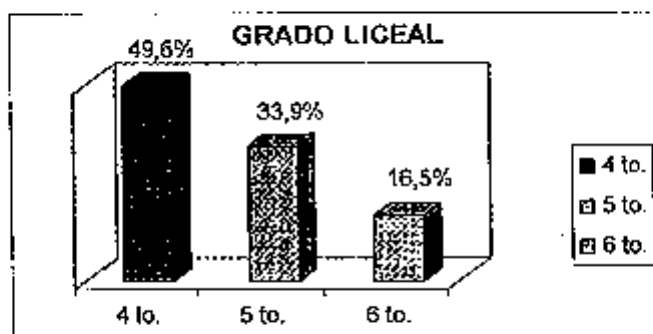
Fuente: Cuestionario realizado por alumnos de Enseñanza Secundaria

*De los 254 adolescentes encuestados, el 64,2% corresponde al sexo femenino y el 35,8% al masculino.*

- **Tabla N° 2:** Distribución según Grado Liceal de los adolescentes de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.

Grado Liceal	FA	FR %
4 <sup>to.</sup>	126	49,6
5 <sup>to.</sup>	86	33,9
6 <sup>to.</sup>	42	16,5
TOTAL	254	100

**Gráfico N° 2:** Distribución según Grado Liceal de los adolescentes de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.



Fuente: Cuestionario realizado por alumnos de Enseñanza Secundaria

El 49,6% de la población cursa 4º año liceal, el 33,9% cursa 5º año y el 16,5% 6º año.

### MEDIDAS DE PREVENCIÓN

▪ **Tabla N° 3:** Distribución del Inicio de las Relaciones Sexuales de los adolescentes de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.

Inicio Relaciones Sexuales	FA	FR%
Si	157	61,8
No	97	38,2
TOTAL	254	100

**Gráfico N° 3:** Distribución del Inicio de las Relaciones Sexuales de los adolescentes de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.



Fuente: Cuestionario realizado por alumnos de Enseñanza Secundaria

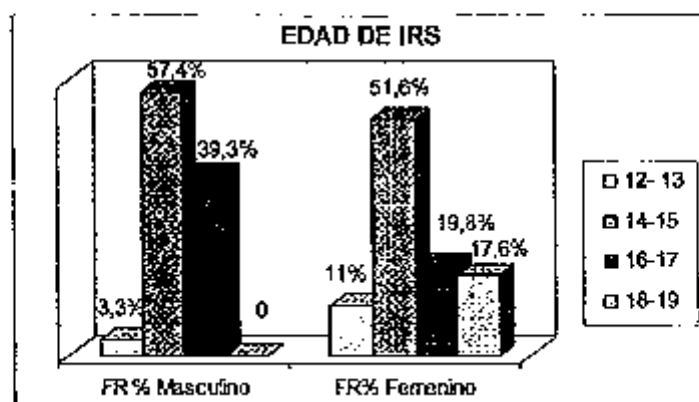
El 61,8% de la población se ha iniciado sexualmente.



▪ **Tabla N° 4:** Distribución según edad de Inicio de las Relaciones Sexuales de los adolescentes por sexo, de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.

Edad de Inicio R. Sexuales	FA Femenino	FR% Femenino	FA Masculino	FR % Masculino
12-13	10	11	2	3,3
14-15	47	51,6	35	57,4
16-17	18	19,8	24	39,3
18-19	16	17,6	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>91</b>	<b>100</b>	<b>61</b>	<b>100</b>

▪ **Gráfico N° 4:** Distribución según edad de Inicio de las Relaciones Sexuales de los adolescentes por sexo, de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.



Fuente: Cuestionario realizado por alumnos de Enseñanza Secundaria

*El 57,4% del sexo masculino se ha iniciado sexualmente en la franja etaria comprendida entre los 14 y 15 años. Al igual que el sexo femenino con un 51,6%.*

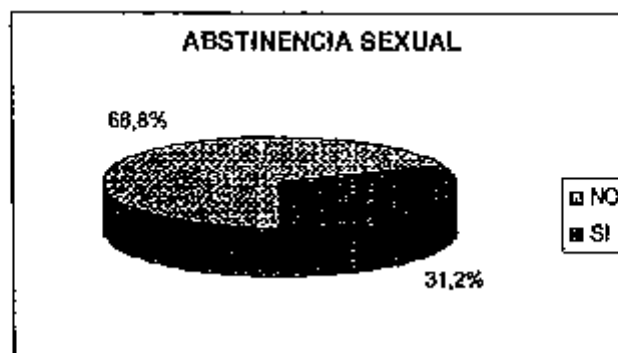
*La media del IRS para ambos sexos es de 15 años.*

*De la población total N=254, profundizaremos y nos enfocaremos en la población sexualmente activa y en las medidas de prevención que esta toma. Considerando así un N = 157, que representa a los adolescentes que se han iniciado sexualmente; para parte del análisis de la variable Medidas de prevención.*

- **Tabla N° 5:** Distribución de la Abstinencia Sexual de los adolescentes de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.

Abstinencia Sexual	FA	FR %
NO	108	68,8
SI	49	31,2
<b>TOTAL</b>	<b>157</b>	<b>100</b>

- **Gráfico N° 5:** Distribución de la Abstinencia Sexual de los adolescentes de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.



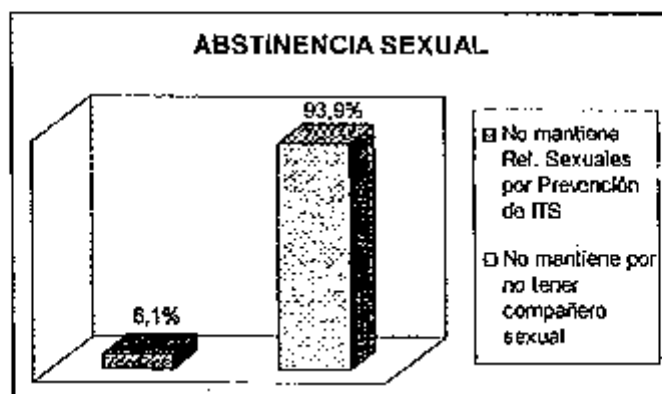
Fuente: Cuestionario realizado por alumnos de Enseñanza Secundaria

*De la población que se a ha iniciado sexualmente (157 adolescentes), el 31,2% presenta abstinencia sexual.*

- **Tabla N° 6:** Distribución de la Abstinencia Sexual de los adolescentes de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.

Abstinencia Sexual	FA	FR%
No mantiene Rel. Sexuales por Prevención de ITS	3	6,1
No mantiene por no tener compañero sexual	46	93,9
<b>TOTAL</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

- **Gráfico N° 6:** Distribución de la Abstinencia Sexual de los adolescentes de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.



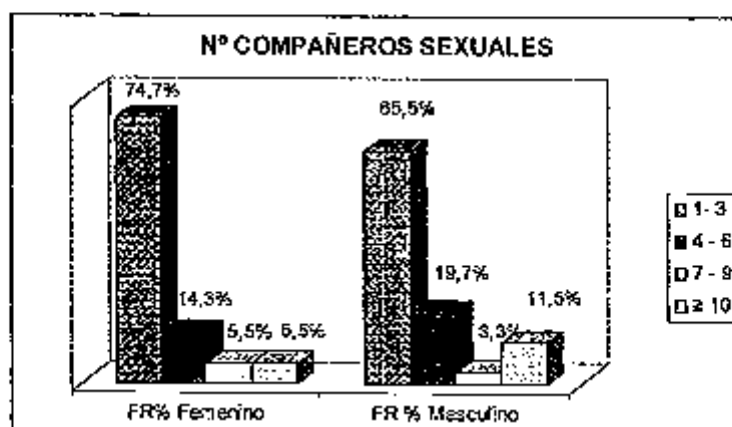
Fuente: Cuestionario realizado por alumnos de Enseñanza Secundaria

*De la población que presenta abstinencia sexual, el 6,1% la utiliza como una medida de prevención ante las ITS.*

- **Tabla N° 7:** Distribución del Número de Compañeros Sexuales desde el IRS de los adolescentes de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.

Nº de Compañeros Sexuales	FA Femenino	FR% Femenino	FA Masculino	FR % Masculino
1- 3	68	74,7	40	65,5
4- 6	13	14,3	12	19,7
7- 9	5	5,5	2	3,3
≥ 10	5	5,5	7	11,5
<b>TOTAL</b>	<b>91</b>	<b>100</b>	<b>61</b>	<b>100</b>

▪ **Gráfico N° 7:** Distribución del Número de Compañeros Sexuales desde el IRS de los adolescentes de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.



Fuente: Cuestionario realizado por alumnos de Enseñanza Secundaria

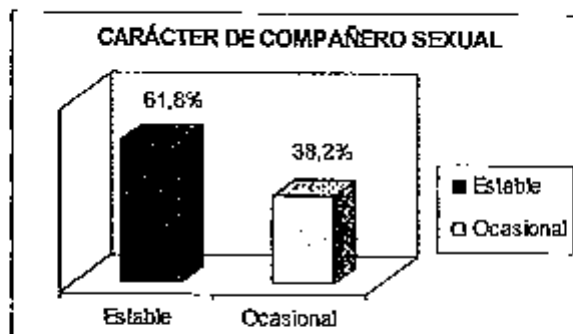
*La media en relación al número de compañeros sexuales para ambos sexos es de 3.*

▪ **Tabla N° 8:** Distribución según carácter de Compañero Sexual de los adolescentes de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.

Carácter de Compañero Sexual	FA	FR%
Estable	97	61,8
Ocasional	60	38,2
TOTAL	157	100

**El 2,5% de la población presenta compañero estable y ocasional.**

**Gráfico N° 8:** Distribución según carácter de Compañero Sexual de los adolescentes de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.



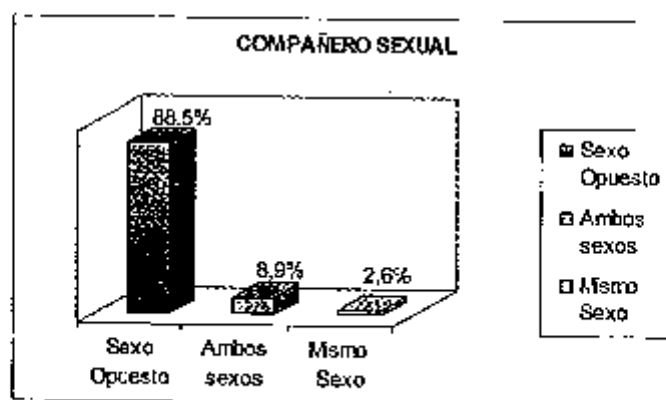
Fuente: Cuestionario realizado por alumnos de Enseñanza Secundaria

*El 61,8% de los adolescentes tiene compañero estable, y un 38,2% presenta compañero ocasional.*

▪ **Tabla N° 9:** Distribución según sexo de Compañero Sexual de los adolescentes de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.

Compañero Sexual	FA	FR%
Sexo Opuesto	139	88,5
Mismo Sexo	4	2,6
Ambos Sexos	14	8,9
<b>TOTAL</b>	<b>157</b>	<b>100</b>

▪ **Gráfico N° 9:** Distribución según sexo de Compañero Sexual de los adolescentes de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.



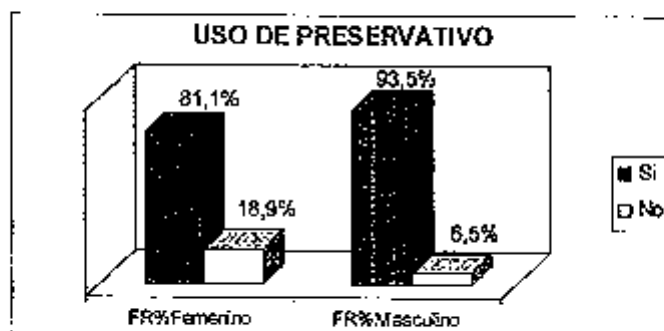
Fuente: Cuestionario realizado por alumnos de Enseñanza Secundaria

*El 88,5% presenta compañero sexual del sexo opuesto; mientras que el 11,5% tiene compañeros sexuales de ambos sexos y/o del mismo sexo.*

▪ **Tabla N° 10:** Distribución según sexo del Uso de Preservativo en adolescentes de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.

USO Preservativo	FA Femenino	FR% Femenino	FA Masculino	FR% Masculino
Si	77	81,1	58	93,5
No	18	18,9	4	6,5
<b>TOTAL</b>	<b>95</b>	<b>100</b>	<b>62</b>	<b>100</b>

▪ **Gráfico N° 10:** Distribución según sexo del Uso de Preservativo en adolescentes de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.



Fuente: Cuestionario realizado por alumnos de Enseñanza Secundaria

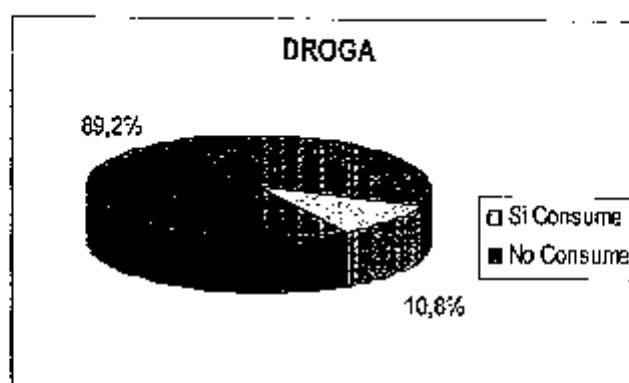
*El preservativo es utilizado como una medida de prevención, en un 93,5% por el sexo masculino y en un 81,1% por el sexo femenino.*

*Sin dejar de destacar que el 18,9% de la población femenina no lo utiliza.*

▪ **Tabla N° 11:** Distribución del Consumo de Drogas en los adolescentes de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.

Droga	FA	FR%
Si Consume	17	10,8
No Consume	140	89,2
TOTAL	157	100

▪ **Gráfico N° 11:** Distribución del Consumo de Drogas en los adolescentes de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.



Fuente: Cuestionario realizado por alumnos de Enseñanza Secundaria

*El 10,8% de la población consume drogas previo a la relación sexual.*

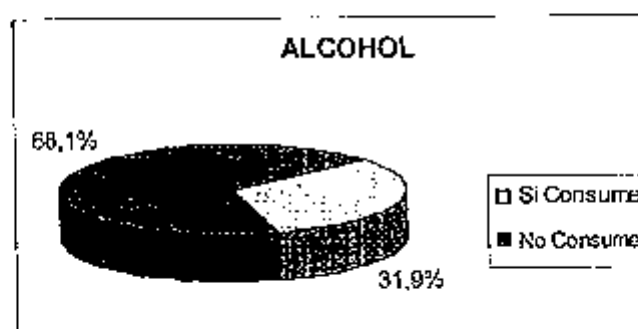
- Consumo de Drogas Intravenosas en los adolescentes de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.

*El 100% de los adolescentes que se han iniciado sexualmente no consumen drogas I/V previo a las relaciones sexuales.*

- **Tabla Nº 12:** Distribución del Consumo de Alcohol en los adolescentes de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.

Alcohol	FA	FR%
Si Consume	50	31,9
No Consume	107	68,1
<b>TOTAL</b>	<b>157</b>	<b>100</b>

- **Gráfico Nº 12:** Distribución del Consumo de Alcohol en los adolescentes de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.



Fuente: Cuestionario realizado por alumnos de Enseñanza Secundaria

*El 31,9% de la población adolescente consume alcohol previo a la relación sexual.*

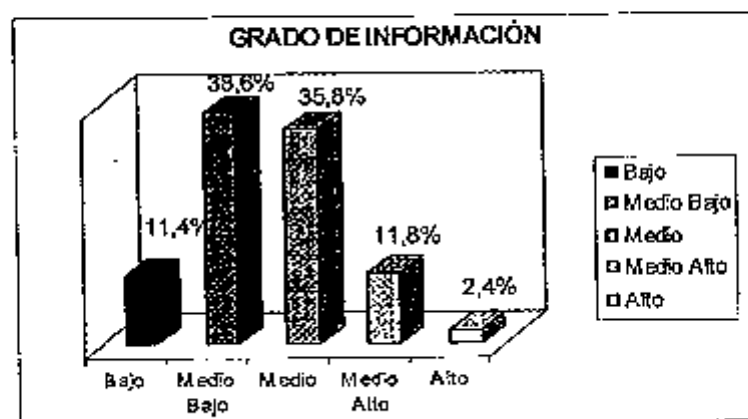
## GRADO DE INFORMACIÓN SOBRE ITS

A partir de esta variable se considerara al total de la población N= 254

▪ **Tabla N° 13:** Distribución según Grado de Información sobre ITS de los adolescentes de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.

Grado de Información ITS	FA	FR%
Bajo	29	11,4
Medio Bajo	98	38,6
Medio	91	35,8
Medio Alto	30	11,8
Alto	6	2,4
TOTAL	254	100

▪ **Gráfico N° 13:** Distribución según Grado de Información sobre ITS de los adolescentes de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.



Fuente: Cuestionario realizado por alumnos de Enseñanza Secundaria

*El grado de información sobre ITS presentado por la población es Medio Bajo.*

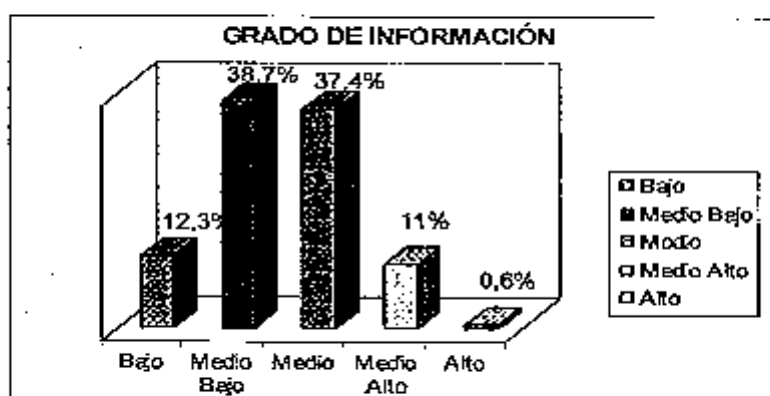


▪ **Tabla N° 14:** Distribución del Grado de Información sobre ITS de las adolescentes de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.

Femenino N= 163

Grado de Información ITS	FA Femenino	FR% Femenino
Bajo	20	12,3
Medio Bajo	63	38,7
Medio	61	37,4
Medio Alto	18	11
Alto	1	0,6
<b>TOTAL</b>	<b>163</b>	<b>100</b>

▪ **Gráfico N° 14:** Distribución del Grado de Información sobre ITS de las adolescentes de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.



Fuente: Cuestionario realizado por alumnos de Enseñanza Secundaria

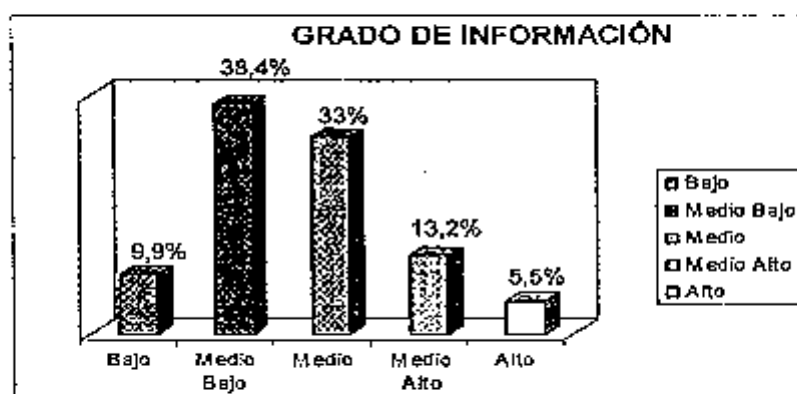
*El grado de información sobre ITS del sexo femenino es Medio Bajo (38,7%), seguido por el grado Medio (37,4%).*

▪ **Tabla N° 15:** Distribución del Grado de Información sobre ITS de los adolescentes de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.

**Masculino N= 91**

Grado de Información ITS	FA Masculino	FR% Masculino
Bajo	9	9,9
Medio Bajo	35	38,4
Medio	30	33
Medio Alto	12	13,2
Alto	5	5,5
<b>TOTAL</b>	<b>91</b>	<b>100</b>

▪ **Gráfico N° 15:** Distribución del Grado de Información sobre ITS de los adolescentes de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.



Fuente: Cuestionario realizado por alumnos de Enseñanza Secundaria

*El grado de información sobre ITS del sexo masculino es Medio Bajo (38,4%), seguido por el grado Medio (33%).*

## ANÁLISIS

Como punto de partida para el desarrollo de esta investigación se han tomado como referencia dos Derechos Sexuales y Reproductivos; "Derecho a prevención, diagnóstico y tratamiento ante posibles ITS" y "Derecho a tener educación e información para decidir y disfrutar de manera plena la vida reproductiva" (1).

En base a esto es que decidimos investigar las medidas de prevención y el grado de información sobre ITS.

El estudio fue realizado en una Institución de Enseñanza Pública Secundaria, tomando como muestra al 30% del universo (254 adolescentes).

En cuanto a las características de esta población debemos destacar que existe un predominio del 64,2 % del sexo femenino con respecto al sexo masculino; dato que refleja la realidad nacional en cuanto a la distribución por sexo.

Sus edades están comprendidas entre los 15 y 18 años; rango etario contemplado por la OMS al definir la etapa de la adolescencia.

Esta etapa presenta una serie de factores que favorecen y aumentan el riesgo de adquirir ITS; siendo tres veces más frecuentes en la adolescencia que en la edad adulta; más del 60% de la incidencia se presenta en menores de 24 años (2).

Lo fundamental para la prevención de estas infecciones es evitar la exposición a través de la demora de la iniciación de la actividad sexual, la reducción del número de parejas sexuales, la utilización correcta y continua de preservativos, y la abstinencia sexual (3) (4).

Haciendo referencia a la primera medida de prevención mencionada, se destaca que el 61,8% de los adolescentes se han iniciado sexualmente.

La edad de inicio de las relaciones sexuales (IRS) en el sexo masculino se encuentra concentrada entre los 14 - 17 años y en el caso del sexo femenino

(1) MySUI (Mujer y Salud en el Uruguay) Folleto "¿Qué se necesita para ejercer los derechos sexuales y reproductivos?"

López Gómez, A. "Derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes. Un desafío para la sociedad". Ediciones Centro. Formación y Estudios ANAU Montevideo - Uruguay, 1997.

(2) ONUSIDA, "Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA". Ginebra, Junio de 2000.

(3) OMS "Infecciones de Transmisión Sexual y otras Infecciones del Tracto Reproductivo. Una guía para la práctica básica". Singapur, 2005

(4) MSP - Programa Prioritario ITS/SIDA: "Infecciones de transmisión sexual. Pautas de diagnóstico, tratamiento y control epidemiológico". Montevideo - Uruguay, 2006.

se encuentra distribuida desde los 12 a los 19 años (teniendo una edad media de IRS de 15 años en ambos sexos, coincidiendo las mismas con los datos estadísticos a nivel nacional y mundial) <sup>(5)</sup>.

Cabe destacar que en el caso de las adolescentes implica una exposición más prolongada al riesgo de contraer una Infección de Transmisión Sexual, debido al inicio más temprano o precoz de la actividad sexual.

Con respecto a la distribución del número de compañeros sexuales desde el inicio de las mismas, el sexo masculino presenta mayor número de compañeros sexuales que el femenino. Al analizar la población en su conjunto el resultando de la media es de tres compañeros sexuales para ambos sexos.

El limitar el número de compañeros sexuales reduce la exposición a las ITS.

El 61,8% de los adolescentes presenta compañero sexual estable. Lo que representa que el mayor porcentaje de la población no estaría en riesgo de ITS, si ninguno de los dos padece la infección. Esto de igual forma esta relacionado directamente con el comportamiento de su pareja y no únicamente del propio <sup>(3) (4)</sup>.

El 38,2% de los adolescentes está más expuesto a contraer una ITS por no tener un compañero estable y mantener una actividad sexual insegura con un compañero ocasional <sup>(3) (4)</sup>.

A su vez un 2,5 % de la población mantiene relaciones sexuales tanto con su compañero sexual estable como otro/s ocasional/es.

La protección segura y confiable frente a las ITS es el uso del preservativo. El uso del mismo en el sexo femenino es de un 81% y en el sexo masculino de un 93,5%. Es de destacar la diferencia existente al confrontar los datos entre ambos sexos, observando el menor uso por el sexo femenino. Esto puede estar dado por el fenómeno de la anticoncepción y la utilización de los Anticonceptivos Orales (ACO), los cuales indujeron a cambios desplazando el uso del preservativo. Influyendo este comportamiento en forma indirecta a un mayor riesgo de transmisión de ITS en estas adolescentes <sup>(2)</sup>.

(2) ONUSIDA, "Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA", Ginebra, Junio de 2000

(3) OMS, "Infecciones de Transmisión Sexual y otras Infecciones del Tracto Reproductivo. Una guía para la práctica básica", Singapur, 2005.

(4) MEP - Programa Prioritario ITS/SIDA: "Infecciones de transmisión sexual. Pautas de diagnóstico, tratamiento y control epidemiológico", Montevideo - Uruguay, 2006.

(5) Encuesta "Reproducción Biológica y Social, Género y Generaciones" (MSP, ILM, UDELAR, MJSU, UNFPA, PNUD), Uruguay 2004.

Las características psicológicas de los adolescentes comprenden la búsqueda de sí mismo, de su identidad, grupos de pares, manifestaciones y conductas sexuales con desarrollo de la identidad sexual.

Haciendo referencia a la conducta sexual 9 de cada 10 adolescentes mantienen relaciones con el sexo opuesto; sin restarle importancia a la tendencia de que 1 de cada 9 adolescentes mantiene relaciones con ambos sexos.

Otros factores determinantes, considerados conductas de riesgo de los adolescentes ante las ITS son el consumo de alcohol y drogas previo a las relaciones sexuales. Se percibió una mayor prevalencia del alcohol en relación a las drogas. Destacándose la ausencia del consumo de drogas intravenosas en la población estudio.

Considerando a la Abstinencia Sexual como otra de las medidas de prevención de las ITS <sup>(3)</sup> <sup>(4)</sup>, el 61,8% que se han iniciado sexualmente, el 31,2% actualmente no mantiene relaciones y de este un 6,1% toma la decisión de abstenerse sexualmente como medida de prevención.

Otro aspecto importante en este estudio fue identificar el grado de información sobre ITS de los adolescentes. Los datos obtenidos demostraron que el mayor porcentaje de la población tiene un grado de información Medio Bajo no evidenciando diferencias significativas en ambos sexos.

Analizando el grado de información por sexo, se destaca que el grado Alto fue alcanzado por el masculino en una relación de 5 a 1.

Si profundizamos en los puntos que se tuvieron en cuenta en el cuestionario, al medir el grado de información podemos observar que en esta población hay un desconocimiento de cuales son las ITS y sus medidas de prevención. La mayoría de los adolescentes reconoce sólo a la Sífilis, VIH - SIDA y gonorrea como ITS.

Al referirse a las medidas de prevención la mayoría de la población considera de manera incorrecta los ACO y el DIU como medidas de prevención.

(3) OMS. "Infecciones de Transmisión Sexual y otras Infecciones del Tracto Reproductivo. Una guía para la práctica básica". Singapur, 2005.

(4) MSP - Programa Prioritario ITS/SOA: "Infecciones de transmisión sexual. Prueba de diagnóstico, tratamiento y control epidemiológico". Montevideo - Uruguay, 2000

## CONCLUSIONES

Para la realización de la presente investigación fue necesario elaborar una encuesta-cuestionario que nos permita caracterizar a la población, conocer las medidas de prevención y nivel de información sobre ITS.

Con respecto a la caracterización de nuestra población, estamos frente a una población mayoritariamente femenina y de cuarto año liceal.

Para medir el grado de información sobre ITS elaboramos una escala (Bajo, Medio-Bajo, Medio, Medio-Alto y Alto), debido a la inexistencia de un instrumento y su escala de medición correspondiente.

El grado de información alcanzado por los adolescentes de ambos sexos es de un nivel Medio-Bajo y discriminados por sexo podemos resaltar que el sexo masculino alcanza el nivel Alto a diferencia del sexo femenino.

Con respecto a las medidas de prevención podemos concluir:

- Demora de la iniciación sexual: El sexo masculino inicia su actividad sexual más tardíamente que el sexo femenino y esto disminuiría el riesgo de contraer ITS.
- Número de compañero sexual: La media para ambos sexos es de 3 compañeros sexuales desde su inicio.
- Uso de preservativo: El sexo masculino utiliza el preservativo en mayor porcentaje como medida de prevención en relación al sexo femenino.
- Abstinencia sexual: De la población sexualmente activa solo un porcentaje minoritario lo hace como medida de prevención.

En base a lo anteriormente mencionado, podemos afirmar que hemos dado respuesta al problema planteado al obtener una aproximación del grado de información y las medidas de prevención sobre ITS que tiene la población estudio.

Desde nuestro rol como futuras Licenciadas en Enfermería consideramos imprescindible la educación preventiva y promoción de conductas sexuales seguras para aumentar la sensibilización de los adolescentes sobre este tema, para incidir en el cambio de sus conductas de riesgo.

## RECOMENDACIONES

- ❖ Reforzar y ampliar la información que poseen los adolescentes sobre ITS.
- ❖ Promover una vida sexual saludable, estable y responsable a partir de la implementación del Programa de Educación Sexual en la Enseñanza Pública y Privada.
- ❖ Fomentar la continuidad y desarrollo de la Policlínica instalada a partir del convenio entre la Facultad de Enfermería y la Administración Nacional de Educación Pública.
- ❖ Que esta investigación sirva como punto de partida para otros estudios y/o profundización en el tema, considerando la fuente de información que tienen los adolescentes sobre las ITS.
- ❖ Capacitar a la propia población adolescente para lograr que la misma sea multiplicadora, basados en la fuerte influencia que tienen en su propio grupo de pares.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abracinskas, L.; López Gómez, A.: "Los derechos sexuales y reproductivos en la arena política". Programa MOST- UNESCO. Montevideo – Uruguay, 2001.
- Burroughs, A. "Enfermería Materno infantil", 8va. Edición, Ed. Mc Graw Hill. Philadelphia, Pennsylvania, USA, 2001.
- Correa, S.: "Los derechos sexuales y reproductivos en la arena política". Serie Aportes al debate N° 1. MySU. Montevideo- Uruguay, 2003.
- CODICEN – ANEP, Comisión de educación sexual. "Incorporación de la educación sexual en el sistema educativo formal: una propuesta de trabajo" Montevideo – Uruguay, 2005
- Checa, S.: "Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia". Ed. Paidós. Bs. As.- Argentina, 2003.
- Datos Estadísticos: Encuesta Nacional de Opinión Pública (Equipos Mori 2004) y de la Encuesta Nacional del Proyecto *Reproducción Biológica y Social de la Población Uruguaya, un estudio desde la perspectiva de género y generaciones* (UNFPA, PNUD, MSP, INE, IMM, UDELAR, MYSU, Montevideo – 2005).
- Declaración sobre los Derechos Sexuales: Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación hacia la Mujer (CEDAW, 1979) y las Conferencias de Naciones Unidas sobre: Derechos Humanos (Viena, 1993), Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y La Mujer (Beijing, 1995).
- Dulanto, Enrique: El Adolescente, Editorial McGraw – Hill interamericana, México, 2000.



- H. de Canales Francisca; Pineda Elia Beatriz: "Metodología de la Investigación" Segunda Edición. OPS. Washington D.C, 1994.
- López Gómez, A.; Abracinskas, L.: Informe "Uruguay y las políticas en salud sexual y reproductiva".  
Ed. de CNS Mujeres por democracia, equidad y ciudadanía.
- López Gómez, A. "Derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes. Un desafío para la sociedad". Ediciones Centro Formación y Estudios/INAU. Montevideo – Uruguay, 1997.
- López Gómez, A. (coordinadora): "Adolescentes y Sexualidad. Significados, discursos y acciones en Uruguay. Un análisis retrospectivo (1995- 2004)".  
Ed. Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género; Fac. de Psicología, Universidad de la República. UNFRA. Montevideo- Uruguay 2005.
- López Gómez, A. (coordinadora): "Proyecto Género y Generaciones. Reproducción biológica y social de la población uruguaya". Ediciones Trilce. UNFPA. Montevideo – Uruguay, 2006.
- López Gómez, A.: "Derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes. Un desafío para la sociedad". Ediciones Centro Formación y Estudios/ INAU. Montevideo- Uruguay, 1997.
- Mazarrasa, L.: "Educación para la Salud en Atención Primaria".
- MSP - Programa Prioritario de ITS/SIDA: "Impacto en el género femenino del VIH/SIDA". Montevideo – Uruguay.
- MSP - Programa Prioritario ITS/SIDA: "Infecciones de transmisión sexual. Pautas de diagnóstico, tratamiento y control epidemiológico". Montevideo – Uruguay, 2006.

- MSP - Departamento de Epidemiología, Unidad de Vigilancia de Salud Pública, Enfermedades de Notificación Obligatoria, Casos Notificados Confirmados. Uruguay, Marzo 2007.
- MSP- Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH-SIDA). Guías para diagnóstico, tratamiento antirretrovirales y monitorización adultos y embarazadas. Uruguay 2006.
- MySU (Mujer y Salud en el Uruguay)  
"¿Qué se necesita para ejercer los derechos sexuales y reproductivos?"
- OMS. "Infecciones de Transmisión Sexual y otras Infecciones del Tracto Reproductivo. Una guía para la práctica básica", Singapur 2005.
- ONUSIDA, "Informe sobre la epidemia mundial de VIH/ SIDA". Ginebra, Junio de 2000.
- ONUSIDA, "La epidemia de Sida: situación en diciembre de 2000". Ginebra, Diciembre de 2000.
- ONUSIDA, "SIDA reducción de la pobreza y alivio de la deuda". Ginebra, Diciembre de 2000.
- ONUSIDA, "El SIDA y la Infección por VIH, Información para el personal de las Naciones Unidas y sus familias." Ginebra, Suiza. 2000.
- Orem E. Dorothea: "Modelo de Orem - Conceptos de Enfermería en la Práctica". Ed. MASSON- SALVAT Enfermería. Barcelona- España, 1993
- <http://www.sexualidad.es/index.php/Heterosexualidad>
- <http://www.mysu.org.uy>
- <http://www.onusida.org.co>

AMEXOS

## **ANEXO I**

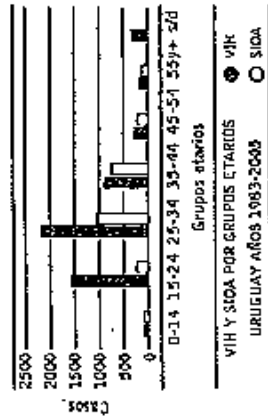
### **Programa Prioritario de ITS / SIDA**

En el 2002, se incorpora al PROGRAMA DE SIDA, el Programa de Infección de Transmisión Sexual (ITS)

Actualmente se denomina PROGRAMA PRIORITARIO DE ITS/SIDA.

El Programa depende de la División Salud de la Población, y en nivel superior la Dirección General de la Salud (DIGESA) del Ministerio de Salud Pública.

La epidemia se ha ido feminizando así como concentrando en la población más joven, los casos de SIDA sobre todo se encuentran entre 15 a 34 años.



### SIDA: Vías de Transmisión 2005

La transmisión sexual permanece como principal vía (70%), pero con un alarmante 26% de transmisión sanguínea, fundamentalmente entre los usuarios de drogas inyectables, por su consumo compartido de material de inyección. Se ha logrado un importante descenso en la transmisión vertical (madre-hijo), pero aún es imprescindible aumentar las acciones para la captación de las mujeres en el primer trimestre de embarazo.



Equipo del Programa Prioritario de ITS/SIDA:

*Dirección General*  
Soc. María Luz Osimani.

*Adjunta Dirección*  
Dra. Jahel Vidal.

*Técnicos*  
Dra. Cristina Iglesias  
Ps. Susana Marchetti  
A.S. Rosa Di Bono  
Tec. Rad. Andrés Urioste

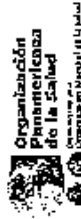
*Administración y Secretaría*  
Br. Matilde Silva  
Br. Anibal Conde

Ministerio de Salud Pública  
Dirección General de Salud  
Dirección de Programas  
**Programa Prioritario de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH/SIDA**  
18 de Julio 1892 4to piso  
Telef: (598-2) 402 2424 - 408 8296  
"Hoja ITS/SIDA" 0800 7432  
ppitssida@mssp.gub.uy

Ministerio de Salud Pública  
Dirección General de Salud  
División Salud de la Población  
Dirección de Programas



**Programa Prioritario de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA**



Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son un importante problema de salud pública en nuestro País y en el mundo. La Organización Mundial de la Salud estima que 1 de cada 20 personas padece una ITS al año.

En el Uruguay en el año 2004 nacieron 60 niños/as con **sifilis congénita**. Más del 80% pertenecen al departamento de Montevideo.

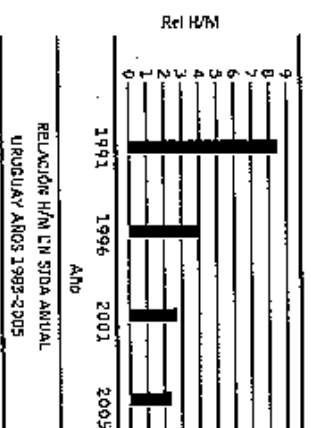
El VIH/SIDA en el Uruguay presenta una **tendencia creciente**:

0,23% en el 2000  
0,36% en el 2002  
0,45% en el 2004

PREVALENCIA ESTIMADA DEL VIH

**Hoy en el 2005 tenemos 2 nuevos casos por día.**

Al inicio de la epidemia la relación hombre mujer de infectados por VIH era de 9 a 1; hoy esa relación es de aproximadamente **3 hombres a 1 mujer**.



## ● Visión

Al final del quinquenio, una nueva política pública integral sustentada en la equidad y el ejercicio de los derechos humanos, focalizada especialmente en las poblaciones socialmente vulnerables, con normativas y protocolos que faciliten el acceso universal a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS/SIDA. Se promoverá la participación, coordinación y articulación intersectorial e interministerial, de la sociedad civil organizada y de las personas viviendo con VIH en el diseño y ejecución de las actividades.

## ● Misión

Seguimiento y evaluación del Plan Estratégico del PRR/ST/SIDA con sus acciones en el Plan de Emergencia en Salud (PES) y el Plan Quinquenal, sustentado en los acuerdos firmados a nivel del Estado para las ITS/SIDA: Metas del Milenio de Naciones Unidas en VIH/SIDA, UNGASS2002 y las 10 Prioridades Nacionales identificadas por el Grupo Temático de OMS/UNAIDS con la participación de todos los actores involucrados en el tema a nivel nacional (2004).

## ● Directrices que lo sustentan

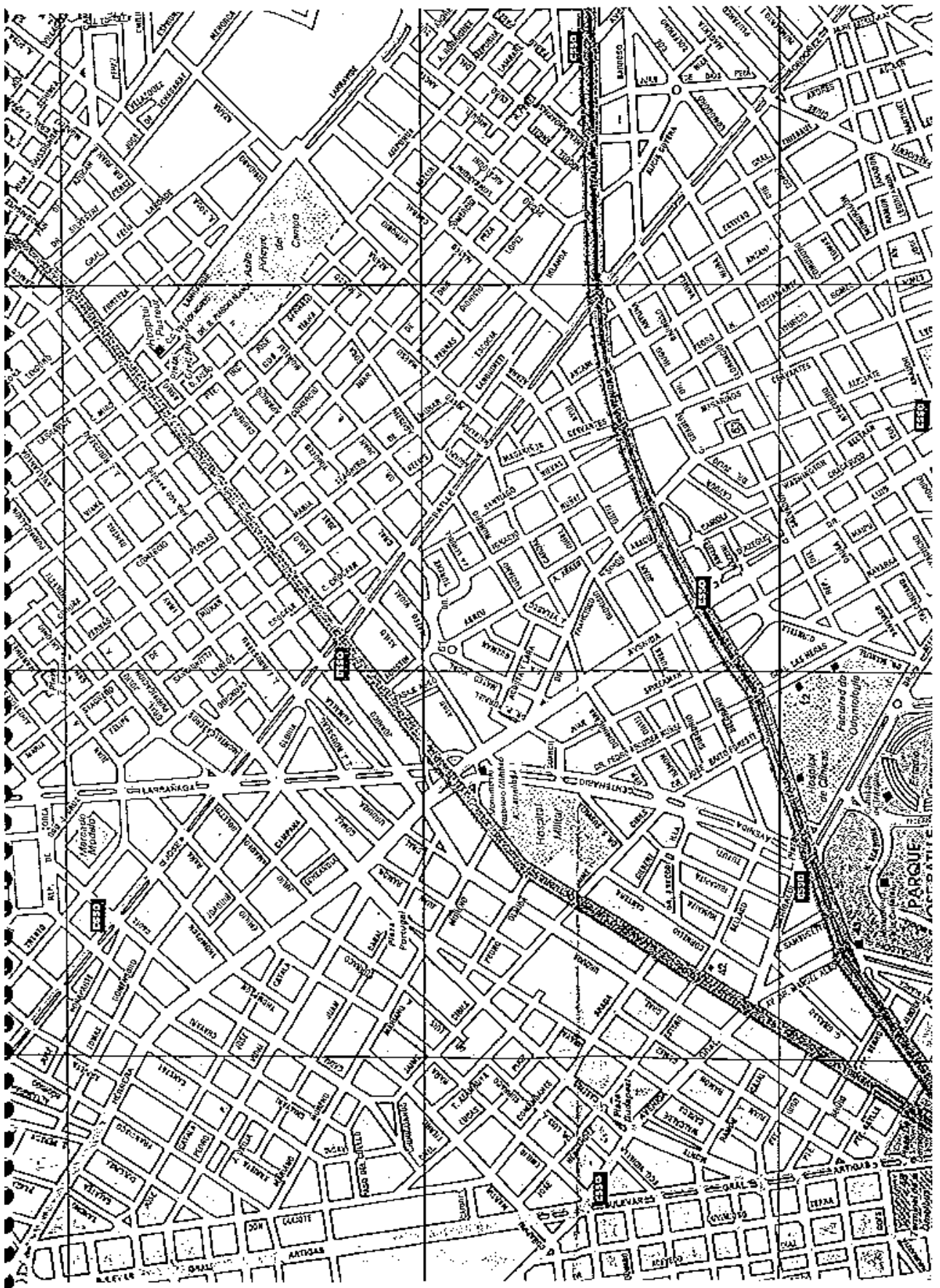
- ⊕ Institucionalizar la promoción de salud y prevención ITS/SIDA como Política de Estado.
- ⊕ Garantizar los derechos ciudadanos y la salud integral de las personas viviendo con VIH/SIDA.
- ⊕ Efectuar Intervenciones y Normativas desde perspectiva de género, etnia, edad y diversidad sexual.
- ⊕ Promover la participación activa de las redes, ONGs y Grupo de Personas Viviendo con VIH (GPPVs) en el diseño y ejecución de las acciones.
- ⊕ Promover la descentralización del Programa Prioritario de ITS/SIDA hacia el interior del país.

## ● Objetivos

- ⊕ Promover el acceso a la información, educación en promoción de salud y prevención de las ITS/SIDA.
- ⊕ Facilitar el acceso a preservativos.
- ⊕ Implementar estrategias de reducción de riesgos y daños en usuarios de drogas cuando no puedan o quieran dejar de consumir.
- ⊕ Promover una atención en salud, no discriminatoria a las personas con VIH/SIDA.
- ⊕ Normalizar y monitorear el diagnóstico, tratamiento y prevención de las ITS/SIDA.

## ● Estrategias de intervención

- Abordar a la población más vulnerable desde perspectiva de género, etaria y étnica:
    - ⊕ Adolescente.
    - ⊕ Mujeres.
    - ⊕ Personas privadas de libertad.
    - ⊕ Usuarios de drogas.
    - ⊕ Trabajadoras Sexuales.
  - Fortalecer las acciones en
    - ⊕ Zonas geográficas más vulnerables: zonas de frontera (Rivera, Artigas)
  - Realizar y desarrollar
    - ⊕ Campañas de Información a población general.
    - ⊕ Estudios e Investigaciones que orienten el diseño de políticas públicas en ITS/SIDA.
- La participación es un eje clave de la estrategia del programa**
- ⊕ Intersectorial e interministerial,
  - ⊕ de la sociedad civil organizada,
  - ⊕ y de las personas viviendo con VIH.
- Las políticas que surjan del trabajo conjunto del Programa y los actores directa o indirectamente involucrados, se aplicarán en una estrategia de **descentralización, inclusión y participación social** presentes en esta Administración.



Fecha \_\_\_\_\_  
N° de Cuestionario \_\_\_\_\_

*Somos estudiantes de Licenciatura de Enfermería y estamos realizando la tesis final.  
Necesitamos tu colaboración para llevarla a cabo, por eso te pedimos que completes esta encuesta, que será anónima y personal.  
A través de esta encuesta lograremos obtener una aproximación del grado de información y las medidas de prevención sobre Infecciones de Transmisión Sexual que tienen los estudiantes 4°, 5° y 6° del Liceo Dámaso A. Larrañaga del turno intermedio.*

**SEXO:**

F

M

**GRADO LICEAL:**

4°

5°

6°

**I) MEDIDAS DE PREVENCIÓN**

Te has iniciado en las Relaciones Sexuales

Si  → Edad de inicio \_\_\_\_\_

No  → Si su respuesta es NO pase a la pregunta II Grado de Información.

**Actualmente:**

Mantienes relaciones sexuales?

Si

No  → Por Prevención de las ITS   
Por falta de compañero sexual

Con cuantas personas mantuviste relaciones sexuales desde el inicio de las mismas? \_\_\_\_\_  
(en caso de no recordar el número exacto, completar con un número aproximado)

**El/los compañeros sexuales son de:**

Sexo opuesto

Mismo sexo

Ambos sexos

**El/los compañeros sexuales son de carácter:**

Ocasional

Estable

**Utilizan preservativo**

Si

No

**Previo a la relación sexual:**

Consumes/en \_\_\_\_\_ Drogas Si   
No

Utilizas drogas intravenosas? Si   
No

Alcohol Si  No



**II) GRADO DE INFORMACIÓN  
(MARQUE LO CORRECTO)**

1) Acerca de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS):

A) Conjunto de enfermedades infectocontagiosas que se adquieren exclusivamente por contacto sexual.

B) Comprenden un conjunto de enfermedades infectocontagiosas que se adquieren por contacto sexual, sangre u otros fluidos corporales.

C) Las ITS son una infección del tracto genito-urinario causado únicamente por virus.

**(MARQUE LO CORRECTO)**

2) Estas infecciones pueden ser causadas por:

A) Bacterias

B) Hongos

C) Parásitos

D) Virus

**(MARQUE LO CORRECTO)**

3) Cual/es de estas te parecen que son ITS?

A) Pediculosis Pubis ("ladilla")

B) VIH

C) Hepatitis A

D) Hepatitis B y C

E) Virus del papiloma humano (HPV)

F) Gonorrea

G) Infección Urinaria

H) Sífilis

**(MARQUE LO CORRECTO)**

4) Las ITS son curables?

A) Todas

B) Algunas

C) Ninguna

**(MARQUE LO CORRECTO)**

5) Que método es el apropiado para protegerte de las ITS?

A) Preservativo

B) Abstinencia sexual

C) Anticonceptivos Orales

D) DIU

E) Coito Interrumpido

## ANEXO IV

### INSTRUCTIVO PARA LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO

Se explicará a cada alumno la finalidad del cuestionario, que será de carácter confidencial y anónimo. En caso de que la unidad de muestreo acepte llenarlo, se solicitará su cooperación y honestidad en las respuestas, para que los resultados sean confiables.

I) Se deberá marcar con una cruz según corresponda el sexo de la persona que completa el cuestionario. Femenino / Masculino.

II) Se deberá marcar con una cruz según corresponda el grado liceal de la persona que completa el cuestionario. 4º/5º/6º

### III) MEDIDAS DE PREVENCIÓN

i) Se deberá marcar con una cruz según corresponda Sí/No.

En caso de que la respuesta sea Sí, deberá responder la Edad de Inicio de las Relaciones Sexuales.

En caso de que la respuesta sea No deberá pasar a la pregunta número IV Grado de Información, no continuando de esta forma con las preguntas referentes a las Medidas de Prevención.

### PARA AQUELLAS PERSONAS CUYA RESPUESTA FUE AFIRMATIVA CONTINUAN CON LAS SIGUIENTES PREGUNTAS.

ii) Se deberá marcar con una cruz según corresponda Sí/No.

En caso de que la respuesta sea No, deberá marcar con una cruz si es Por Prevención de las ITS ó Por falta de compañero sexual.

iii) Deberá completar con el número correspondiente (en caso de no recordar el número exacto, deberá completar con un número aproximado)

iv) Deberá marcar con una cruz según corresponda Sexo opuesto / mismo sexo / ambos sexos.

v) Deberá marcar con una cruz según corresponda Ocasional / Estable

vi) Se deberá marcar con una cruz según corresponda Si/No.

vii) Se deberá marcar con una cruz según corresponda Si/No consumen Drogas, en caso afirmativo deberá responder Si/No consumen drogas intravenosas.

Se deberá marcar con una cruz según corresponda Si/No consumen alcohol.

#### **IV) GRADO DE INFORMACIÓN sobre ITS**

i) Deberá marcar con una cruz la definición que considere correcta. Respuesta correcta B.

ii) Deberá marcar con una cruz las opciones que considere correctas. Todas las respuestas son correctas.

iii) Deberá marcar con una cruz las opciones que considere correctas. Las respuestas correctas son la A, B, D, E, F y H.

iv) Deberá marcar con una cruz la opción que considere correcta. La respuesta correcta es la B.

v) Deberá marcar con una cruz las opciones que considere correctas. Las respuestas correctas son la A y B.

<b>CRONOGRAMA DE GANTT</b>												
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>PERÍODO</b>											
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRA	NOVIEMBRE	DIEMBRE
Revisión Bibliográfica	↑											
Definición del problema		↑										
Formulación de Objetivos		↑										
Construcción del Marco Teórico			↑									
Elaboración Diseño Metodológico							↑					
Revisión final del protocolo y presentación autoridades									↑			
Recolección de datos										↑		
Procesamiento y análisis de datos											↑	
Redacción informe final												↑
Impresión del informe final												↑
Defensa del tesina												↑
Publicación												

ANEXO VI

	TOTAL
F	163
M	91
4	126
5	86
6	42
SI	157
NO	97
EDAD	15
SI	108
NO	49
POR PREVENCION ITS	3
POR FALTA compañero	46
nº compañeros desde IRS	3
Sexo opuesto	139
mismo	4
ambos	14
Ocasional	62
Estable	99
SI	135
NO	22
DROGAS SI	17
DROGAS NO	140
ALCOHOL SI	50
ALCOHOL NO	107
DROG INTRAV SI	0
DROG INTRAV NO	157

Montevideo, 06 de diciembre de 2007.

DIRECTORA DE LA DIVISIÓN DEL BÁSICO

Prof. Lic. Mag. Fany Rocha

Se presentan ante usted, Br. María José Aguirre Artegoitia, C.I. 3.518.780-9, Br. Mónica Andrea Cabral Arenas, C.I. 3.748.568-3, Br. Mariana Irma Cavajani Hernández, C.I. 3.036.049-0, Br. Mónica Virginia Correa Alcoba, C.I. 4.520.364-9, Br. Leticia Débora Vasko Blanco, C.I. 2.701.001-4, y solicitan la asignación de fecha para defender el trabajo de investigación realizado, considerando el plazo reglamentario de 10 días.

El tema del mismo es "Derechos Sexuales y Reproductivos", el problema seleccionado es "Cuál es el grado de información y que medidas de prevención sobre las ITS tienen los adolescentes de una Institución Secundaria Pública".

La tutora responsable es la Prof. Lic. Enf. Mercedes Pérez, perteneciente a la Cátedra de Materno - Infantil.

Sin otro particular, saludamos a Usted atentamente.

Br. María José Aguirre

Br. Andrea Cabral

Br. Mariana Cavajani

Br. Virginia Correa

Br. Leticia Vasko

**Universidad de República**  
**Facultad de Enfermería**  
**Cátedra Materno- Infantil**

# **PROTOCOLO**

**Tutora: Prof. Lic. Enf. Mercedes Pérez**

**Autoras: Br. Aguirre María José**

**Br. Cabral Andrea**

**Br. Cavajani Mariana**

**Br. Correa Virginia**

**Br. Vasko Leticia**

## ÍNDICE

	Página
<b>Planteamiento del Problema</b>	<b>1</b>
<b>Objetivos</b>	<b>1</b>
<b>Fundamento</b>	<b>2</b>
<b>Diseño Metodológico</b>	<b>4</b>
<b>Anexos</b>	<b>19</b>
- Plano Barrial	
- Instrumento: Encuesta- Cuestionario	
- Instructivo del Cuestionario	
- Cronograma Gantt	



**TEMA:** Derechos sexuales y reproductivos

**PROBLEMA:**

- Cuál es el grado de información y que medidas de prevención sobre Infecciones de Transmisión Sexual tienen los adolescentes de una Institución Enseñanza Secundaria Pública, en el mes de noviembre de 2007.

**OBJETIVO GENERAL:**

- Identificar el grado de información y que medidas de prevención sobre Infecciones de Transmisión Sexual tiene la población estudio.

**OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- Caracterizar a la población estudio
- Identificar el grado de información de los adolescentes.
- Identificar las medidas de prevención sobre ITS en la población objetivo
- Identificar el grado de información según sexo
- Caracterizar según sexo las medidas de prevención utilizadas

## FUNDAMENTO

En los últimos años se ha registrado un aumento de las ITS en nuestro país y en todo el mundo; las mismas son consideradas un problema de Salud Pública a nivel mundial; la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), estima para América Latina y el Caribe, entre 35 y 40 millones de casos, con más de 100.000 infecciones promedio por día.

Si bien la dimensión exacta del problema no es fácil de conocer, por el sub registro existente y por las dificultades en realizar un diagnóstico precoz, la O.M.S. calcula que 1 de cada 20 personas padece una ITS al año.

Se ha demostrado estadísticamente que la población más afectada corresponde al rango etario que va desde los 15 a 24 años.

Existe un desplazamiento de las ITS a edades cada vez más tempranas; siendo los adolescentes y el sexo femenino la población de mayor riesgo, sin embargo ninguna persona sexualmente activa está exenta de contraer estas infecciones. Teniendo en cuenta además que ellas favorecen, en mayor o menor grado a la infección por VIH, multiplicando la posibilidad en 20 veces de adquirirlo en cada relación sexual.

Los avances de la ciencia han demostrado que muchas ITS pueden no ser curables, afectando seriamente la salud, provocando esterilidad y cáncer y eventualmente la muerte.

La adolescencia es una etapa en la cual se producen diversos cambios a nivel bio-psico-social.

Se construye la identidad, experimentan comportamientos impredecibles y riesgosos (consumo de sustancias psicoactivas, alcohol) e inicio de las relaciones sexuales; y teniendo en cuenta su transición a nivel corporal que los hace más vulnerables físicamente frente a las mismas.

En cuanto a los Derechos Sexuales y los Reproductivos, y el ejercicio de los mismos por parte de la población adolescente, tomamos como marco referencial que a nivel nacional actualmente se esta comenzando a implementar el programa de educación sexual en todos los niveles de la enseñanza pública. Esto difiere de la realidad de los adolescentes de hoy, debido a que los mismos en su etapa escolar no contaron con el beneficio de acceder a dicho programa.

Para la elaboración de esta investigación se tomo como punto teórico fundamental la normativa actual vigente del Ministerio de Salud Publica sobre ITS, en cuanto a su diagnostico, tratamiento y control epidemiológico.

Creemos de gran importancia el abordaje de la temática a investigar, porque a través de la misma lograremos obtener una aproximación del grado de información y las medidas de prevención sobre Infecciones de Transmisión Sexual. Lo cual en un futuro nos permitirá actuar e incidir para disminuir el grado de morbimortalidad.

## DISEÑO METODOLÓGICO

### ➤ TIPO DE ESTUDIO

El tipo de investigación propuesta es cuantitativa, retro-prospectiva, descriptiva y transversal.

### ➤ AREA DE ESTUDIO

La investigación se llevará a cabo en el Departamento de Montevideo, zona urbana, barrio La Blanqueada; en el Liceo Dámaso Antonio Larrañaga, delimitado por las calles: al sur Av. Centenario, al norte Dr. F. Susviela Guarch, al este Jaime Cibils y al oeste Dr. J. Secco IIIa.

### ➤ DEFINICIÓN Y MEDICIÓN DE VARIABLES

#### Variable Sexo

Definición Conceptual: Condición orgánica que distingue al macho de la hembra.

Femenino: Propio o peculiar de las mujeres. Dicese del ser dotado de órganos para ser fecundado.

Masculino. Propio del varón. Dicese del ser dotado de órganos para fecundar.

Tipo de variable: Cualitativa. Nominal

Definición Operacional: Femenino. Masculino.

#### Variable Grado Liceal

Definición Conceptual: Cada uno de las secciones en que por la edad y el estado de sus conocimientos se agrupa a los alumnos.

Tipo de variable: Cualitativa. Ordinal.

Definición Operacional: 4º, 5º, 6º.

#### Variable Medidas de Prevención

Definición Conceptual: Métodos y técnicas destinadas a evitar la aparición de riesgos y en presencia de estos evitar sus consecuencias o secuelas, así como a la eliminación o minimización de los factores de riesgo existentes en el medio.

Tipo de variable: Cualitativa. Nominal.

#### Dimensiones

1. Edad de Inicio de las relaciones sexuales
2. Abstinencia sexual
3. Numero de compañeros sexuales
4. Compañero sexual
5. Utilizan Preservativo

**Edad de Inicio de Relaciones Sexuales:** Edad de comienzo de las relaciones sexuales

Tipo de variable: Cuantitativa. Discreta.

Indicador / Definición Operacional: años cumplidos

**Abstinencia sexual:** conducta del individuo de no mantener relaciones sexuales.

Tipo de variable: Cualitativa. Nominal

Indicador / Definición operacional: No mantiene relaciones sexuales por prevención de las ITS / No mantiene relaciones sexuales por no tener compañero sexual.

**Nº de compañeros sexuales:** Cantidad de personas elegidas para mantener relaciones sexuales desde el inicio de las mismas hasta la fecha.

Tipo de variable: Cuantitativa. Discreta

Indicador / Definición operacional: Nº de compañeros sexuales

**Compañero sexual:** Dícese de la persona elegida para mantener una relación sexual.

Tipo de variable: Cualitativa. Nominal

Indicador/Definición operacional: Estable / Ocasional. Sexo opuesto / Mismo sexo / Ambos sexos.

**Uso de Preservativo:** Cubierta de látex utilizada para evitar las ITS tanto para la mujer como para el hombre.

Tipo de variable: Cualitativa. Nominal

Indicador / Definición operacional: SI / NO

**Variable consumo de drogas y alcohol**

Definición Conceptual: Uso e ingesta de sustancias psicoactivas.

Tipo de variable: Cualitativa. Nominal

Dimensiones: Drogas

Alcohol

**Droga:**

Indicador /Definición Operacional: SI/NO

Drogas intravenosas: Indicador /Definición Operacional: SI/NO

**Alcohol:**

Indicador /Definición Operacional: SI / NO

**Variable Grado de Información sobre ITS**

Definición Conceptual: Noción o idea que poseen los adolescentes acerca de las ITS.

Tipo de variable: Compleja. Cualitativa. Ordinal

Indicadores:

- ❖ Definición de ITS: 4 puntos. Única respuesta correcta. Respuesta correcta B
- ❖ Agentes causales: 2 puntos. Todas las respuestas son correctas. Cada respuesta 0.5
- ❖ Enfermedades que son Infecciones de Transmisión Sexual:  
3 puntos. Respuestas A, B, D, E, F y H correctas cada respuesta 0.5 puntos. En caso de presentarse respuestas correctas e incorrectas se anularan una correcta con una incorrecta. En el caso de superar las respuestas incorrectas a las correctas y no poder anularse una con otra, el puntaje de la pregunta será 0.
- ❖ Infecciones de Transmisión Sexual curables: 2 puntos. Única respuesta correcta B.
- ❖ Método apropiado para protegerse de las Infecciones de Transmisión Sexual: 6 puntos. Respuestas A y B correctas cada respuesta 3 puntos. En caso de presentarse respuestas correctas e incorrectas se anularan una

correcta con una incorrecta. En el caso de superar las respuestas incorrectas a las correctas y no poder anularse una con otra, el puntaje de la pregunta será 0.

**Dimensiones:** Alto (16 - 17 puntos)  
Medio Alto (13 a < 16 puntos)  
Medio (9 a <13 puntos)  
Medio Bajo (5 a < 9 puntos)  
Bajo (1 a < 5 puntos)

## ➤ UNIVERSO Y MUESTRA

**Universo:** Se tomó como universo la población correspondiente a los alumnos que concurren al Liceo Dámaso Antonio Larrañaga, en el turno intermedio.

La población total en este turno es de 850 adolescentes.

**Unidad Observacional:** Adolescentes que concurren al Liceo Dámaso Antonio Larrañaga en el turno intermedio, cuyas edades están comprendidas entre los 15 a 19 años.

**Unidad de muestreo:** Clases de 4º, 5º y 6º de liceo.

Elementos que se tomaron en cuenta para la selección de la muestra:

1. Se consideró importante el abordaje de los diferentes grados liceales (4º, 5º y 6º), en base a que son el grupo etario más vulnerable con respecto a las ITS.
2. Falta de implementación del programa de educación sexual.

### **Muestra**

**Tamaño:** Se determinó que el tamaño de la muestra correspondería a un total de 254 (30%) alumnos.

**Método de selección de la muestra:** No probabilístico por conveniencia.



## ➤ MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**Método:** Encuesta/ Cuestionario anónimo.

**Técnica:** Se le entregará a cada unidad de muestreo un cuestionario para que lo complete individualmente, previo explicación del mismo. La entrega de estos se hará en la puerta de ingreso y hall de la Institución.

El número de Recursos Humanos para la entrega de dicho cuestionario será de 5; cada uno de ellos tiene como objetivo la recolección de 50 cuestionarios para alcanzar el 30% del universo establecido.

Se confeccionó un instructivo para el llenado del cuestionario.

El mismo deberá ser estudiado por los Recursos Humanos, previo a la realización de la recolección de los datos.

El tiempo estimado de llenado de cada cuestionario será aproximadamente de 5 a 10 minutos.

**Instrumento:** Cuestionario (ver anexo).

## ➤ PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

**Cronograma de Gantt ( ver anexo )**

### **Autorización**

A la Facultad de Enfermería y al Liceo Dámaso Antonio Larrañaga.

### **Recursos**

**Humanos:** 5 Estudiantes de Licenciatura de Enfermería, 1 Prof. Lic. Enf. Tutora.

**Materiales:** Apoyo logístico: PC, CD, Cuaderno, fotocopias, lapiceras, impresiones, transporte, Liceo Dámaso A. Larrañaga.

**Financieros:** Aproximadamente \$ 10.000

## ➤ PLAN DE TABULACIÓN Y GRÁFICOS

- **Tabla N° 1:** Distribución según Sexo de los adolescentes de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.

Sexo	FA	FR %
Femenino		
Masculino		
TOTAL		

- **Gráfico N° 1:** Distribución según Sexo de los adolescentes de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.

- Cualitativa Nominal
- Gráfico Sectorial

Fuente: Cuestionario realizado por alumnos de Enseñanza Secundaria

- **Tabla N° 2:** Distribución según Grado Liceal de los adolescentes de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.

Grado Liceal	FA	FR %
4 <sup>to.</sup>		
5 <sup>to.</sup>		
6 <sup>to.</sup>		
TOTAL		

- **Gráfico N° 2:** Distribución según Grado Liceal de los adolescentes de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.

- Cualitativa Ordinal
- Diagrama de Barras

Fuente: Cuestionario realizado por alumnos de Enseñanza Secundaria

### MEDIDAS DE PREVENCIÓN

▪ **Tabla N° 3:** Distribución del Inicio de las Relaciones Sexuales de los adolescentes de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.

Inicio Relaciones Sexuales	FA	FR%
Si		
No		
<b>TOTAL</b>		

**Gráfico N° 3:** Distribución del Inicio de las Relaciones Sexuales de los adolescentes de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.

- Cualitativa Nominal
- Gráfico Sectorial

Fuente: Cuestionario realizado por alumnos de Enseñanza Secundaria

▪ **Tabla N° 4:** Distribución según edad de Inicio de las Relaciones Sexuales de los adolescentes por sexo de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.

Edad de Inicio R. Sexuales	FA Femenino	FR% Femenino	FA Masculino	FR % Masculino
12-13				
14-15				
16-17				
18-19				
<b>TOTAL</b>				

▪ **Gráfico N° 4:** Distribución según edad de Inicio de las Relaciones Sexuales de los adolescentes por sexo de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.

- Cuantitativa Discreta
- Diagrama de Barras

Fuente: Cuestionario realizado por alumnos de Enseñanza Secundaria

**Tabla N° 5:** Distribución de la Abstinencia Sexual de los adolescentes de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.

<b>Abstinencia Sexual</b>	<b>FA</b>	<b>FR %</b>
<b>NO</b>		
<b>SI</b>		
<b>TOTAL</b>		

**Gráfico N° 5:** Distribución de la Abstinencia Sexual de los adolescentes de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.

- Cualitativa Nominal
- Gráfico Sectorial

Fuente: Cuestionario realizado por alumnos de Enseñanza Secundaria

▪ **Tabla N° 6:** Distribución de la Abstinencia Sexual de los adolescentes de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.

<b>Abstinencia Sexual</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
<b>No mantiene Rel. Sexuales por Prevención de ITS</b>		
<b>No mantiene por no tener compañero sexual</b>		
<b>TOTAL</b>		

**Gráfico N°6:** Distribución de la Abstinencia Sexual de los adolescentes de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.

- Cuantitativa Nominal
- Diagrama de Barras

Fuente: Cuestionario realizado por alumnos de Enseñanza Secundaria

▪ **Tabla N° 7:** Distribución del Número de Compañeros Sexuales desde el IRS de los adolescentes de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.

N° de Compañeros Sexuales	FA Femenino	FR% Femenino	FA Masculino	FR % Masculino
1- 3				
4- 6				
7- 9				
≥ 10				
<b>TOTAL</b>				

▪ **Gráfico N° 7:** Distribución del Número de Compañeros Sexuales desde el IRS de los adolescentes de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.

- Cuantitativa Discreta
- Diagrama de Barras

Fuente: Cuestionario realizado por alumnos de Enseñanza Secundaria

▪ **Tabla N° 8:** Distribución según carácter de Compañero Sexual de los adolescentes de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.

Carácter de Compañero Sexual	FA	FR%
Estable		
Ocasional		
<b>TOTAL</b>		

**Gráfico N° 8:** Distribución según carácter de Compañero Sexual de los adolescentes de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.

- Cualitativa Nominal
- Diagrama de Barras

Fuente: Cuestionario realizado por alumnos de Enseñanza Secundaria

▪ **Tabla N° 9:** Distribución según sexo de Compañero Sexual de los adolescentes de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.

Compañero Sexual	FA	FR%
Sexo Opuesto		
Mismo Sexo		
Ambos Sexos		
TOTAL		

▪ **Gráfico N° 9:** Distribución según sexo de Compañero Sexual de los adolescentes de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.

- Cualitativa Nominal
- Diagrama de Barras

Fuente: Cuestionario realizado por alumnos de Enseñanza Secundaria

▪ **Tabla N° 10:** Distribución según sexo del Uso de Preservativo en adolescentes de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.

USO Preservativo	FA Femenino	FR% Femenino	FA Masculino	FR% Masculino
Si				
No				
TOTAL				

▪ **Gráfico N° 10:** Distribución según sexo del Uso de Preservativo en adolescentes de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.

- Cualitativa Nominal
- Gráfico Sectorial

Fuente: Cuestionario realizado por alumnos de Enseñanza Secundaria

▪ **Tabla N° 11:** Distribución del Consumo de Drogas en los adolescentes de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.

Drogas	FA	FR%
Si Consume		
No Consume		
TOTAL		

▪ **Gráfico N° 11:** Distribución del Consumo de Drogas en los adolescentes de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.

- Cualitativa Nominal
- Diagrama Sectorial

Fuente: Cuestionario realizado por alumnos de Enseñanza Secundaria

▪ **Tabla N° 12:** Consumo de Drogas Intravenosas en los adolescentes de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.

Drogas	FA	FR%
Utilizan Drogas i/v		
No utilizan drogas i/v		
TOTAL		

▪ **Gráfico N° 12:** Consumo de Drogas Intravenosas en los adolescentes de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.

- Cualitativa Nominal
- Diagrama Sectorial

Fuente: Cuestionario realizado por alumnos de Enseñanza Secundaria

▪ **Tabla N° 13:** Distribución del Consumo de Alcohol en los adolescentes de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.

<b>Alcohol</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
<b>Si Consume</b>		
<b>No Consume</b>		
<b>TOTAL</b>		

▪ **Gráfico N° 13:** Distribución del Consumo de Alcohol en los adolescentes de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.

- Cualitativa Nominal
- Diagrama Sectorial

Fuente: Cuestionario realizado por alumnos de Enseñanza Secundaria



## GRADO DE INFORMACIÓN

▪ **Tabla N° 14:** Distribución según Grado de Información sobre ITS de los adolescentes de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.

<b>Grado de Información ITS</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
Bajo		
Medio Bajo		
Medio		
Medio Alto		
Alto		
<b>TOTAL</b>		

▪ **Gráfico N° 14:** Distribución según Grado de Información sobre ITS de los adolescentes de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.

- Variable Compleja
- Cualitativa Ordinal
- Diagrama de Barras

Fuente: Cuestionario realizado por alumnos de Enseñanza Secundaria

▪ **Tabla N° 15:** Distribución del Grado de Información sobre ITS de las adolescentes de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.

<b>Grado de Información ITS</b>	<b>FA Femenino</b>	<b>FR% Femenino</b>
Bajo		
Medio Bajo		
Medio		
Medio Alto		
Alto		
<b>TOTAL</b>		

▪ **Gráfico N° 15:** Distribución del Grado de Información sobre ITS de las adolescentes de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.

- Variable Compleja
- Cualitativa Ordinal
- Diagrama de Barras

Fuente: Cuestionario realizado por alumnos de Enseñanza Secundaria

▪ **Tabla N° 16:** Distribución del Grado de Información sobre ITS de los adolescentes de una institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.

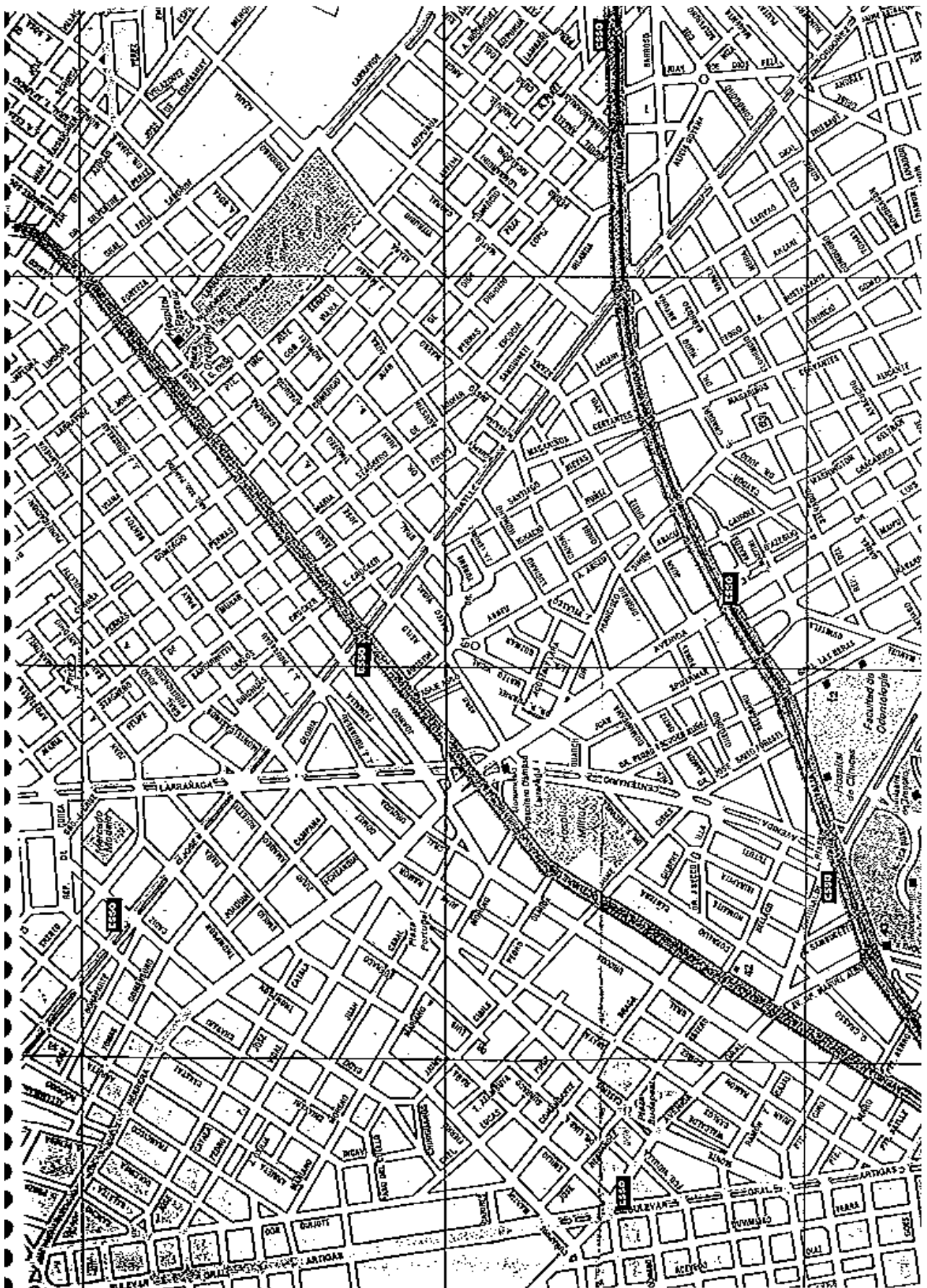
<b>Grado de Información ITS</b>	<b>FA Masculino</b>	<b>FR% Masculino</b>
Bajo		
Medio Bajo		
Medio		
Medio Alto		
Alto		
<b>TOTAL</b>		

▪ **Gráfico N° 16:** Distribución del Grado de Información sobre ITS de los adolescentes de una Institución de Enseñanza Secundaria Pública, Montevideo noviembre de 2007.

- Variable Compleja
- Cualitativa Ordinal
- Diagrama de Barras

Fuente: Cuestionario realizado por alumnos de Enseñanza Secundaria

# ANEXOS





**II) GRADO DE INFORMACIÓN**  
**(MARQUE LO CORRECTO)**

**1) Acerca de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS):**

A) Conjunto de enfermedades infectocontagiosas que se adquieren exclusivamente por contacto sexual.

B) Comprenden un conjunto de enfermedades infectocontagiosas que se adquieren por contacto sexual, sangre u otros fluidos corporales.

C) Las ITS son una infección del tracto genito-urinario causado únicamente por virus.

**(MARQUE LO CORRECTO)**

**2) Estas infecciones pueden ser causadas por:**

- A) Bacterias   
B) Hongos   
C) Parásitos   
D) Virus

**(MARQUE LO CORRECTO)**

**3) Cuáles de estas te parecen que son ITS?**

- A) Pediculosis Pubis ("ladilla")   
B) VIH   
C) Hepatitis A   
D) Hepatitis B y C   
E) Virus del papiloma humano (HPV)   
F) Gonorrea   
G) Infección Urinaria   
H) Sífilis

**(MARQUE LO CORRECTO)**

**4) Las ITS son curables?**

- A) Todas   
B) Algunas   
C) Ninguna

**(MARQUE LO CORRECTO)**

**5) Que método es el apropiado para protegerte de las ITS?**

- A) Preservativo   
B) Abstinencia sexual   
C) Anticonceptivos Orales   
D) DIU   
E) Coito Interrumpido

## **ANEXO**

### **INSTRUCTIVO PARA LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO**

Se explicará a cada alumno la finalidad del cuestionario, que será de carácter confidencial y anónimo. En caso de que la unidad de muestreo acepte llenarlo, se solicitará su cooperación y honestidad en las respuestas, para que los resultados sean confiables.

I) Se deberá marcar con una cruz según corresponda el sexo de la persona que completa el cuestionario. Femenino / Masculino.

II) Se deberá marcar con una cruz según corresponda el grado liceal de la persona que completa el cuestionario. 4º/5º/6º

#### **III) MEDIDAS DE PREVENCIÓN**

i) Se deberá marcar con una cruz según corresponda Si/No.

En caso de que la respuesta sea Si, deberá responder la Edad de Inicio de las Relaciones Sexuales.

En caso de que la respuesta sea No deberá pasar a la pregunta número IV Grado de Información, no continuando de esta forma con las preguntas referentes a las Medidas de Prevención.

#### **PARA AQUELLAS PERSONAS CUYA RESPUESTA FUE AFIRMATIVA CONTINUAN CON LAS SIGUIENTES PREGUNTAS.**

ii) Se deberá marcar con una cruz según corresponda Si/No.

En caso de que la respuesta sea No, deberá marcar con una cruz si es Por Prevención de las ITS ó Por falta de compañero sexual.

iii) Deberá completar con el número correspondiente (en caso de no recordar el número exacto, deberá completar con un número aproximado)

iv) Deberá marcar con una cruz según corresponda Sexo opuesto / mismo sexo / ambos sexos.

v) Deberá marcar con una cruz según corresponda Ocasional / Estable

vi) Se deberá marcar con una cruz según corresponda Si/No.

vii) Se deberá marcar con una cruz según corresponda Si/No consumen Drogas, en caso afirmativo deberá responder Si/No consumen drogas intravenosas.

Se deberá marcar con una cruz según corresponda Si/No consumen alcohol.

#### **IV) GRADO DE INFORMACIÓN sobre ITS**

i) Deberá marcar con una cruz la definición que considere correcta. Respuesta correcta B.

ii) Deberá marcar con una cruz las opciones que considere correctas. Todas las respuestas son correctas.

iii) Deberá marcar con una cruz las opciones que considere correctas. Las respuestas correctas son la A, B, D, E, F y H.

iv) Deberá marcar con una cruz la opción que considere correcta. La respuesta correcta es la B.

v) Deberá marcar con una cruz las opciones que considere correctas. Las respuestas correctas son la A y B.



