



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**“CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE INFECCIONES DE
TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH-SIDA EN ESTUDIANTES DE QUINTO
AÑO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA MIXTA N° 72 SAN MARTIN DE PORRES, 2015”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
OBSTETRICIA**

PRESENTADO POR:

INGRID FIORELLA CHAMBERGO CAYO

LIMA 2015

DEDICATORIA

Esta investigación con todo mi esfuerzo se la dedico a mi esposo Daniel y mi hijo Enoc.

A mi papá, mi mamá, Shirley, Grease, Andrews, Zahid y Arturo.

A mi familia mi abuelita, tíos, tías, primos, primas, sobrinos y sobrinas.

A mis suegros, cuñada y su familia.

Mis más apreciados seres queridos quienes son la fuerza que me impulsa cada día a ser mejor; la fuente de inspiración y empeño para no desistir.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar a Dios, por todas las Bendiciones a mi vida, en los momentos más difíciles me sostiene y nunca me abandona, porque todo es perfecto en su tiempo.

A mi esposo Daniel gracias por el apoyo incondicional que siempre me das, por estar siempre en los malos y buenos momentos como este.

A mis padres, pero en especial a mi mamá gracias por apoyarme en todo y porque siempre estas a mi lado.

A mis hermanos Shirley, Grease, Andrews y Arturo gracias por el apoyo que me dan en cada momento de mi vida.

A mis suegros gracias por apoyarme siempre, Manuel Salguero gracias por tu paciencia, apoyo y también a su esposa Jenny.

A mi asesor Hugo Gutiérrez, por su tiempo y por todas sus enseñanzas.

Al Director y Sub-Directora de la Institución Educativa Mixta N° 72 San Martín de Porres, por permitirme realizar esta Investigación.

A mis amigas y a todas aquellas personas que hicieron posible la confección y elaboración de este trabajo.

Todo lo puedo en Cristo que me Fortalece, Dios los Bendiga Siempre.

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH-SIDA EN ESTUDIANTES DE QUINTO AÑO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA MIXTA N° 72 SAN MARTIN DE PORRES, 2015.

OBJETIVO: Describir los conocimientos y actitudes sobre Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-SIDA en estudiantes de quinto año de educación secundaria de la Institución Educativa Mixta N°72 San Martin de Porres, 2015.

MATERIAL Y METODOS: Se realizó un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, se aplicó el método cuantitativo para medir conocimientos y actitud, se encuestó a 200 estudiantes de quinto año de educación secundaria y las respuestas fueron registradas en fichas de recolección de datos; para luego ser procesados mediante el programa SPSS 20 Y EXCEL 2013.

RESULTADOS: De acuerdo a los conocimientos sobre las Infecciones de Transmisión sexual y VIH-SIDA el 68% de estudiantes se encuentra en un conocimiento regular, el 17% en conocimientos buenos y un 15% con conocimientos malos, referente a actitudes sobre las Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-SIDA el 63% de estudiantes tienen una actitud favorable y el 37% tiene una actitud desfavorable.

CONCLUSIÓN: Por el presente estudio podemos concluir que la mayoría de estudiantes de quinto año de educación secundaria tiene conocimientos regulares y una actitud favorable sobre las Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-SIDA.

Palabras clave: Conocimientos, Actitudes, Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-SIDA.

KNOWLEDGE AND ATTITUDES ABOUT SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES AND HIV-AIDS IN FIFTH YEAR STUDENTS OF SECONDARY EDUCATION COLLEGE OF MIXED NO. 72 SAN MARTIN DE PORRES, 2015.

OBJECTIVE: Describe the knowledge and attitudes about sexually transmitted diseases and HIV-AIDS among students in the fifth year of secondary education coeducational institution No. 72 San Martin de Porres, 2015.

MATERIAL AND METHODS: A study of descriptive cross cut was made, the quantitative method was applied to measure knowledge and attitudes, surveyed 200 students from fifth year of secondary education and the responses were recorded in data collection sheets; then be processed using SPSS 20 AND EXCEL 2013 program.

RESULTS: According to knowledge about sexually transmitted infections and HIV-AIDS, 68% of students in regular knowledge, 17% in good knowledge and 15% with poor knowledge concerning attitudes about Sexually Transmitted Infections HIV-AIDS and 63% of students have a positive attitude and 37% have an unfavorable attitude.

CONCLUSION: For the present study we can conclude that the majority of students in the fifth year of secondary education has regular knowledge and a positive attitude on Sexually Transmitted Infections and HIV-AIDS.

KEY WORDS AND: Knowledge, Attitudes, Sexually Transmitted Infections and HIV-AIDS.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas de la agenda de la salud mundial las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH-SIDA, se siguen desarrollando como principales problemas relacionados a la Salud Sexual y Reproductiva y son aquellas que se transmiten principalmente a través de las relaciones sexuales (orales, anales, y vaginales) desprotegidas (sin condón), intercambio de fluidos genitales o contacto con lesiones con una persona infectada.

Muchas no causan síntomas y solo constituyen puertas de entrada y salida para otras infecciones, como el VIH (virus del sida). Pueden ser transmitidas, incluso si no producen síntomas. Afectan a hombres y mujeres de todos los orígenes y niveles económicos. Cerca de dos tercios de las infecciones se producen en menores de 25 años porque los jóvenes y adolescentes se arriesgan con más frecuencia a tener múltiples parejas sexuales y relaciones sin protección.

El VIH puede transmitirse por las relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada, la transfusión de sangre contaminada o el uso compartido de agujas, jeringuillas u otros instrumentos punzantes. Asimismo, puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia.

Actualmente el VIH- SIDA no discrimina estratos sociales, edad, sexo, grado de instrucción, religión, orientación sexual ni ubicación geográfica. El Perú desde 1983 es otro de los países del mundo que ha tenido el reto de prevenir y controlar esta epidemia.

Los principales factores que influyen en el incremento de las ITS y VIH-SIDA son la edad temprana en que se inicia la vida sexual, los cambios frecuentes y repetidos de compañeros sexuales, la falta de educación sexual y de una cultura de prevención.

En el ámbito estudiantil específicamente en estudiantes de quinto año de educación secundaria de la Institución Educativa Mixta N°72 San Martín de Porres al interactuar con ellos la mayoría ha mostrado indiferencia sobre riesgos de contraer ITS y VIH-SIDA, refieren que este tema no está incluido en su formación por convertirse en tabú. Sin embargo, se conoce que se ha presentado casos de ITS más no se puede precisar datos específicos considerando que se carece de dicha información.

Considerando que la población son adolescentes, es necesario realizar actividades de promoción y prevención de la salud, también realizar investigaciones como la presente, titulada "Conocimientos y actitudes sobre Infecciones de transmisión sexual y VIH-SIDA en estudiantes de quinto año de educación secundaria de la Institución Educativa Mixta N° 72 San Martín de Porres.

ÍNDICE

Paginas

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1	Descripción de la realidad problemática	10
1.2	Delimitación de la investigación	10
1.3	Formulación del problema	14
1.3.1	Problema general	14
1.3.2	Problemas específicos	14
1.4	Objetivos de la investigación	15
1.4.1	Objetivo general	15
1.4.2	Objetivos específicos	15
1.5	Hipótesis de la investigación	15
1.5.1	Hipótesis general	15
1.5.2	Identificación y clasificación de variables e indicadores	16
1.6	Diseño de la investigación	18
1.6.1	Tipo de investigación	18
1.6.2	Nivel de investigación	18
1.6.3	Método	18
1.6.4	Diseño	18
1.7	Población y muestra de la investigación	18
1.7.1	Población	18
1.7.2	Muestra	18
1.7.3	Unidad de análisis	19
1.7.4	Criterio de inclusión	19
1.7.5	Criterio de exclusión	19
1.8	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	19
1.8.1	Técnica	19
1.8.2	Instrumentos	20
1.8.2.1	Validez del contenido	20
1.8.2.2	Prueba piloto	21
1.8.2.3	Confiabilidad del instrumento	23
1.9	Justificación e importancia de la investigación	24

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación	26
2.1.1. Antecedentes internacionales	26
2.1.2. Antecedentes nacionales	29
2.2 Bases teóricas	31
2.3 Definición de términos básicos	75

CAPÍTULO III PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1. Resultados	77
3.2 Discusión	101

CONCLUSIONES 103

RECOMENDACIONES 104

ANEXOS: 105

- Fuentes de Información
- Matriz de Consistencia
- Instrumento:
- Cuestionario de conocimientos
- Cuestionario de actitudes
- Juicio de tres expertos del instrumento

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA:

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) incluyendo el VIH- SIDA engloban a un grupo de enfermedades transmisibles de diversa etiología cuya forma predominante de contagio es a través de las relaciones sexuales.¹

Cada día, más de 1 millón de personas contraen una infección de transmisión sexual. Se estima que, anualmente, unos 500 millones de personas contraen alguna de las cuatro infecciones de transmisión sexual siguientes: candidiasis, gonorrea, sífilis o tricomoniasis. Más de 530 millones de personas son portadoras del virus que provoca el herpes genital. Más de 290 millones de mujeres están infectadas con el virus del papiloma humano (VPH), una de las ITS más comunes.²

Las infecciones de transmisión sexual son causa frecuente de enfermedad en todo el mundo, especialmente en la población adolescente y adulta. Sin tratamiento oportuno y producen secuelas importantes como infertilidad, embarazo ectópico, enfermedad inflamatoria pélvica, anomalías congénitas, estrechez uretral, entre otras. Las ITS son causadas por más de 30 bacterias, virus y parásitos diferentes, y se propagan predominantemente por contacto sexual, incluidos el sexo vaginal, anal y oral.²

Algunas ITS se pueden propagar por contacto sexual. Los organismos causantes de ITS también se pueden propagar por medios no sexuales, por ejemplo, las transfusiones de productos sanguíneos y los trasplantes

de tejidos. Muchas ITS, especialmente candidiasis, gonorrea, hepatitis B, VIH, VPH, herpes genital y sífilis, se pueden transmitir también de la madre al niño durante el embarazo y el parto. Entre los más de 30 agentes patógenos que se sabe se transmiten por contacto sexual, ocho se han vinculado a la máxima incidencia de enfermedades. De esas ocho infecciones, cuatro son actualmente curables, sífilis, gonorrea, candidiasis y tricomoniasis. Las otras cuatro, hepatitis B, herpes, VIH y VPH, son infecciones virales incurables que, no obstante, se pueden mitigar o atenuar con tratamiento.²

Las ITS tienen efectos profundos en la salud sexual y reproductiva en todo el mundo y figuran entre las cinco categorías principales por las que los jóvenes y adultos buscan atención médica. Pasar por la transición de la niñez para convertirse en un adulto sexualmente saludable, es uno de los mayores retos que se les presenta a los y las adolescentes. Una transición exitosa implica ser capaz de establecer relaciones con pares evitando adquirir una ITS o un embarazo no deseado. Sin embargo, la mayoría de jóvenes a nivel mundial, al cumplir los 20 años ya ha tenido relaciones sexuales.³

Muchos se iniciaron sin desearlo, por coerción o porque no planearon hacerlo, razón por la cual no se protegieron. Las y los jóvenes son especialmente vulnerables en las ITS incluyendo al VIH. La gran mayoría de tasas subestima las cifras de ITS para adolescentes sexualmente activos al incluir en el denominador también a los jóvenes que aún no se han iniciado sexualmente. Las infecciones por clamidia son las más frecuentes entre adolescentes con tasas que duplican las de individuos mayores de 20 años. La gonorrea, sífilis y VPH, entre otras, tienen también prevalencias altas en adolescentes. Las altas tasas de ITS en adolescentes representan un factor de vulnerabilidad adicional para adquirir el VIH. En algunas regiones del mundo, hasta la mitad de los casos de infección por VIH ocurre en menores de 25 años.³

Esta etapa de la adolescencia en la que factores biológicos, psicológicos, de desarrollo y socioculturales han incrementado las probabilidades de adquirir una ITS y el VIH, es muy singular en la vida. Los factores psicológicos y de desarrollo cognitivo como el pensamiento concreto, centrado en el presente o la incapacidad de conceptualizar el impacto a largo plazo de acciones presentes, y las dificultades para implementar tareas complejas, conllevan a que el/la adolescente se enfrente con frecuencia a situaciones de riesgo sin pensar en sus consecuencias, o que le sea difícil desarrollar una tarea “compleja” como la del uso del condón. Los factores socioculturales que estimulan el debut sexual más temprano, el mayor número de parejas sexuales o el mantenimiento de patrones de monogamia sexual consecutiva, también impiden al adolescente acceder a posibilidades de prevención.³

El comportamiento del VIH y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en el Perú es una epidemia concentrada, así el primer caso diagnosticado de SIDA fue en el año 1983 y hasta el 31 de diciembre del 2010, se han reportado 27 mil 161 casos de SIDA y 42 mil 886 casos notificados de VIH.⁴

Actualmente el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) representa una de las principales causas directas o indirectas de muerte en el mundo. El VIH se transmite a través del intercambio de ciertos fluidos del cuerpo, tales como la sangre, el semen, las secreciones vaginales y la leche materna. Para producir una infección, el virus tiene que pasar al cuerpo a través de la piel o de las membranas mucosas.⁴ Según datos de la Dirección General de Epidemiología se estima que a finales del año 2012, 35.3 millones de personas vivían con el VIH en todo el mundo de los cuales 31.1 millones eran adultos, 17.7 millones eran mujeres y 3.3 millones eran menores de 15 años. En su distribución por edad y sexo predomina una gran cantidad de menores de 15 años.⁴

Pese a que la vía más eficiente de transmisión es la endovenosa, la principal vía de transmisión a nivel mundial es la sexual, con un incremento progresivo de la vía heterosexual, lo que explica que en la actualidad, el 50% de la población infectada a nivel mundial sean mujeres. La distribución por sexo es similar en países de alta prevalencia del África sub Sahariana y del Caribe. Incluso en los países con patrón epidemiológico de distribución predominantemente homo/ bisexual, también se observa una tendencia progresiva a la feminización de la epidemia. En América Latina se observa un predominio hombre: mujer y continúa siendo muy importante la transmisión sexual entre hombres. La transmisión por drogadicción endovenosa está disminuyendo en la región, especialmente en Argentina, en que disminuyó de 40% a sólo el 5% de los casos nuevos la adquisición por esta vía.⁵

Hoy en día los adolescentes de ambos sexos confrontan un riesgo serio de infección por el VIH, que a su vez causa el SIDA. El SIDA es una enfermedad crónica y en la mayoría de los casos es mortal. A pesar de que existe un mayor entendimiento y consciencia, la infección del VIH es una amenaza seria para los adolescentes heterosexuales tanto como para los homosexuales. Cuando los adolescentes se toman ciertos riesgos, es más probable que se contagien con el VIH y que desarrollen el SIDA.

Siendo las ITS, incluido el VIH/SIDA, consideradas un problema de salud pública y tomando en cuenta la población vulnerable que este presenta, se consideró necesario y oportuno indagar sobre dicha problemática.

1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:

1.2.1 Delimitación Social: El trabajo tiene como población sujeto de estudio a los estudiantes de quinto año de educación secundaria de la Institución Educativa Mixta N° 72 “San Martín de Porres”.

1.2.2 Delimitación Temporal: El período de estudio fue en el año 2015.

1.2.3 Delimitación Espacial: La presente investigación se realizó en la Institución Educativa Mixta N° 72 “San Martín de Porres”, ubicada en la Av. Sucre 1277 en el distrito de Magdalena del Mar.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

1.3.1 PROBLEMA GENERAL:

- ¿Cuáles son los conocimientos y actitudes sobre Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-SIDA en estudiantes de quinto año de educación secundaria de la Institución Educativa Mixta N°72 San Martín de Porres, 2015?

1.3.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS:

- ¿Cuáles son los conocimientos sobre las medidas preventivas de las Infecciones de Transmisión Sexual y actitud hacia su aplicación en los estudiantes de quinto año de educación secundaria de la Institución Educativa Mixta N°72 San Martín de Porres, 2015?
- ¿Cuál es la actitud de los estudiantes en la prevención y control de las Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-SIDA en estudiantes de quinto año de educación secundaria de la Institución Educativa Mixta N°72 San Martín de Porres, 2015?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

1.4.1 OBJETIVO GENERAL:

- Determinar los conocimientos y actitudes sobre Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-SIDA en estudiantes de quinto año de

educación secundaria de la Institución Educativa Mixta N°72 San Martin de Porres, 2015.

1.4.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir los conocimientos sobre las Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA en los estudiantes de quinto año de educación secundaria de la Institución Educativa Mixta N°72 San Martin de Porres, 2015.
- Determinar las actitudes sobre las infecciones de transmisión sexual y VIH SIDA en los estudiantes de quinto año de educación secundaria de la Institución Educativa Mixta N°72 San Martin de Porres, 2015.

1.5 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN:

1.5.1 HIPÓTESIS GENERAL:

La presente es una investigación de tipo descriptiva por tal motivo no requiere hipótesis.

1.5.2 IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE VARIABLES E INDICADORES:

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	CRITERIO DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Conocimientos sobre ITS y VIH-SIDA	Es el conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje teórico sobre ITS y VIH-SIDA	Número de preguntas respondidas correctamente	ITS	Concepto Vías de Transmisión Clasificación Signos y síntomas	MALO (0 – 10) REGULAR (11-16) BUENO(> 16)	Cuestionario
			VIH	Concepto Vías de Transmisión Signos y síntomas Pruebas Laboratorio Tratamiento		
			SIDA	Concepto Signos y síntomas		

Actitudes sobre ITS Y VIH-SIDA	Estado del ánimo o comportamiento que se expresa de una cierta manera ante las ITS y VIH-SIDA	Valorización de respuestas negativas o positivas respondidas sobre las ITS y VIH-SIDA	ITS y VIH-SIDA	Uso del preservativo Prácticas sexuales Servicio sexual Alcohol y drogas Mitos	4-5 FAVORABLE < 4 DESFAVORABLE	Cuestionario
---	---	--	----------------	---	-----------------------------------	--------------

- **VARIABLE 1: Conocimientos sobre ITS y VIH-SIDA**
- **VARIABLE 2: Actitudes sobre ITS y VIH-SIDA**

1.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

1.6.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN:

La presente investigación es de tipo descriptivo y de corte transversal, porque describe los hechos de la misma muestra será tomada en una sola oportunidad.

1.6.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN:

Es de nivel aplicativo porque se realizó sobre hechos concretos y específicos, de carácter netamente utilitarios, orientados a la resolución de problemas específicos.

1.6.3. MÉTODO:

Es el método cuantitativo, ya que se realizó una recolección sistémica de información numérica, así como su análisis de información mediante procesos estadísticos, se utilizó Excel 2013 y SPSS versión 20.

1.6.4 DISEÑO:

No experimental, con enfoque cuantitativo.

1.7 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN:

1.7.1 POBLACIÓN:

La población de estudio está conformada por 200 estudiantes adolescentes de quinto año de educación secundaria de la Institución Educativa Mixta N° 72 San Martín de Porres, 2015.

1.7.2 MUESTRA:

Fue el 100% de la población sujeto de estudio.

1.7.3 UNIDAD DE ANÁLISIS:

El estudiante de quinto año de educación secundaria de la Institución Educativa Mixta N° 72 San Martín de Porres.

1.7.4 CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Todos los estudiantes de quinto año de educación secundaria que desearon participar voluntariamente en la encuesta.

1.7.5 CRITERIO DE EXCLUSIÓN:

Todos los estudiantes de quinto año de educación secundaria que no desearon participar en la encuesta.

1.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

1.8.1 TÉCNICAS:

Para la elaboración de la investigación se realizó desde el mes de febrero para la elección del tema y se fue desarrollando la investigación con las revisiones bibliográficas y la elaboración del instrumento, se ingresó a la dirección una carta de presentación firmada por la Directora Flor de María Escalante Celis que dirige la Facultad de Obstetricia y permiso para aplicar el instrumento, dirigida al Director de la Institución Educativa Mixta N° 72 San Martín de Porres.

El Director de la I.E. autoriza a mi persona realizar la aplicación del instrumento al quinto año de educación secundaria y se aplicó el instrumento en el mes de setiembre.

La aplicación del instrumento fue el cuestionario principal para recolectar la información que se necesita obtener, según las variables de estudio.

Posterior a esto se analizó la información mediante un proceso estadístico. Se utilizó el programa EXCEL 2013 y SPSS 20, para la

recolección y se calculó los promedios para determinar los conocimientos y actitudes sobre ITS y VIH-SIDA en los estudiantes de quinto año de educación secundaria, lo cuales son presentados en gráficos.

1.8.2 INSTRUMENTOS:

Para la presente investigación se realizó un diseño de instrumento basado en diversas revisiones y se tomó elementos base de estudio de investigaciones similares: Encuesta de línea de base sobre conocimientos, actitudes y practicas sobre salud sexual y VIH/SIDA en niños, niñas y adolescentes en Dajabón y Wanament⁶ y Los conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de los adolescentes ante las Enfermedades de Transmisión Sexual⁷ el cual estaba acorde a la presente investigación y estuvo conformado:

La primera parte de la investigación por datos y antecedentes generales está conformada por 10 ítems.

La segunda parte de la investigación por conocimientos está conformada por 17 ítems cuyas respuestas de selección múltiple y respuesta única.

La tercera parte de la investigación por actitudes está conformada por 13 ítems fue medido mediante la escala de Likert.

1.8.2.1 VALIDEZ DE CONTENIDO:

Los instrumentos fueron sometidos a un proceso de validez de contenido, que se realizó mediante el método de juicio de expertos. Este procedimiento se concretó mediante el juicio de 3 expertos, sobre la base de los siguientes indicadores: claridad, objetividad, actualidad, organización, suficiencia, intencionalidad, consistencia, coherencia, metodología y pertinencia de los ítems de la prueba con los indicadores y dimensiones de la variable de estudio.

Para la validez de contenido se realizó mediante el coeficiente de Holsti y dio como resultado valor= 1

$$\frac{N(m)}{1(m)+2(m)+3(m)} = \frac{3(7)}{7+7+7} = \frac{21}{21} = 1$$

N= número de jurado

m= ítems

N°	OBSETRAS	ESPECIALIDAD
1	José Pablo Juárez Vílchez	Obstetra- Sub Gerente Regional de Desarrollo Social Piura Magister en Salud Sexual y Reproductiva
2	Carmen Rosa Gamarra Figueroa	Ex – Decana Nacional del Colegio de Obstetras del Perú Obstetra Docente en Obstetricia en Pregrado y Post grado en la Universidad San Pedro y Universidad Privada de Huánuco
3	Silvia Segura Zuloaga	Obstetra Maestría en Salud Publica Responsable en participación comunitaria, vida sana del área de promoción de la Salud en el Hospital Huaycán

1.8.2.2 PRUEBA PILOTO:

Se realizó una prueba piloto de 30 estudiantes (femenino y masculino) de una institución educativa de características similares a las de la muestra en estudio, para evaluar el cuestionario, fue en un tiempo de 20 minutos que duró la prueba, en un área de estudio cómodo donde participaron los estudiantes, esta prueba piloto permite evaluar mediante una escala de clasificación de los puntajes de conocimientos según la técnica de Estaninos y la determinación de los puntos de corte:

$$A = \text{MEDIA} - 0.75 * \text{DESV.EST}$$

$$B = \text{MEDIA} + 0.75 * \text{DESV.EST}$$

$$A = 13.97 - 0.75 * 3.85$$

$$A = 11$$

$$B = 13.97 + 0.75 * 3.85$$

$$B = 16$$

N	Válidos Perdidos	30 0
Media		13,9667
Desv. Típ.		3,85499
Mínimo		6, 00
Máximo		20, 00

Lo cual se agrupo los resultados en 3 niveles:

CONOCIMIENTO	PUNTAJE
BUENO	>16
REGULAR	11-16
MALO	0-10

Esta prueba piloto también nos permite evaluar las actitudes, serán codificadas mediante la escala de Likert y la determinación del punto de corte. A las respuestas de los ítems positivos se les asignara los puntajes como se muestra a continuación:

- 1: Muy en desacuerdo
- 2: En desacuerdo
- 3: Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4: De acuerdo
- 5: Muy de acuerdo

Para las respuestas de los ítems negativos se invertirá la codificación.

El punto de corte se estableció en 4, es decir, puntajes promedio superiores o iguales a 4 se considera actitud favorable, en caso contrario la actitud se clasifica como desfavorable.

ESCALA (PROM)	CLASIFICACIÓN
< 4	DESFAVORABLE
4 - 5	FAVORABLE

1.8.2.3 CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO:

La confiabilidad se realizó con los datos obtenidos en la muestra piloto de 30 estudiantes. La confiabilidad de la prueba para medir conocimiento sobre ITS y VIH-SIDA se determinó por KR-20, desarrollado por Kuder Richardson, el cual requiere de una sola administración del instrumento de medición y produce valores que oscilan entre cero y uno. Los datos obtenidos en la muestra piloto, fueron ingresados al programa estadístico, obteniendo la siguiente confiabilidad:

$$KR20 = \frac{K}{K - 1} * \frac{VAR - \sum (P1 * Q1)}{VAR}$$

p_i = proporción de éxito para cada pregunta.

Q_i = proporción de incidente para cada pregunta.

$p_i Q_i$ = variación de cada pregunta.

VAR= variación de los puntajes totales

K= numero de Ítems

$$\sum (P*Q) = 3.27$$

$$K = 17$$

$$VAR = 9.37$$

KR20=0.691

KR>0.6 = Instrumento confiable

El coeficiente de confiabilidad por el Método KR20 es de 0.691, lo cual permite señalar que el cuestionario para medir conocimiento sobre ITS y VIH-SIDA resulto confiable. Por lo tanto es pertinente el uso de dicho instrumento para recoger información con respecto a conocimientos sobre ITS y VIH-SIDA.

La confiabilidad de la prueba para medir actitudes sobre ITS y VIH-SIDA se determinó por el Coeficiente de Alfa Cronbach, desarrollado por J. L. Cronbach. El coeficiente de confiabilidad por Alfa Cronbach es de 0.660, lo cual permite señalar que el cuestionario para medir actitudes sobre ITS y VIH-SIDA resulto confiable. Por lo tanto es pertinente el uso de dicho instrumento para recoger información con respecto a las actitudes sobre ITS y VIH-SIDA.

1.9 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN:

Las ITS y VIH-SIDA constituyen un grave problema de salud pública en la mayor parte de los países, las cuales afectan principalmente a la población de jóvenes los que se constituyen como la población más vulnerable a contraer una Infección de Transmisión Sexual, siendo un indicador de riesgo el comportamiento sexual de los mismos que los impulsan a tener relaciones sexuales a temprana edad. La misma curiosidad, el deseo de relacionarse con el sexo opuesto, los mismos compañeros hacen que éstos sean más propensos a estas infecciones.

Es importante la atención en el primer nivel lo cual a través de actividades de promoción y prevención que se desarrolla, orientar a los adolescentes y grupo de riesgo sobre temas relacionados a la sexualidad, ITS, VIH-SIDA, métodos anticonceptivos, con el fin de favorecer la adopción de estilos de vida sexual saludable disminuyendo los riesgos a que están expuestos.

Por estas razones resulto importante realizar este estudio en la Institución Educativa Mixta N°72 San Martín de Porres, y los resultados que se obtengan del presente estudio permitirán establecer medidas de promoción y prevención para brindar mayor información a la población en estudio y así mismo en población general.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN:

2.1.1 En el Ámbito Internacional:

Cortes A; García R. En su investigación titulada Intervención en el conocimiento, creencias y percepción de riesgo sobre infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA, la Habana (Cuba), en 2014. Objetivos: incrementar los conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual y el virus de inmunodeficiencia humana/sida y obtener una modificación de las creencias y percepción de riesgo hacia dichas enfermedades en educandos de la Facultad de Tecnología de la Salud del Municipio Cerro, La Habana. Material y Método: estudio cuasi experimental, de intervención, en el centro educacional de la Facultad de Tecnología de la Salud, del municipio Cerro, mediante la metodología establecida en el manual; esta consta de técnicas afectivas, participativas, de animación y reflexión, con profesores

promotores, previamente adiestrados sobre estos temas, los que posteriormente los replican hacia sus educandos. La muestra estuvo representada por 453 alumnos pertenecientes a cuatro especialidades de dicha institución. Resultados: se evidencia un aumento en los niveles de conocimientos, creencias y en la percepción de riesgo, con índices de incremento en porcentajes de 38,6%, 18,4% y 15,4 %, respectivamente.⁸

Orcasita L; López M. En su investigación titulada Conocimientos sobre riesgos frente a infecciones de transmisión sexual (ITS) en estudiantes universitarios de la ciudad de Cali (Colombia), en 2014. Objetivo: Identificar y describir las prácticas sexuales y riesgos frente a las ITS presentes en un grupo de estudiantes universitarios de la ciudad de Cali. Material y Método: El estudio es de tipo descriptivo- no experimental con un muestreo probabilístico, en total se encuestaron 110 estudiantes jóvenes universitarios con edades comprendidas entre los 15 y 24 años. La información se recogió mediante la aplicación del Cuestionario CCVSA, el cual indagaba sobre las principales prácticas sexuales que ejercen los universitarios, así como la percepción de riesgo frente a la presencia de ITS. Resultados: La mayoría de los estudiantes asumen riesgos asociados al no uso de medidas preventivas cuando asocian confianza y estabilidad en la relación de pareja, sin embargo se reporta múltiples parejas sexuales por año, aspecto que aumenta la posibilidad de contraer una ITS.⁹

Cardona J, Arboleda P. En su investigación titulada Conocimientos, actitudes y prácticas acerca de infecciones de transmisión sexual en adolescentes del Municipio de Caldas (Colombia), en 2013. Objetivo: Analizar los conocimientos actitudes y prácticas acerca de las infecciones de transmisión sexual en adolescentes escolarizados del municipio de Caldas (Antioquia, Colombia), según aspectos sociodemográficos. Material y Método: Estudio transversal en 567 adolescentes. Los datos se almacenaron y analizaron en SPSS 18.0 con base en proporciones, medidas de resumen, intervalos de

confianza para la diferencia de proporciones y pruebas no paramétricas como chi-cuadrado, H de Kruskal Wallis y U de Mann Whitney. Resultados: El nivel de conocimientos fue insatisfactorio, mientras que las actitudes y las prácticas fueron satisfactorias; solo se hallaron diferencias significativas en los conocimientos según la residencia, siendo mayor en los habitantes de zonas urbanas, y el nivel actitudes y prácticas fue significativamente mayor en las mujeres.¹⁰

Pavía Ruz N; Góngora Renán. En su investigación titulada Conocimientos, actitudes y percepción de riesgo en referencia al VIH/SIDA en población rural de Yucatán (México), en 2012. Objetivo. Determinar los conocimientos, actitudes y percepción de riesgo del VIH/SIDA en adultos de comunidades rurales de Yucatán, México. Material y Método. Se realizó un estudio cuantitativo de corte descriptivo; se obtuvo el tamaño de muestra a través de muestreo probabilístico utilizando la fórmula de proporciones, considerando los 38 albergues escolares distribuidos en cuatro centros coordinadores (Peto, Valladolid, Sotuta y Maxcanú) pertenecientes a la Comisión para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de Yucatán, México, durante 2003-2005, quedando constituida la muestra por 276 familias (552 jefes de familia, hombres y/o mujeres) a los que se les efectuó una entrevista estructurada por personal maya parlante. Resultados. Del total, 301 fueron mujeres y 251 hombres, con escolaridad mínima o analfabeta 42.5%/47.8% (mujeres/hombres). El medio de comunicación por el que se enteraron del SIDA fue la radio. El uso de condón como medida preventiva para VIH fue de sólo 3% y 5.5% en mujeres y hombres, respectivamente al tener sólo una pareja sexual no se consideraban en riesgo de adquirir VIH; 115 mujeres y 168 hombres realizaron movilidad poblacional y, de ellos, 7 mujeres y 22 hombres tuvieron prácticas sexuales en esos sitios; 2 mujeres y 17 hombres estuvieron concientes de la posibilidad de infectarse con esta práctica sexual ($p=0.0042$).¹¹

Díaz C; Cantillo L. En su investigación titulada Conocimientos sobre VIH/SIDA en Adolescentes de la Universidad Cartagena – Colombia, en

2011. Objetivo: Determinar el nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes de pregrado en modalidad presencial de una universidad en Cartagena de Indias 2011-II. Material y Método: Estudio descriptivo. Población 8706 estudiantes. Muestra 919 estudiantes. La información fue recolectada a través de “escala ECOVIH”, se califica de 0 a 10 puntos, a mayor puntaje mayor conocimiento, y una encuesta que valoró las características sociodemográficas. Error 3% y nivel de confianza 95%. Resultados: La edad promedio fue 18,4 años, las edades oscilaron entre 15 y 19 años; el 50,7% son mujeres y el 49,3% hombres. El 70% de los encuestados tienen “conocimientos regulares”, “conocimientos deficientes” el 19,8% y solo el 11,4% “buen nivel de conocimientos”. Las mujeres tienen mejores conocimientos que los hombres logrando un promedio de 5,8 y 4,8 respectivamente. Las áreas que obtuvieron mejores puntajes fueron: área de la salud con 6,8, ciencias económicas y exactas 5,2 y humanidades y educación 5,3.¹²

2.1.2 En el Ámbito Nacional:

Leguía J, Niño B. En su investigación titulada Nivel de conocimientos sobre VIH-SIDA en una Institución Educativa de José Leonardo Ortiz – Chiclayo- Perú. Marzo – Mayo- 2011. Objetivo: Determinar el nivel de conocimientos sobre el VIH-SIDA que existe en un Colegio de José Leonardo Ortiz. Marzo-Mayo 2011, y relacionarlos según género, edad, fuente de información, ingreso económico y percepción aparente de conocimiento. Material y Método: Estudio descriptivo, transversal y observacional. Con el programa Epidat, se seleccionó de manera no probabilística una muestra de 348, con una proporción de estudios previos 59,1%, nivel de confianza de 95,0%, con una precisión del 4,2% y un tamaño poblacional de 1122. Criterios de inclusión: Alumnos de los tres últimos años de la educación secundaria regular, ambos sexos. Y como criterios de exclusión: la no aceptación del desarrollo del cuestionario, y los alumnos que hayan desarrollado de forma parcial o con más de dos respuestas por cada pregunta. Muestreo de manera probabilístico sistemático. Resultados: Se halló según el nivel de

conocimientos: La mayor parte de la población de nivel Bajo (58,3%), seguido de nivel Medio (22,7%) y por ultimo un nivel de conocimientos Alto (19,0%).¹³

Sánchez Romero Victor. En su investigación titulada Conocimientos y actitudes acerca de las ITS y el VIH/Sida de los adolescentes varones en dos comunidades zonales de Chimbote-Perú en 2010. Objetivo: Describir el conocimiento y las actitudes sexuales acerca de las ITS y el VIH/SIDA que tienen los adolescentes varones de dos comunidades zonales de Chimbote - Perú en el año 2010. Material Y Método: Investigación cuantitativa, de nivel descriptivo transversal, de ámbito comunitario. Se aplicó una encuesta voluntaria a 100 adolescentes varones de 10 a 19 años de edad con domicilio en el pueblo joven 2 de Junio y la urbanización Laderas del Norte, de Chimbote, durante los meses de abril y mayo de 2010. Resultados: Edad media 15,2 años. La fuente de información citada con más frecuencia y la más importante fueron los medios de comunicación (52%). 28% de varones refieren relaciones sexuales con una edad media de iniciación sexual de 14,7 años, con un rango de 12 a 18 años, habiendo tenido el 64,3% su primera relación coital antes del primer año de relación. El 99% sabía dónde recurrir en situaciones de riesgo. El 75% de varones desconoce las dimensiones básicas sobre las ITS y el VIH/SIDA; y el 74% presenta actitudes desfavorables hacia estas enfermedades.¹⁴

Vásquez DS. Rojas G. En su investigación titulada Conocimiento en VIH/SIDA y comportamiento sexual en estudiantes de la UNAP, Iquitos, Perú 2009. Objetivo: Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y comportamiento sexual en estudiantes del 1er. Nivel de las 13 facultades de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana de la ciudad de Iquitos durante el periodo 2009. Cuyo alcance es llevar a la práctica estrategias preventivas. El tipo de estudio es descriptivo correlacional, realizado en una muestra de 286 estudiantes, Para el efecto de la recolección de datos se seleccionó como técnicas la encuesta y test, y como instrumentos: Cuestionario de conocimiento y test tipo Likert.

Resultados: 83.6% tienen edades de 17 a 20 años, seguido del grupo de 21 a 24 años (10.1%). Siendo 52.4 % del sexo masculino y, 47.6 % del sexo femenino, su estado civil 96.2% solteros, 2.1% casados y, 1.7% convivientes. 62.6% evidencian adecuados conocimientos sobre VIH/SIDA y 37.4% inadecuado conocimiento. 61.8% del grupo constituido por mujeres refieren tener conducta sexual de bajo riesgo y, del grupo de varones, 76% también refieren conducta sexual de bajo riesgo, pero 11.8% y 15.3% tanto en mujeres como en varones respectivamente refieren tener una conducta sexual de alto riesgo. 69.2% evidencian inadecuado conocimiento sobre VIH/SIDA y refieren conducta sexual de alto riesgo, 64.1% evidencian adecuado conocimiento sobre VIH/SIDA y, refieren conducta sexual de bajo riesgo y, 81.6% evidencian adecuado conocimiento sobre VIH/SIDA y refieren conducta sexual sin riesgo. Se aplicó la prueba χ^2 , obteniéndose $\chi^2_c = 24.657$ $p = .000$ el que nos permite aceptar la hipótesis planteada.¹⁵

2.2 BASES TEÓRICAS:

EL CONOCIMIENTO: Puede definirse como una determinación del sujeto por el objeto. El sujeto se conduce receptivamente frente al objeto, esto significa pasividad, al contrario puede hablarse de una actividad y espontaneidad del sujeto en el conocimiento. Al determinar el sujeto al objeto, se muestra trascendente a él.

Los objetos se dividen en reales e irreales. Real es todo lo que nos es dado en la experiencia externa o interna o indiferente a ella y lo irreal son los objetos, ideales meramente pensados.

El conocimiento es la representación o la imagen o la estructura objetiva, necesaria, universal, fundamentada, de las cualidades características de un objeto.

Según Mario Bunge: el conocimiento se define como el conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados vago e inexacto, clasificándolo en “el conocimiento ordinario es

vago e inexacto limitado por la observación y el conocimiento científico es racional, analítico, sistemático, verificable a través de la experiencia

Elementos principales del conocimiento:

- El sujeto que conoce o sujeto cognoscente.
- El conocimiento mismo, llámese esta representación, imagen, estructura.
- El objeto que es conocido u objeto conocido.

Todo conocimiento resulta del contacto entre un sujeto y un objeto. Del contacto surge la representación o imagen o estructura.

El sujeto, por así decirlo, produce la representación o imagen o estructura, que recoge las características propias del objeto.¹⁶

Características del conocimiento:

Objetivo: Porque es una representación de las características que efectivamente posee el objeto.

Necesario: Porque la representación o la idea del objeto es acertada, porque no puede ser de otro modo de como el objeto es en la realidad.

Universal: Porque es válido en principio para todos los sujetos cognoscentes, razón por la cual puede establecerse la comunidad del conocimiento.¹⁶

El conocimiento y sus niveles:

Mediante el conocimiento, el hombre penetra las diversas áreas de la realidad para tomar posesión de ella, y la propia realidad presenta niveles y estructuras diferentes en su constitución. Así, a partir de un ente, hecho o fenómeno aislado, se puede ascender hasta situarlo dentro de un contexto más complejo, ver su significado y función, su naturaleza aparente y profunda, su origen, su finalidad, su subordinación a otros entes, en fin, su estructura fundamental. Esta complejidad de lo real, objeto del conocimiento, dictará necesariamente formas diferentes de

apropiación por parte del sujeto cognoscente; estas formas darán los diversos niveles del conocimiento según el grado de penetración de éste y la consiguiente posesión de la realidad en el área o estructura considerada. Al ocuparse del hombre, por ejemplo, puede considerársele en su aspecto externo y aparente, según el dictamen del buen sentido o la experiencia diaria. Se le puede estudiar con espíritu más serio, investigando experimentalmente las relaciones (existentes) entre ciertos órganos y sus funciones. Se puede también indagar en cuanto a su origen, su libertad y su destino. Y, finalmente, se puede investigar lo que fue dicho del hombre por Dios a través de los profetas. Lo anterior da lugar a cuatro niveles de conocimiento sobre la misma realidad, el hombre. Tratamiento idéntico puede darse a otros objetos de conocimiento, por ejemplo, de la naturaleza.

Se diferencian entonces según el caso los niveles: empírico, científico, filosófico y teológico del conocimiento.

Conocimiento Empírico:

Se le llama también "vulgar" o "popular" y se obtiene por azar, luego de innumerables tentativas cotidianas. Es ametódico y asistemático. Permite al hombre conducirse en la vida diaria, en el trabajo, en el trato con los amigos y en general manejar los asuntos de rutina. Una característica de este conocimiento es el ser indispensable para el comportamiento diario y por lo mismo a él recurren todos por igual: cineastas, burócratas, voceadores de productos, biólogos, artistas, etc. El conocimiento vulgar no es teórico sino práctico; no intenta lograr explicaciones racionales; le interesa la utilidad que pueda prestar antes que descifrar la realidad. Es propio del hombre común, sin formación, pero con conocimiento del mundo material exterior en el cual se halla inserto. En cuanto al alcance, lo único real es lo que se percibe; lo demás no interesa. A través del conocimiento empírico el hombre común conoce los hechos y su orden aparente y surte respuestas (explicaciones) concernientes a las razones de ser de las cosas, pero muy pocas preguntas acerca de las mismas;

todo ello logrado por experiencias cumplidas al azar, sin método, y al calor de las circunstancias de la vida, por su propio esfuerzo o valido del saber de otros y de las tradiciones de la colectividad. Su fuente principal son los sentidos. Toda esta clase de conocimientos es lo que puede catalogarse también como "saberes". Podría quizás catalogarse como subclases del conocimiento vulgar la superstición y la sabiduría popular.

Conocimiento Científico:

Va más allá del empírico; por medio de él, trascendido al fenómeno, se conocen las causas y las leyes que lo rigen. Conocer, verdaderamente, es conocer por las causas; saber que un cuerpo abandonado a sí mismo cae, que el agua asciende en un tubo en el que se ha hecho vacío, etc. no constituye conocimiento científico; solo lo será si se explican tales fenómenos relacionándolos con sus causas y con sus leyes. La diferencia que el conocimiento científico tiene con el conocimiento más o menos espontáneo que preside la vida cotidiana, "el mundo del manipular", según Karel Kosic, es antes que nada el rigor que pretende imponer a su pensamiento. El conocimiento científico elabora y utiliza conceptos, desterrando así las ambigüedades del lenguaje cotidiano.¹⁵

El conocimiento científico es objetivo, racional, sistemático, general, falible, metódico. Además, son sus características el desinterés y el espíritu crítico. El carácter abierto del conocimiento científico lo aparta considerablemente de todo dogma o verdad revelada, con pretensiones de infalibilidad. Es rasgo esencial del conocimiento científico su afán de demostración. La ciencia y el pensamiento científico no toleran las afirmaciones gratuitas. Una afirmación -cualquiera que sea- solo alcanza rango científico cuando es fundamentada.

Ahora bien, entre los muchos rasgos que describen al conocimiento científico es esencial el que éste resulta de una definida combinación entre componentes teóricos y componentes empíricos, entre "lo endógeno" y "lo exógeno". De otra parte, lo específico del conocimiento

científico puede ser nombrado con el término tradicional de "explicación científica", ya que todo producto que se reconozca como "conocimiento científico" debe cumplir como requisito fundamental que culmine en una "explicación científica", o que realice algunas de sus fases preliminares.¹⁷

Conocimiento Filosófico:

Se distingue del científico por el objeto y por el método. El objeto de la filosofía son las realidades inmediatas no perceptibles por los sentidos (suprasensibles), que traspasan la experiencia (método accionar). Se parte de lo concreto material hacia lo concreto supramaterial, de lo particular a lo universal. El conocimiento filosófico es un interrogar, un continuo cuestionar sobre sí y sobre la realidad. No es algo hecho, acabado. Es una búsqueda constante de sentido, de justificación, de posibilidades, de interpretación al respecto de todo aquello que rodea al hombre y sobre el hombre mismo, en su existencia concreta. La esencia de la filosofía es la búsqueda del saber y no su posesión.

El conocimiento filosófico procura comprender la realidad en su contexto más universal. No da soluciones definitivas para un gran número de interrogantes, pero habilita al hombre en el uso de sus facultades para ver mejor el sentido de la vida concreta. En el campo del conocimiento filosófico siempre estarán en juego las categorías de esencia, universalidad, necesidad, fundamental.

Conocimiento Teológico:

Es un conocimiento revelado, que implica siempre una actitud de fe y ocurre cuando, sobre algo oculto o un misterio, hay alguien que lo manifiesta y alguien pretende conocerlo. El misterio, aquello culto que provoca curiosidad y lleva a la búsqueda, puede estar ligado o datos de la naturaleza, de la vida futura, de la existencia de lo absoluto, etc. Aquel que manifiesta lo oculto es el revelador. Podrá ser el propio hombre o Dios. Aquel que recibe la manifestación tendrá fe humana si el revelador

es algún hombre; tendrá fe teológica si es Dios el revelador. El conocimiento revelado relativo a Dios, aceptado por fe teológica constituye el conocimiento teológico. A ese conjunto de verdades el hombre llega, no con el auxilio de su inteligencia sino por aceptación de los datos de la revelación divina. Se vale del argumento de autoridad. Son los conocimientos adquiridos a través de los libros sagrados y aceptados racionalmente después de haber pasado por la crítica histórica más exigente.

LA ACTITUD: Es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas. En este sentido, se puede decir que es su forma de ser o el comportamiento de actuar, también puede considerarse como cierta forma de motivación social de carácter, por tanto, secundario, frente a la motivación biológica, de tipo primario- que impulsa y orienta la acción hacia determinados objetivos y metas. Eiser define la actitud de la siguiente forma: predisposición aprendida a responder de un modo consistente a un objeto social.

En la Psicología Social, las actitudes constituyen valiosos elementos para la predicción de conductas. Para el mismo autor de la obra fish, la actitud se refiere a un sentimiento a favor o en contra de un objeto social, el cual puede ser una persona, un hecho social, o cualquier producto de la actividad humana.

Basándose en diversas definiciones de actitudes, Rodríguez definió la actitud como una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto. Las actitudes son consideradas variables intercurrentes, al no ser observables directamente pero sujetas a inferencias observables.¹⁸

Componentes de la actitud:

Rodríguez distingue tres componentes de las actitudes:

Componente cognoscitivo: para que exista una actitud, es necesario que exista también una representación cognoscitiva de objeto. Está formada por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la información que tenemos sobre un objeto. En este caso se habla de modelos actitudinales de expectativa por valor, sobre todo en referencia a los estudios de Fishbein y Ajzen. Los objetos no conocidos o sobre los que no se posee información no pueden generar actitudes. La representación cognoscitiva puede ser vaga o errónea, en el primer caso el afecto relacionado con el objeto tenderá a ser poco intenso; cuando sea errónea no afectará para nada a la intensidad del afecto.¹⁸

Componente afectivo: es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social. Es el componente más característico de las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones - que se caracterizan por su componente cognoscitivo.

Componente conductual: es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud.

Para explicar la relación entre actitud y conducta, Fishbein y Ajzen, han desarrollado una teoría general del comportamiento, que integra un grupo de variables que se encuentran relacionadas con la toma de decisiones a nivel conductual, ha sido llamada Teoría de la acción razonada.

La psicología social distingue un estudio de la estructura intra- actitudinal de la actitud, para identificar la estructura interna, de un estudio de la estructura inter-actitudinal.¹⁸

Las funciones de las actitudes: En los procesos cognitivos, emotivos, conductuales y sociales, son múltiples. La principal función resulta ser la cognoscitiva. Las actitudes están en la base de los procesos cognitivos-emotivos prepuestos al conocimiento y a la orientación en el ambiente. Las actitudes pueden tener funciones instrumentales, expresivas, de adaptación social (como en los estudios de Sherif sobre la actitud en relación al ingroup, el propio grupo de referencia y el outgroup, el grupo

externo), ego defensivo (un ejemplo clásico es el estudio sobre la personalidad autoritaria de Adorno en los años 50).¹⁸

Este concepto resulta central en toda la psicología social porque tiene una aplicación en muchos campos distintos:

- Frente a objetos o conductas específicas con finalidad predictiva de la conducta, en los estudios de mercado.
- Grupos o minorías étnicas, mediante el estudio de los prejuicios y de los estereotipos.
- Fines y objetivos abstractos, donde este tipo de actitud está definido como valor personal.
- La actitud en relación a sí mismo, definida como autoestima.

Actitud y sociología: El concepto de actitud, como una tendencia a responder de igual manera en iguales circunstancias, no sólo es de interés en Psicología Social sino también en Sociología.

Desde el punto de vista afectivo, es posible encontrar algunas actitudes básicas en el hombre, que servirán para describir su comportamiento social del mundo

Baruch de Spinoza, en su “Ética” describe al amor como la tendencia a compartir penas y alegrías de nuestros semejantes, mientras que al odio lo describe como la tendencia a alegrarnos del sufrimiento ajeno y a entristecernos por su alegría.

Si a estas actitudes les agregamos el egoísmo, como tendencia a interesarnos sólo por cada uno de nosotros mismos y a la negligencia como tendencia a desinteresarnos por todos, tenemos prácticamente cubierta la totalidad de las actitudes afectivas posibles.¹⁸

Podemos decir que todo ser humano posee, en distintas proporciones, algo de amor, algo de odio, de egoísmo y de negligencia, preponderando una de ellas en cada caso.

Es posible hablar de una “actitud característica” en cada persona, por lo que habrá tantas actitudes distintas como personas existan en el mundo.

Dicha actitud, precisamente, caracteriza a cada ser humano y no es algo fijo o permanente, sino que puede cambiar debido a la educación o bien a la influencia recibida desde el medio social.

Tanto en Psicología Social como en Sociología se buscan variables observables y cuantificables que sirvan de soporte a descripciones que puedan encuadrarse en el marco de la ciencia experimental, de ahí que es posible definir a la actitud característica como el cociente entre respuesta y estímulo: $A = R/E$

Así, la actitud del amor implica compartir penas y alegrías (que habría de ser la respuesta), mientras que el estímulo serían las penas y alegrías originales que luego habríamos de compartir.

Si asociamos el bien al amor, mientras que al odio, al egoísmo y la negligencia les asociamos el mal, disponemos de una ética elemental que podrá incluirse en una descripción compatible con el método de la ciencia.¹⁸

LA ADOLESCENCIA. La adolescencia es un proceso de maduración física, síquica y sexual, que marca la transición entre la infancia y la mujer adulta. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define que es una etapa de la vida comprendida entre los 10 y 19 años y se subdivide en 3 etapas: la adolescencia temprana de 10 hasta los 13 años, la adolescencia media de 14 a 16 años y la adolescencia tardía de 17 a 19 años.¹⁹

DEFINICIÓN INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL:

Son infecciones de transmisión sexual que se transmiten de una persona infectada a otra que está sana, por contacto sexual (vaginal, oral o anal) especialmente si no se utiliza preservativo o condón. Estas infecciones pueden ser ocasionadas por diversos microorganismos como virus, parásitos, hongos o bacterias.²⁰

Se transmite a través de las relaciones sexuales con alguien que tiene una ITS. Algunas ITS también pueden ser transmitidas de la madre al hijo (durante la gestación, el parto o la lactancia) y por transfusiones de sangre.

Las ITS facilitan la transmisión del VIH por:

a. Ruptura de las barreras protectoras:

- Ruptura del epitelio en úlceras genitales.
- Erosiones microscópicas en el cérvix de mujeres con Gonorrea y/o infección por Clamidia.

b. Mayor concentración de células como los linfocitos y monocitos en los procesos inflamatorios de los genitales:

- Aumentando la susceptibilidad de las personas no infectadas debido a la mayor presencia de células blanco para el VIH en las zonas donde están instalados los procesos inflamatorios.
- Aumentando la infecciosidad de las personas infectadas debido al incremento de células infectadas por el VIH en las zonas donde están instalados los procesos inflamatorios. En el caso de la vaginosis bacteriana se postula un mecanismo adicional de facilitación. Normalmente el pH vaginal bajo (< 4.5) inhibe la activación de los linfocitos CD4 lo que puede reducir el número de células blanco para el VIH en la vagina. Además se ha demostrado que el peróxido de hidrógeno (H₂O₂) producido por los lactobacilos tiene efecto viricida contra el VIH. En la vaginosis bacteriana se produce la disminución de los lactobacilos (productores de peróxido de hidrógeno) y la alteración del pH vaginal (incremento) que podría condicionar un aumento en el riesgo de infección por VIH en mujeres con vaginosis bacteriana.

Por otro lado, existe suficiente información que sugiere que en personas infectadas con el VIH existe un incremento en la severidad de las manifestaciones clínicas y en la infectividad de diversas ITS, así como una respuesta reducida a los regímenes terapéuticos convencionales.

Las complicaciones derivadas de las ITS suelen ser graves o muy severas e incluso mortales.

Las ITS causan complicaciones en el hombre, la mujer y el neonato:

- a. En hombres:** Puede producirse infertilidad como resultado de una uretritis o de una epididimitis, como suele ocurrir en las infecciones por gonococo o clamidia. Del 10% al 30% de los hombres con uretritis gonocócica que no han recibido tratamiento alguno desarrollarán epididimitis, y de éstos, el 20% al 40% pueden presentar infertilidad.
- b. En mujeres:** Las complicaciones producto de las ITS y otras infecciones del tracto reproductivo son más severas y frecuentes. Debido a que un alto porcentaje de infecciones son asintomáticas las pacientes no buscan servicios de salud a tiempo para prevenir complicaciones.

Entre las complicaciones tenemos:

- Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI)
- Embarazo ectópico.
- Infertilidad.
- Complicaciones durante el embarazo, parto y/o puerperio.
- Cáncer de cuello uterino causado por el virus del papiloma humano.

Una de las complicaciones más importantes es la infertilidad, que resulta de cicatrices producidas en las trompas de Falopio después de una infección por Gonorrea, Clamidia y probablemente vaginosis bacteriana que inicialmente produjeron una Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI). Se estima que el riesgo de infertilidad luego de un episodio de EPI sin

tratamiento es de 15-25% y se eleva a 60% luego del tercer episodio. Además una EPI aumenta 7 a 10 veces más la posibilidad de un embarazo ectópico. El riesgo de embarazo ectópico para una mujer que ha tenido EPI es 6 a 10 veces mayor que el de una mujer sin historia de EPI. La fertilización podría ocurrir con una obstrucción tubárica parcial, pero el riesgo de implantación en las trompas de Falopio u otro lugar fuera del útero (embarazo ectópico) es alto en estos casos. La ruptura del embarazo ectópico, junto a las complicaciones de aborto e infección postparto, son causas prevenibles de muerte materna, que son problemas comunes en lugares con alta prevalencia de ITS y EPI.

Las ITS son causa importante de complicaciones durante el embarazo.

Los abortos tardíos y natimueertos se pueden asociar a la infección de la placenta o el saco amniótico (corioamnionitis) debido a enfermedades de transmisión sexual y al sobre crecimiento bacteriano asociado a vaginosis bacteriana. Las ITS también puede conllevar a la ruptura prematura de membranas y/o parto prematuro contribuyendo a los nacimientos pretérmino, complicaciones en el recién nacido y recién nacidos de bajo peso. Las ITS se pueden asociar a infecciones congénitas como en el caso de sífilis, gonorrea, clamidia, VHS-2, hepatitis B y VIH que pueden causar ceguera, invalidez y muerte neonatal.

c. En el neonato: Por trasmisión de la madre gestante durante el embarazo o durante el momento del parto. Entre las infecciones neonatales más frecuentes están las infecciones oculares producidas por *Neisseria gonorrhoeae* o *Chlamydia trachomatis*, que pueden culminar en ceguera. Del 30% al 50% de los niños expuestos a Gonorrea durante el parto y sin tratamiento preventivo desarrollarán Oftalmía Neonatorum. De los niños afectados que no reciben tratamiento adecuado, el 1% al 6% desarrollarán daños irreparables en la visión. La Sífilis, ocasiona un amplio espectro de manifestaciones en el recién nacido, con alteraciones morfológicas o fisiológicas que condicionan un elevado índice de morbimortalidad.

d. Otras consecuencias: El virus del papiloma humano (VPH), que es una ITS, incrementa el riesgo del cáncer cervical, siendo una de las causas de muerte por cáncer más frecuente en mujeres. El VIH es transmitido más fácilmente cuando otras ITS están presentes. En regiones donde tienen alta prevalencia de VIH también tienen altas tasas de ITS curables.

FACTORES QUE INFLUENCIAN LA TRANSMISIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y EL VIH-SIDA:

Son enfermedades infecciosas cuya transmisión depende principalmente del comportamiento de los individuos y su entorno. Las epidemias de ITS se desarrollan a través de fases predecibles, moldeadas por la interrelación de los agentes patógenos, el comportamiento de los grupos poblacionales en los que se desarrolla, y los esfuerzos para prevenirla. Las redes sociales y sexuales que condicionan la epidemia se ubican en grupos de población caracterizados por un alto intercambio de parejas sexuales (grupo núcleo) y un pobre contacto con el sistema de salud. Para que se produzca la transmisión de una ITS, una serie de factores sociales, de comportamiento y biológicos tienen que concurrir.

FACTORES SOCIALES QUE INFLUENCIAN LA TRANSMISIÓN:

Fracaso en el cumplimiento en la adopción de medidas de “sexo seguro” (que disminuyen la transmisión de las ITS y el VIH/SIDA), como el tener una sola pareja sexual y ser mutuamente fieles, o el uso de condón. Hay muchas razones por las que la gente no tiene sexo seguro entre ellas:

- Se desconoce que es “sexo seguro”
- Presiones sociales que empujan a los/las adolescentes a iniciar tempranamente las relaciones sexuales.

- Roles sociales que fomentan los patrones de infidelidad (especialmente en varones).
- No se tiene acceso a condones
- No les gusta usar condones
- Razones culturales o religiosas impiden que las personas sexualmente activas usen condones

RETRASO EN LA BÚSQUEDA DE SERVICIOS DE SALUD CUANDO SE TIENE UNA INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL:

- Algunas razones por las que no se realizan diagnósticos ni se dan tratamientos tempranos se mencionan a continuación:
- Muchas personas no saben cuáles son los síntomas de las ITS
- Muchas ITS no tienen síntomas (especialmente en mujeres) y los pacientes pueden tenerlas sin saberlo.
- Los servicios de salud no son adecuados o no están al alcance del paciente.
- Los servicios de salud no tienen los medicamentos adecuados
- Muchas personas prefieren acudir a proveedores alternativos (curanderos etc.).
- Hay un estigma asociado a tener una ITS lo que hace que la persona retrase al máximo el acudir a un servicio de salud o al médico.
- La costumbre de no completar el tratamiento: un tratamiento es efectivo solo si se toma la dosis completa. Sin embargo mucha gente recibe tratamientos parciales por costos o creencias (basta sentirse mejor para parar el tratamiento).

No se brinda la oportunidad de tratamiento a la(s) pareja(s) sexual (es), por temor a informarles de lo que se trata, o por desconocimiento de la necesidad e importancia del tratamiento de la pareja. Al inicio de la sesión, es común que el (la) consultante no sepa por dónde empezar. El (la) consejero (a) puede referirse a este hecho diciendo, por ejemplo: “Sé que es difícil hablar sobre el tema...”, “esto sucede frecuentemente...”

(Guarde silencio). Se sugiere mirar a los ojos y tener una postura que muestre interés y empatía. Si el silencio se produce en el desarrollo de la sesión, generalmente es porque el (la) consultante requiere de un tiempo para reflexionar, decidir o expresar sus sentimientos. El (la) consejero (a) debe guardar silencio y utilizar la técnica del reflejo, que es repetir la última frase que dijo el (la) consultante. Esta acción propiciará nuevamente el diálogo.

FACTORES DE COMPORTAMIENTO DE LOS INDIVIDUOS O FACTORES DE “RIESGO”:

Debido a que la principal forma de transmisión de las ITS son las relaciones sexuales hay una serie de factores que incrementan el riesgo de infección:

- Tener una nueva pareja sexual.
- Tener más de una pareja sexual.
- Tener una pareja que tiene otras parejas sexuales.
- Tener relaciones sexuales con parejas “casuales” (amigos/as, “vacilones, etc).
- Tener relaciones sexuales con trabajadoras sexuales o con clientes de trabajadoras sexuales.
- El uso de drogas o alcohol. Estos interfieren con la capacidad de las personas de tomar decisiones al respecto de con quién y cómo tener relaciones sexuales.
- Continuar teniendo relaciones sexuales estando con síntomas de una ITS.
- No usar condón en aquellas situaciones de riesgo (como las mencionadas) exponiendo a la(s) pareja(s) a un riesgo alto de infección.
- Si se tiene una ITS, no informar a la pareja(s) sexual (es) que necesita(n) tratamiento.

FACTORES BIOLÓGICOS QUE INFLUENCIAN LA TRANSMISIÓN:

- La edad: las mujeres jóvenes son especialmente susceptibles de adquirir ITS por características de la vagina y cérvix que aún no han desarrollado completamente los mecanismos de defensa como el pH ácido, moco cervical espeso o menor grado de ectopia y exposición del epitelio.
- Muchas Infecciones de Transmisión Sexual pueden ser asintomáticas. Las personas con ITS que no presentan síntomas pueden diseminar la enfermedad sin incluso saber que ellos (as) lo tienen. Esto complica los programas de control y tratamiento puesto que no es sencillo localizar a los pacientes asintomáticos.
- Características de los agentes biológicos: Existe resistencia de algunas bacterias (como las que causan gonorrea y chancroide) a los antibióticos. Este problema requiere cambios en las opciones y uso de drogas cada vez más caras para lograr el control de las enfermedades. Para las ITS virales como el VIH, el VPH y el herpes no hay tratamiento efectivo, esto condiciona que las personas infectadas con estos virus puedan seguir contagiando durante toda su vida si tienen relaciones sexuales sin protección, manteniendo alta la prevalencia de estas infecciones.
- Diferencias por sexo: En general el riesgo de infección de un varón con ITS a un varón sano durante las relaciones sexuales penetrativas. Las mujeres tienen una mayor superficie de exposición (toda la pared de la vagina) con respecto a los varones (uretra). En el caso de la Gonorrea, el 80% de las mujeres se contagiarán después del contacto sexual con un hombre infectado, mientras que el 30% de los varones contraerá la infección luego de tener contacto con una mujer infectada. Otros factores que influyen son la circuncisión masculina y el uso de anticonceptivos.

- Una vez producida la infección, los factores que influenciarán en la aparición de complicaciones o en la continuidad de la transmisión de las ITS, serán el acceso, aceptación y calidad de los establecimientos de salud, encargados de atender a la población afectada.

SITUACIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRANSMIÓN SEXUAL EN EL PERÚ:

En el Perú, el sistema de vigilancia epidemiológica tiene limitaciones que no permiten estimar la magnitud real de las ITS. La información proveniente de estudios transversales evidencia que existe una elevada frecuencia de estas enfermedades que contrasta con la escasa demanda de servicios de salud. Esta situación es explicada por la inadecuada percepción de riesgo, la falta de reconocimiento de los síntomas, el carácter asintomático de muchas ITS, y la carencia de servicios de ITS accesibles. La integración de los servicios de ITS en el primer nivel de atención y la creación de centros modelo de atención de ITS ayudarán a revertir esta situación.

Un estudio realizado entre 600 hombres y mujeres del Cono Norte de Lima (Sánchez, 1992), relacionó la seroprevalencia de siete ITS con una encuesta de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas sexuales, y demostró que existen diferencias de género en las prácticas sexuales, la prevalencia de diferentes ITS y los factores de riesgo relacionados.

Asimismo este estudio encontró que:

El número promedio de parejas sexuales durante toda la vida entre hombres (10.6 parejas) excedió el de mujeres (1.2), aun cuando la prevalencia de anticuerpos contra patógenos causantes de ITS fue 2.8 veces más frecuente entre mujeres que entre hombres.

El 37% de los hombres con experiencia sexual participantes en el estudio reconocieron haber tenido relaciones sexuales con una trabajadora sexual (TS) durante el año previo, la mitad de las veces sin usar condón.

Entre varones, tener sexo con una TS usando condón menos de la mitad de las veces fue el único factor independiente asociado a tener evidencia serológica de ITS.

Entre mujeres, luego de ajustar por el efecto de la edad, los anticuerpos contra ITS estuvieron asociados con el número de parejas sexuales y con la edad de inicio de relaciones sexuales.

El 23% de 64 mujeres con inicio sexual antes de los 18 años tenían anticuerpos contra *Chlamydia trachomatis*, en contraste con el 9% de 140 mujeres cuya edad de inicio sexual fue luego de los 18 años de edad. Esta asociación persistió luego de ajustar el efecto de edad y número de parejas sexuales.

Por el contrario, el número de parejas sexuales, pero no la edad de inicio sexual, estuvo asociado a anticuerpos contra el virus del Herpes tipo 2 entre mujeres. Otro, reciente estudio de base poblacional desarrollado en más de 15,000 adultos jóvenes en 24 ciudades del Perú (PREVEN 2002) muestra la alta frecuencia de ITS en varones y mujeres, la alta frecuencia de conductas de riesgo y el bajo uso de condón. Estas evidencias, así como los estudios descritos en las Tablas 4 y 5 demuestran que la mayoría de las ITS tienen una prevalencia mayor en determinados grupos poblacionales, y que las estrategias de prevención de ITS deben dirigirse a estos grupos si queremos ser eficaces en el control de las mismas. Con respecto a sífilis y sífilis congénita, se cuenta con información proveniente de la vigilancia centinela y de diversos estudios transversales que muestran prevalencias Reagina Plasmática Rápida (RPR) de 1.4% en gestantes durante el primer control prenatal y 3.1% en puérperas a nivel nacional. Lo cual muestra que existe un terreno fértil para el desarrollo de diversas epidemias de ITS y en particular del VIH. Además se ha evidenciado un incremento de los casos de Sífilis Congénita. En el Instituto Materno Perinatal de Lima, que atiende aproximadamente al 30% de los nacimientos institucionalizados de Lima, reporta tasas de 2 por 1,000 nacidos vivos en 1992, a 3 por 1,000 nacidos vivos en 1994, 3.5 por 1,000 nacidos vivos en 1995 y 3.8 por 1,000 nacidos vivos en 1996 y de 3.4 por 1000 nacidos vivos en 2004.

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL ASINTOMÁTICAS:

Algunas ITS son asintomáticas. Así, por ejemplo, hasta un 70% de las mujeres y una importante proporción de hombres con infecciones gonocócicas o clamidiales no presentan ningún síntoma. Tanto las infecciones sintomáticas como las asintomáticas pueden producir complicaciones graves que se comentan más adelante.

SÍNDROMES DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL:

A. SÍNDROME DE DESCARGA URETRAL (DU EN VARONES) :

Definición: La descarga uretral es una de las quejas más comunes de ITS en hombres, y representa la infección de la uretra o uretritis. Se caracteriza por presentar secreción o fluido por la uretra acompañado de ardor y/o dolor al orinar. La secreción uretral puede ser purulenta o mucoide; clara, blanquecina o amarillo-verdosa; abundante o escasa, a veces sólo en las mañanas o que sólo mancha la ropa interior.²¹

A veces puede ser necesario solicitar al paciente ordeñar la uretra hacia adelante. Si el paciente no es circuncidado se le debería examinar con el prepucio retraído para estar seguro que la descarga viene del canal uretral y no del espacio sub-prepucial.

Etiología: La descarga uretral puede deberse a infección por *Neisseria gonorrhoeae* (Uretritis gonocócica (UG)) o a una variedad de agentes etiológicos (Uretritis no gonocócica (UNG)) como la *Chlamydia trachomatis* el agente más común, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma genitalium* y raras veces otros gérmenes como la *Trichomona vaginalis*. Incluso las infecciones por herpes genital algunas veces pueden asociarse a uretritis.

Limitaciones del diagnóstico clínico - etiológico de la Descarga Uretral:

- a. No es posible distinguir clínicamente entre la uretritis gonocócica de la no gonocócica debido a que estas infecciones comparten características similares que hacen imposible distinguir, solo en base al examen físico, si la infección fue producida por gonorrea o clamidia, u otro organismo.
- b. En el Perú de lejos las causas más frecuentes de DU son gonorrea y clamidia, esta última asociada al menos a un 55% de las descargas uretrales. También es frecuente que se asocien ambas infecciones (coinfeción), según algunos autores esto se presenta entre el 25-60% de los casos de DU.

Tratamiento del Síndrome de Descarga uretral: Dada la frecuencia de las infecciones por gonorrea y clamidia y su asociación en los casos de pacientes con descarga uretral se recomienda dar tratamiento para ambas etiologías. El tratamiento debe incluir dos antibióticos, uno efectivo contra *Neisseria gonorrhoeae*, como la ciprofloxacina y otro efectivo contra *Chlamydia trachomatis*, como la azitromicina. Se recomienda el uso de esquemas de dosis única a fin de mejorar el cumplimiento. Múltiples estudios científicos han demostrado que las dosis únicas para gonorrea y clamidia son muy efectivas y además mejoran el cumplimiento del tratamiento. El paciente debe abstenerse de tener relaciones sexuales o usar condón por 7 días luego de haber recibido el tratamiento.

Ciprofloxacina 500 mg vía oral en dosis única más Azitromicina 1 g vía oral en dosis única

Como antibióticos alternativos efectivos contra *Neisseria gonorrhoeae* tenemos:

- Ceftriaxona 250 mg vía intramuscular en dosis única.
- Cefixima 400 mg vía oral en dosis única.
- Espectinomicina 2 g vía intramuscular en dosis única (no es activo contra infección faríngea).

Como antibióticos alternativos efectivos contra *Chlamydia trachomatis* tenemos:

- Doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas por 7 días
- Ofloxacino 300 mg via oral cada 12 horas por 7 días.
- Tetraciclina 500 mg via oral cada 6 horas por 7 días.

El problema con estos antibióticos es el cumplimiento del tratamiento completo.

Además, se debe brindar al paciente información y las 4 C, iniciándose el tratamiento durante la primera consulta.

B. SÍNDROME DE ÚLCERA GENITAL (UG) :

Definición: La úlcera genital representa la pérdida de continuidad de la piel o mucosa de los órganos genitales o de áreas adyacentes y que el paciente refiere como una “herida” o “llaga” en sus genitales. Puede ser dolorosa o indolora, puede o no acompañarse de linfadenopatía inguinal, y en algunos casos se asocia a pápulas o vesículas. Si las lesiones se localizan en la vulva pueden provocar en la mujer ardor o quemazón en contacto con la orina.

Etiología:

Las principales causas de úlcera genital en el Perú son:

- Herpes genital (Virus del Herpes simple)
- Sífilis (*Treponema pallidum*)
- Chancroide (*Haemophilus ducreyi*)

Estas tres enfermedades han sido asociadas con un incremento en el riesgo de infección por el VIH.

Otras causas menos frecuentes son:

- Granuloma inguinal o Donovanosis (*Klebsiella granulomatis*)
- Linfogranuloma venéreo (*Chlamydia trachomatis*)

- Muchas veces un paciente con úlcera genital tiene más de una etiología a la vez. Aunque la mayoría de las UG son causadas por una enfermedad de transmisión sexual, existen patologías que no son de transmisión sexual que pueden producir úlcera genital como: el trauma, la dermatitis irritativas de contacto, la infección sub-prepucial por bacterias anerobias y/o fuso-espiroquetas, las tiñas superficiales con lesiones secundarias y diversas enfermedades sistémicas y dermatológicas (por ejemplo: Síndrome de Behcet, eritema multiforme, etc).

Limitaciones del diagnóstico clínico - etiológico de la Úlcera Genital:

1. La morfología y presentación clínica de las úlceras generalmente no sirven para diferenciar su etiología dado que puede existir coinfección de varios agentes etiológicos, apariencias alteradas por estadios avanzados, por estar sobre infectadas, o por el uso previo de tratamientos (tópicos o no).
2. Entre las úlceras genitales más frecuentes, sólo la sífilis y el chancroide tienen tratamiento curativo, mientras que para el herpes el tratamiento es sólo paliativo y no evita las recurrencias. Sin embargo hoy en día hay evidencia que el tratamiento de herpes y sus recurrencias especialmente en grupos con alto recambio de parejas podría ser una estrategia para disminuir la transmisión del VIH
3. Existen además, presentaciones atípicas que son muy comunes en personas VIH positivas.

Tratamiento del Síndrome de Úlcera Genital (UG):

Es importante examinar la lesión y decidir:

- a. Si las lesiones son vesiculares agrupadas, esto sugiere el diagnóstico de Herpes genital: Se debe tomar prueba de RPR y tratar para Sífilis si el resultado es reactivo y no ha recibido tratamiento reciente para sífilis.

b. Si las lesiones no son vesiculares, el tratamiento incluye cobertura para las dos etiologías curables más frecuentes en nuestro medio: Se recomienda dos antibióticos uno para Sífilis (Penicilina G Benzatínica) y otro para Chancroide (ciprofloxacino).

Penicilina G Benzatínica 2.4 millones de UI vía intramuscular, un dosis única más Ciprofloxacina 500 mg vía oral en dosis única.

Para sífilis siempre la mejor opción es el uso de Penicilina. Sin embargo, en individuos alérgicos a Penicilina la alternativa es Doxiciclina 100 mg cada 12 horas vía oral por 14 días o Tetraciclina 500 mg vía oral cada 6 horas por 14 días, siempre y cuando no se trate de una gestante o un paciente VIH (+).

En gestantes o individuos VIH (+) alérgicos a la penicilina se recomienda realizar desensibilización a la penicilina si no hay historia de reacciones adversas.

Como antibióticos alternativos para Chancroide tenemos:

- Azitromicina 1g vía oral en dosis única.
- Ceftriaxona 250 mg vía intramuscular en dosis única.
- Eritromicina base 500 mg vía oral cada 6 horas por 7 días.

Además se debe brindar al paciente información y las 4 C, iniciándose el tratamiento durante la primera consulta.

C. SÍNDROME DE FLUJO VAGINAL (FV) :

Flujo vaginal normal: Primero es importante definir que es el flujo vaginal normal o humedad normal de la vagina, y luego explicar cuando se convierte en flujo vaginal o descenso vaginal y como se reconoce.

El flujo vaginal normal o humedad de la vagina deriva de la transudación de fluidos de los vasos capilares de la vagina mezclados con secreciones de las glándulas de Bartholino, Skene, endometrio, de las trompas de Falopio y del cérvix.

El flujo vaginal está constituido por agua, electrolitos y glucosa, y mantiene un pH menor de 4.5 que favorece el crecimiento de organismos de medio ácido (los lactobacilos) inhibiendo el crecimiento de otros. El conjunto de los organismos que normalmente viven en la vagina (flora vaginal) está compuesto principalmente por lactobacilos y otros organismos como *Staphylococcus epidermidis*, *Corynebacterias*, *Gardnerella vaginalis*, anaerobios y otros.

La flora vaginal mantiene a la vagina sana creando un ambiente ácido adverso para bacterias patógenas. La flora vaginal y su entorno se conocen como ecosistema vaginal y tiene varios reguladores importantes:

- Estrógenos: que afectan directamente la trasudación, a mayor nivel de estrógeno mayor flujo.
- Lactobacilos: que metabolizan los azúcares a ácido láctico, manteniendo el pH ácido, lo que inhibe el crecimiento de otras bacterias. Además producen H₂O₂ que inhibe el crecimiento de bacterias anaeróbicas.

El flujo vaginal normal o humedad normal de la vagina no es constante en cantidad y hay variaciones en consistencia. Aumenta cuando la persona se excita, durante la actividad sexual, antes y durante la ovulación y durante la gestación. Disminuye durante la lactancia y en el periodo menopáusico. Normalmente el olor es característico para cada mujer y el color transparente o discretamente blanquecino.

El equilibrio del ecosistema vaginal puede ser alterado por las duchas vaginales, espermicidas, uso de antisépticos vaginales, etc. Igualmente, la menstruación puede condicionar algunos cambios, ya que eleva el pH vaginal. Debe tenerse en cuenta que un desbalance en este ecosistema puede ocasionar un aumento del flujo vaginal, o cambios en sus características (olor, color, consistencia) Los métodos anticonceptivos hormonales y los dispositivos intrauterinos también pueden ocasionar un aumento en el flujo de algunas mujeres.

Definición de Síndrome de Flujo Vaginal: Se considera síndrome de flujo vaginal al aumento de la cantidad del flujo vaginal, con cambio de color, cambio de olor (mal olor), y cambio de consistencia asociado a síntomas de prurito o irritación vulvar; en algunos casos con disuria, dispareunia, o dolor en el hemiabdomen inferior. En esta última situación, se deberá enfrentar el problema como un síndrome de dolor abdominal bajo y ser manejado como tal. Este flujo vaginal o “descenso” como comúnmente se conoce, puede ser debido a un proceso inflamatorio localizado en la propia vagina ocasionada por trastornos del ecosistema vaginal o por la introducción de algún patógeno externo sexualmente transmitido como las infecciones por tricomonas.

Si bien es cierto que el flujo vaginal es la afección ginecológica más común de las mujeres sexualmente activas, no todos los casos de flujo vaginal son ITS.

Etiología: El descenso vaginal tiene diversas etiologías y localizaciones y no es posible diferenciarlas desde el punto de vista clínico.

Las principales causas de flujo vaginal anormal son las infecciones vaginales o vaginitis, entre ellas:

- Vaginosis bacteriana
- *Trichomona vaginalis* (que si es sexualmente transmitida)
- Infección por *Candida* (especialmente *C. Albicans*)

El flujo vaginal anormal puede ser también causado por infecciones originadas en el cervix (cervicitis por clamidia y gonorrea, verrugas cervicales, ulceraciones del cervix, ejm. Herpes genital, chancroide, carcinoma) y el útero (Enfermedad inflamatoria pélvica, endometritis). Sin embargo en el Perú de lejos las causas más comunes de flujo vaginal anormal son las infecciones vaginales o vaginitis. Por ello, como se verá más adelante no se recomienda el tratamiento para cervicitis cuando la paciente se presenta con flujo vaginal.

Limitaciones del diagnóstico clínico etiológico del Flujo Vaginal:

- a. El Flujo vaginal tiene diversas etiologías y localizaciones y no es posible diferenciarlas desde el punto de vista clínico.
- b. Los síntomas dependientes de la vaginitis o las características del flujo vaginal no son buenos predictores de la causa del mismo. Aproximadamente el 40% de mujeres con queja de flujo vaginal anormal no tienen vaginitis y más del 20% de mujeres sin síntomas vaginales tienen vaginitis diagnosticada por signos clínicos.

Tratamiento del Síndrome de Flujo Vaginal:

El tratamiento para flujo o descenso vaginal debe incluir un medicamento activo para Vaginosis Bacteriana y para Tricomoniasis que son las causas más frecuentes de vaginitis. Es por ello que se recomienda el tratamiento con Metronidazol. Cuando hay picazón es posible que haya Cándida por lo que se sugiere adicionar clotrimazol. El tratamiento debe darse EN LA PRIMERA CONSULTA.

Tratamiento de Síndrome de Flujo Vaginal (Vaginitis):

- Metronidazol 2 g vía oral en dosis única.
- En caso de prurito genital dar además Clotrimazol 500 mg vía vaginal en dosis única o algún otro antimicótico idealmente en dosis única.
- Este esquema tiene una tasa de cura de 90-95% y es muy adecuado porque es en dosis única y es barato. Muchas pacientes tienen dificultades para tomar las 4 tabletas juntas.
- Explíqueles la importancia de tomar la dosis completa.
- Se recomienda hacerlo con un vaso grande de agua e ir tomando una a una las tabletas con un intervalo corto entre tomas. Al final puede recomendarle chupar un caramelo de limón para evitar el sabor metálico que puede dejar en la boca. Es importante explicar a la paciente que no debe ingerir alcohol 24 horas antes de la toma del

metronidazol ni hasta 24 horas después de la última toma. Un medicamento alternativo, en el caso de presentarse también prurito genital, es el fluconazol 150 mg vía oral en dosis única.

D. SÍNDROME DE DOLOR ABDOMINAL BAJO (DAB):

Definición: El dolor abdominal bajo en mujeres puede guardar relación con diferentes entidades, entre ellas: emergencias quirúrgicas como embarazo ectópico, apendicitis, aborto séptico y absceso pélvico, enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) etc. Cuando se descartan el grupo de emergencias quirúrgicas como causa del dolor, y este se asocia a flujo vaginal y/o fiebre y/o dolor a la movilización del cérvix se constituye en el Síndrome de Dolor Abdominal Bajo y representa la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).

La EPI es una infección de los órganos reproductivos internos que afecta a mujeres sexualmente activas y que es ocasionada por microorganismos que ascienden desde la vagina o el cérvix hacia el endometrio, trompas de Falopio y/o estructuras contiguas. La EPI es un término usado para describir la infección del tracto reproductivo superior que frecuentemente involucra el endometrio (endometritis), trompas de falopio (salpingitis) y peritoneo pélvico (peritonitis). La clásica visión de la EPI es la de un síndrome agudo con dolor abdominal bajo y anexos dolorosos.

La severidad de la EPI radica en que puede evolucionar en peritonitis pélvica, abscesos tubáricos y peritonitis generalizada, los cuales son potencialmente de resolución quirúrgica, pudiendo ser fatales. Adicionalmente, la salpingitis, que ocurre en el curso de la enfermedad, puede producir bloqueo tubárico, que en el caso de ser bilateral y completo lleva a la infertilidad, y de ser parcial puede producir embarazos ectópicos, que eventualmente pueden romperse y causar hemorragia intrabdominal masiva y la muerte.

Etiología: Los agentes patógenos que causan la EPI son *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, y microorganismos de la flora

vaginal (bacterias anaeróbicas, *Gardenella vaginalis*, *Haemophilus influenzae*, bacilos gram negativos, y *Streptococcus agalactiae*).

Además *Mycoplasma hominis* y *Ureoplasma urealyticum* probablemente también se asocian a EPI.

Muchos casos de EPI son polimicrobianos en etiología, con dos o más organismos involucrados. Es imposible diferenciarlos clínicamente y un diagnóstico preciso microbiológico es difícil, por tanto los regímenes de tratamiento deben ser efectivos contra una gran variedad de patógenos.

Factores de riesgo para desarrollar EPI:

- Conductas sexuales que condicionan la adquisición de infecciones cervicales y vaginales, como tener varias parejas sexuales, o tener una pareja sexual que tiene varias parejas sexuales y tener relaciones sexuales sin uso de condón.
- Factores que favorecen el ascenso de infecciones desde el cérvix o la vagina hacia el endometrio o el endosálpinx, como, las duchas vaginales, las infecciones intraparto, el uso del dispositivo intrauterino (DIU) y dilataciones cervicales, curetajes, insuflación tubárica histerosalpingografía y abortos inducidos.
- El uso de anticonceptivos orales, la ligadura tubárica y el uso de métodos de barrera han sido asociados con un menor riesgo de EPI.

Tratamiento del Síndrome de Dolor Abdominal Bajo:

Toda paciente que acude con DAB requiere tener una buena historia clínica y examen físico que incluye examen bimanual de cérvix.

Si la paciente es gestante o tiene su periodo menstrual atrasado; si es puérpera o ha tenido recientemente un aborto, o sangrado vaginal (no menstrual); masa anexial o si presenta rebote o abdomen en tabla al examen físico, debe ser referida para evaluación y posible hospitalización.

En ausencia de alguna de las condiciones previas, si una paciente con dolor abdominal bajo presenta temperatura mayor o igual de 38°C ó dolor

al examen a la movilización del cuello del útero o descenso vaginal, requiere tratamiento para EPI. La paciente debe ser reevaluada en 48 a 72 horas para decidir si se continúa con el tratamiento ambulatorio o se refiere al hospital más cercano.

Ciprofloxacina 500 mg vía oral en dosis única más Doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas por 14 días más Metronidazol 500 mg vía oral cada 12 horas por 14 días.

- Tratamiento alternativo para manejo ambulatorio tenemos:

Ceftriaxona 250 mg vía intramuscular en dosis única más Eritromicina 500 mg vía oral cada 6 horas por 14 días más Clindamicina 450 mg vía oral cada 6 horas por 14 días.

La OMS presenta como alternativa: TETRACICLINA 500 mg vía oral cada 6 horas por 14 Días.

Para tratamiento hospitalario se recomiendan los siguientes esquemas:

- **Esquema 1:**

Cefoxitin 2 g vía endovenosa cada 6 horas (o Cefotetan 2g vía endovenosa cada 6 horas) más Doxiciclina 100 mg oral cada 12 horas

- **Esquema Opcional (hospitalario):**

Clindamicina 900 mg vía endovenosa cada 8 horas más Gentamicina 2mg/kg de peso como dosis de carga y luego 1.5mg/kg cada 8 horas

Reevaluar a la paciente, si muestra mejoría clínica esperar 48 horas más y cambiar a terapia oral con Doxiciclina 100 mg cada 12 horas y Clindamicina 450 mg vía oral cada 6 horas o Metronidazol 500 mg. vía oral cada 12 horas) hasta completar 14 días en total.

Además se debe brindar al paciente información y las 4 C, iniciándose el tratamiento durante la primera consulta.

E. SÍNDROME DE BUBÓN INGUINAL (BI) :

Definición: Síndrome de bubón inguinal se define como el crecimiento doloroso y fluctuante de los ganglios linfáticos a nivel inguinal acompañado de cambios inflamatorios de la piel suprayacente.

Etiología: El síndrome de bubón inguinal es ocasionado, principalmente, por linfogranuloma venéreo y chancroide. Otras causas de bubón inguinal son tuberculosis y peste. Es importante recordar que el evento de linfadenopatía inguinal (solo crecimiento ganglionar inguinal) es más frecuente que el de bubón inguinal y que su correcta diferenciación es crucial para la adecuada indicación terapéutica, por lo que siempre se debe determinar si el aumento en el tamaño de los ganglios linfáticos inguinales corresponde realmente a un bubón.

La linfadenopatía inguinal puede ser ocasionada por infecciones localizadas en la región genital y de los miembros inferiores, puede acompañar al síndrome de úlcera genital, o ser manifestación de infección por el VIH.

Tratamiento del Síndrome de Bubón Inguinal:

Después de haber determinado que un paciente es portador del síndrome de bubón inguinal, debemos descartar la presencia de úlcera genital. En ausencia de úlcera genital, deberá emplearse el fluxograma de bubón inguinal y tratar según lo indicado. Si durante el examen físico se demuestra la existencia de úlcera genital, deberá emplearse el fluxograma de úlcera genital. Ante un síndrome de bubón inguinal, el paciente deberá recibir tratamiento para linfogranuloma venéreo.

- Doxiciclina 100 mg por vía oral cada 12 horas por 21 días.

Como alternativa a la Doxiciclina se recomienda:

- Eritromicina base 500 mg por vía oral cada 6 horas por 21 días.
- Tan importante como tratamiento antibiótico es la aspiración de la pus, tantas veces y en la frecuencia como sean necesarias, para prevenir la formación de úlceras que evolucionarán tórpidamente. La aspiración debe realizarse a través de piel sana. No debe intentarse la incisión y drenaje o extirpación de los ganglios ya que puede causar el retraso de la curación.

RECOMENDACIONES GENERALES SOBRE ALGUNOS FÁRMACOS USADOS EN EL MANEJO DE LAS ITS:

a. AZITROMICINA:

- Puede ingerirse con o sin alimentos.
- Paciente se queja de Bubon o inflamación Inguinal
- SI: ¿Tiene Úlcera Genital?
- Ir al fluxograma de Úlcera Genital
- Dar tratamiento para Linfogramuloma venereo.
- Tomar prueba de RPR.
- Informar
- Consejerías ITS y VIH
- Supervisar el cumplimiento del tratamiento
- Promover y proveer condones
- Dar tratamiento a contactos o parejas sexuales
- Regresar en 7 días.
- Historia Clínica y Examen físico
- Las reacciones alérgicas son raras.

b. CIPROFLOXACINA:

- Está contraindicada cuando existe historia de alergia a quinolonas, en el embarazo, durante la lactancia y en menores de 16 años. Sin embargo, en las últimas revisiones bibliograficas se recomienda su

uso en menores siempre y cuando el peso del paciente sea mayor de 45 kgs.

- Generalmente es bien tolerada, no obstante puede ocasionar náuseas, diarreas, vómitos, dispepsia, dolor abdominal; y rara vez, temblor, confusión, alucinaciones, exantema y prurito.

c. DOXICICLINA:

- Las cápsulas o tabletas deben ingerirse con agua, evitando hacerlo con leche o con preparados que contengan magnesio o aluminio porque pueden interferir en su absorción.
- Está contraindicada durante el embarazo, la lactancia y en niños menores de ocho años.
- La irritación gástrica es común y se han reportado reacciones fototóxicas.

d. CLOTRIMAZOL:

- En dosis única no tiene contraindicaciones, excepto cuando exista antecedentes de alergia.
- Puede provocar irritación, ardor vaginal leve y poliaquiuria.
- No debe administrarse durante la menstruación.

e. METRONIDAZOL:

- Se recomienda evitar su uso durante el primer trimestre del embarazo y cuando existan antecedentes de alergia.
- Como se excreta en la leche materna, se recomienda no dar de lactar hasta 48 horas después de administrada la última dosis.
- No administrar a personas con alcoholismo crónico.
- Debe evitarse el consumo de alcohol durante su administración y hasta 72 horas después de su última dosis.

- En general es bien tolerado, pero puede ocasionar cefalea, irritación gastrointestinal, sabor metálico y halitosis.
- Menos frecuentes son la somnolencia, exantema y orina oscurecida.

F. INFECCIÓN POR EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) :

Etiología: El VPH es un virus ADN con más de 70 genotipos identificados, más de 20 de los cuales pueden infectar el tracto genital. Las verrugas genitales son causadas por el VPH tipo 6 u 11. Otros tipos (16, 18, 31, 33 y 35) han sido asociados a displasia cervical.

Manifestación clínica:

El espectro clínico de la infección genital por el VPH es amplio y sus rangos van desde la completa ausencia de anomalías epiteliales, pasando por una variedad de microlesiones visibles sólo por amplificación y después de aplicar ácido acético (Ej. en la colposcopia), hasta las verrugas observadas a simple vista.

En los varones:

- Las verrugas genitales son pleomórficas. El condiloma acuminado es la lesión más común. Por lo general las verrugas son pápulas exofíticas, hiperqueratósicas, sésiles o con un pedúnculo corto y ancho. Pueden variar desde pápulas perladas y lisas hasta proliferaciones acuminadas.
- Las lesiones aparecen con más frecuencia en el frenillo, surco balanoprepucial, glánde y prepucio. En el caso de HSH, las lesiones aparecen frecuentemente en la zona perianal.

En las mujeres:

- Suelen aparecer en la vulva y los labios mayores, pudiendo invadir áreas adyacentes; en el 20% de los casos invaden el periné y el área perianal e inclusive parte de la vagina.

- Las verrugas perianales usualmente constituyen condilomas acuminados. Más del 50% de pacientes con verrugas anales externas presentan condilomas “internos” afectando el epitelio escamoso, sin alterar la función anorrectal.
- Las verrugas genitales son generalmente benignas, con escasos síntomas, siendo su apariencia desagradable la mayor preocupación para los pacientes.

El VPH y la neoplasia genital:

Diversos estudios han evidenciado que tipos específicos del VPH cumplen un rol importante en la patogénesis de la neoplasia epitelial genital:

- a. Las mujeres que tuvieron infección con VPH tipo 16 ó 18, desarrollaron displasia moderada a grave después de 2 años.
- b. El carcinoma de cérvix está asociado a múltiples parejas sexuales y a una temprana edad de inicio sexual, evidencias que sugieren la existencia de un agente etiológico que es transmitido sexualmente.
- c. Se ha reportado el hallazgo del genoma del VPH en células cancerosas.
- d. Hoy en día es claro que el VPH es la causa del cáncer cervical y de otras neoplasias anogenitales.

El VPH y su relación con el VIH:

Se ha demostrado que el VIH incrementa la reactivación y expresión de la infección latente del VPH y que este efecto se incrementa con el avance de la inmunosupresión relacionada al VIH. Los pacientes re infectados evolucionan con mayor rapidez, a carcinoma invasivo cervical o anal.

Por tales razones se recomienda la realización del PAP como parte de la evaluación inicial de la mujer infectada por VIH y luego cada 6 meses.

Tratamiento:

Consideraciones generales:

- La meta del tratamiento está dirigida a la remoción de las verrugas exofíticas y a la mejoría de los signos y síntomas, pero no a la erradicación del VPH, porque ésta no es posible con los tratamientos existentes que, por otra parte, no influenciarán sobre el desarrollo posterior de cáncer cervical, desconociéndose, asimismo, los efectos que éstos pueden ejercer sobre la historia natural del VPH.
- Sin tratamiento, las lesiones pueden desaparecer espontáneamente, permanecer sin cambios, o crecer.
- En todo régimen terapéutico debe considerarse la ubicación, tamaño y número de las lesiones, como también el costo, eficacia y efectos adversos del mismo. Las verrugas extensas o refractarias y las formas internas o intracavitarias (intrauretral, cervical, vaginal y rectal), deben ser derivadas al centro de referencia para la atención de ITS de cada jurisdicción.
- En mujeres con lesiones cervicales sugestivas de VPH, debe descartarse la presencia de displasia antes de iniciar el tratamiento.

Esquemas de tratamiento:

- a. Crioterapia con nitrógeno líquido que se usará en lesiones de pequeñas dimensiones (verrugas genitales externas, perianales, cervicales, uretrales, anales y orales), debiendo utilizarse aplicadores que permitan dosificar la cantidad necesaria y a delimitar el área de tratamiento. Esto debe ser realizado por personal calificado considerando el riesgo de criocoagulación en las zonas contiguas. Repetir las aplicaciones cada una a dos semanas.
- b. Podofilina en tintura de benzocaína al 25% (en verrugas genitales externas, perianales, cervicales y uretrales). Para evitar la posibilidad de una absorción sistémica que pueda provocar toxicidad, se recomienda que la aplicación se limite a 0.5 ml de la solución o que el

área total tratada no exceda de 10 cm² por sesión. Debe lavarse prolijamente la zona tratada después de 1 a 4 horas. Se repetirá semanalmente la aplicación si fuese necesario. Considerando su poder irritativo se recomienda su uso sólo por personal entrenado. Si las lesiones persisten después de 6 aplicaciones, se optará por otros tratamientos.

El uso de este fármaco está contraindicado durante la gestación.

En lesiones cervicales, luego de la aplicación, se esperará que el área seque para retirar el espéculo; se tratará 2 cm² por sesión, el resto de las indicaciones serán similares a lo señalado para lesiones en otra ubicación. Debe considerarse el mayor riesgo de absorción sistémica en el tratamiento de lesiones cervicales.

- c. Electrocauterización que se utiliza en verrugas genitales externas, estará contraindicada en pacientes portadores de un marcapaso o en lesiones próximas al orificio anal.
- d. Remoción quirúrgica, especialmente en verrugas orales, o de grandes dimensiones.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN INDICADAS POR EL MINSA-PERÚ LAS 4 C'S:

- Consejería
- Cumplimiento del tratamiento
- Contactos (Tratamiento de pareja(s))
- Condones

A continuación desarrollaremos estos puntos:

a. Consejería:

Se refiere a la comunicación directa entre dos personas con un problema que la aqueja y la otra tratando de ayudar a comprenderlo y resolverlo. Es la intervención para el cambio de comportamiento más efectiva. La consejería es obligatoria en la atención de todo paciente con ITS y tiene como propósito ayudarlo a realizar los cambios necesarios en sus

actitudes y comportamientos para disminuir el riesgo de adquirir en el futuro una nueva ITS, incluyendo el VIH. Ayude al paciente a reconocer sus riesgos y motive el cambio. En la consejería se trabajará la posibilidad de lograr que el paciente acepte voluntariamente someterse a una prueba diagnóstica para descartar la infección por el VIH.

b. Cumplimiento del tratamiento:

La experiencia mundial ha encontrado que las razones más frecuentes por las que no se cumple el tratamiento están referidas a que:

- El paciente no entendió las instrucciones.
- El esquema del tratamiento le resultó muy complicado.
- El medicamento indicado fue muy costoso.
- Hubo efectos indeseables durante el tratamiento.
- El paciente no percibió las potenciales consecuencias de su ITS.
- Dejaron de tomar los medicamentos al notar mejorías.

Sin duda, para mejorar el cumplimiento del tratamiento se deberán brindar instrucciones muy precisas sobre el tratamiento a seguir, debiendo discutirse con el paciente sobre los problemas potenciales que pudiese enfrentar gran cantidad de medicamentos a ingerir, costos elevados, efectos indeseables, etc.

c. Contactos:

Se define como contactos a todas las parejas con las que el paciente ha tenido relaciones sexuales en los últimos 60 días para Descarga Uretral (DU), Cervicitis (Cx), Dolor Abdominal Bajo (DAB), Tricomoniasis (TR), Gonorrea (GC) e infección por Clamidia (CL), en los últimos 90 días para Úlcera Genital (UG), Bubón Inguinal (BI), y en los últimos 12 meses para Sífilis Latente (SL).

A excepción del caso de la gestante con Sífilis, donde si hay búsqueda activa de contactos (parejas sexuales), la única estrategia recomendable para la búsqueda de contactos de un caso de ITS es que el propio

paciente refiera a sus parejas. Para ello, todo paciente diagnosticado con una ITS recibirá una o más tarjetas de referencia de contactos, las cuales deberán ser entregadas a su o sus parejas sexuales, para recibir tratamiento gratuito. Se adjunta el modelo de la tarjeta de referencia de contactos. El tratamiento del contacto será similar al caso índice.

Se debe tener presente en todo momento que los principios de un buen manejo de contactos se basan en:

- Ser confidencial.
- Ser voluntario.
- Ofertar servicios de diagnóstico y tratamiento de ITS disponibles para todas las parejas sexuales de los casos índices.
- Proteger de la discriminación y estigmatización a los pacientes.

d. Condones:

Todo paciente que acuda a consulta por una ITS puede volver a adquirir otra igual o similar en el futuro. Los mensajes educativos y la consejería deben lograr el cambio de conductas hacia comportamientos de menor riesgo, esto incluye la compra o adquisición y uso del condón.

Es importante enfatizar que el condón brinda doble protección: PROTEGE DE LAS ITS INCLUYENDO EL VIH Y DE LOS EMBARAZOS NO DESEADOS o NO ESPERADOS.

En cada sesión se instruirá a todos los pacientes sobre el uso de los condones, para lo cual se efectuarán demostraciones utilizando dildos u otros objetos adecuados, para luego hacerles entrega de cinco preservativos con el fin de promocionar su uso.

Este procedimiento también se efectuará en consultantes que no tuviesen evidencia clínica de una ITS debido a que desarrollaron conciencia de un riesgo potencial por haber incurrido en una conducta de riesgo, lo que motivó la consulta al establecimiento de salud. Está normada la entrega de 5 condones por paciente visto en consejería y 50 por consejería para trabajador(a) sexual.

MENSAJES PARA LAS PERSONAS CON INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

- Contrajo su enfermedad a través de un contacto sexual.
- Si las ITS no se tratan pueden tener complicaciones.
- No debe tener relaciones sexuales hasta estar totalmente curado y su pareja haya sido tratada, porque si no puede contagiarse otra vez.
- Debe consultar con un médico, discutir la importancia de cumplir con el tratamiento y regresar a consulta si no hay mejoría.
- Dar información sobre prácticas sexuales más seguras incluyendo el uso del condón.
- Informar sobre el peligro o riesgo de adquirir el virus del SIDA (VIH).

LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.

Las ITS son muy frecuentes, más de lo que se reconocen dado que muchas veces son asintomáticas. Se estima que 70% de las mujeres y 30% de los varones infectados con clamidia no tienen síntomas, y que 80% de las mujeres y 10% de los varones con gonorrea son asintomáticos.

Muchos estudios han demostrado que la epidemia de VIH está estrechamente relacionada a las epidemias de ITS. Es por esta relación que los servicios de salud dedicados a la atención de las personas con ITS tienen un rol fundamental en el manejo integral de las poblaciones en riesgo de adquirir el VIH.

Las ITS y el VIH comparten varias características en común:

- Vías de Transmisión.
- Estrategias de promoción y prevención.
- Seguimiento por parte de los programas de control.

Son los mismos comportamientos y la falta de información las que ponen en riesgo a las personas de adquirir ITS o VIH. Se ha demostrado además que pacientes con VIH excretan mayor cantidad de virus en secreciones genitales cuando tienen una ITS. El riesgo de transmitir VIH entre una persona que es VIH + y la otra no teniendo cualquiera de ellas una ITS se eleva en promedio de 2 a 5 veces comparado con la situación en la que no hubiera una ITS. En el caso de la úlcera genital por ejemplo el riesgo de transmisión del VIH aumenta entre 50-300 veces. Esto explica que en las regiones en las que las ITS tenían un control deficiente la epidemia de VIH-SIDA rápidamente se ha expandido. Se ha demostrado que el tratamiento de las ITS disminuye rápidamente la cantidad de VIH en las secreciones genitales y ayuda a prevenir la transmisión de VIH.

DEFINICIÓN VIH Y SIDA.

El VIH y Sida no discrimina raza, sexo, edad, religión, posición social, orientación sexual, ni ubicación geográfica.²²

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Es el virus que causa la infección y afecta al sistema inmunológico sistema de defensa, el cual protege nuestro cuerpo.

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Es la etapa en la que el sistema de defensa no está en capacidad de protegerlo ante las enfermedades oportunistas y de los microorganismos del medio ambiente.

El VIH se transmite por vía sexual, 97% del total de casos; por transmisión vertical, 2% (transmisión de madre a hijo) y por vía sanguínea, con un 1%.

a. FASES DEL VIH /SIDA

1. Fase Inicial: En algunos casos la persona recién infectada puede presentar molestias como las causadas por cualquier enfermedad viral.

En esta fase la cantidad de virus es muy alta, pero no es posible identificar la infección, esto es conocido como FASE VENTANA, y durante la cual es posible transmitir la infección.

2. Fase Asintomática: El período de esta fase sin síntomas es variado, y puede durar varios años, las personas portadoras del VIH no sienten molestias y su estado de salud en general es bueno. En esta etapa es muy importante el apoyo de los profesionales y de personas que viven con VIH, para crear un ambiente de aceptación y tranquilidad para la persona afectada.

Los servicios que brindan los servicios de salud son:

1. Consejería de Soporte
2. Atención Integral
3. Tratamiento Antiretroviral
4. Adherencia

3.- Fase Sintomática: En este período las personas afectadas presentan molestias y pueden aparecer algunas enfermedades oportunistas como Tuberculosis Pulmonar, Neumonía, Cáncer, Hongos, cuadros de diarrea (de más de una semana de duración). En esta fase la persona requiere de atención especializada en un hospital o establecimiento de salud en el que se cuente con personal capacitado y que pueda brindar servicios como hospitalización, cambios de esquema de tratamiento, consejería y apoyo a la familia.

4.- Fase SIDA: Es la fase en la que el organismo no tiene capacidad para defenderse de las enfermedades oportunistas y cualquier otro tipo de gérmenes o virus del medio ambiente. Fase final de la infección por VIH.¹⁹

CUÁNTO TARDA UNA PERSONA INFECTADA POR EL VIH EN DESARROLLAR EL SIDA:

El periodo de tiempo puede variar considerablemente de unos individuos a otros. La mayoría de las personas infectadas por el VIH, si no recibe

tratamiento, desarrolla síntomas de enfermedades relacionadas con el VIH tras 5 o 10 años, pero el lapso de tiempo que transcurre desde que la persona se infecta por el VIH hasta que le diagnostican SIDA puede ser de 10 a 15 años, a veces incluso mayor. La terapia antirretrovírica puede ralentizar la progresión de la enfermedad al disminuir la carga vírica de la persona infectada.

La OMS recomienda que inicien el tratamiento todos los adolescentes y adultos infectados por el VIH que tengan un nivel menor de 200 células T CD4 positivas por mm³ de sangre, así como algunas personas que se encuentran en la etapa II.²²

El VIH se puede combatir mediante una politerapia que comprenda tres o más antirretrovíricos. Aunque no cura la infección por VIH, este tipo de tratamiento controla la replicación del virus dentro del organismo del sujeto y contribuye a fortalecer su sistema inmunitario, restableciendo así su capacidad para combatir infecciones. El tratamiento antirretrovírico permite a las personas afectadas por el VIH llevar una vida sana y productiva.²²

A finales de 2012, en los países de ingresos bajos y medianos estaban recibiendo tratamiento antirretrovírico más de 9,7 millones de personas infectadas por el VIH, 630 000 de ellos niños. Eso significa que el número de personas que reciben tratamiento antirretrovírico en los países en desarrollo se ha multiplicado por 30 entre 2003 y 2011; también es de notar que en un solo año se llegó a registrar un aumento del 20% (de 8 millones en 2012 a más de 9,7 millones en 2012)

Desde el comienzo de la epidemia, la OMS ha encabezado la respuesta mundial del sector sanitario frente al VIH. Como organismo copatrocinador del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), la OMS lleva la iniciativa en los ámbitos prioritarios del tratamiento y la atención de la infección por el VIH y la coinfección VIH/tuberculosis, y coordina, conjuntamente con el UNICEF, las tareas de eliminación de la transmisión materno-infantil del virus.

En 2011, los Estados Miembros de la OMS aprobaron una nueva Estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH/SIDA para el 2011-2015, en la que se definen cuatro orientaciones estratégicas que van a guiar el trabajo de la OMS y los países en los próximos cinco años:

- Optimizar los resultados de la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención de la infección por el VIH.
- Propiciar la obtención de resultados sanitarios más amplios mediante la respuesta a la infección por el VIH.
- Crear sistemas de salud sólidos y sostenibles.
- Luchar contra las desigualdades y promover los derechos humanos.

Entre las actividades básicas de la OMS con respecto al VIH también figuran las siguientes:

1. Sintetizar los datos probatorios disponibles sobre la eficacia, viabilidad y seguridad de las intervenciones y métodos relacionados con el VIH y ofrecer orientación para el programa de investigaciones sobre el VIH.
2. Articular opciones de política para los programas nacionales contra el VIH.
3. Mejorar la disponibilidad y calidad de los medicamentos e instrumentos de diagnóstico relacionados con el VIH.
4. Establecer normas y criterios para ampliar los servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento, atención y apoyo en relación con el VIH.
5. Ofrecer apoyo técnico a los países para el aumento de las capacidades nacionales relacionadas con la planificación, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de medidas de respuesta eficaces contra el VIH.

6. Seguir de cerca y fomentar el avance del sector de la salud hacia la universalización del acceso a los servicios relacionados con el VIH, incluidos el nivel de cobertura y el impacto de estos últimos.
7. Facilitar la cohesión y colaboración entre asociados para hacer realidad los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con el VIH y las metas establecidas en la Estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH/sida para 2011-2015.

PREVENCIÓN:

Para prevenir la transmisión del VIH por vía sexual se debe considerar las siguientes recomendaciones:

- LA ABSTINENCIA, es decir no tener relaciones sexuales, es la forma más segura de no contraer una ITS o el VIH
- LA MONOGAMIA Y FIDELIDAD MUTUA, mantener una sola pareja sexual en una relación estable.
- USO ADECUADO DEL CONDON O PRESERVATIVO DURANTE LAS RELACIONES SEXUALES.

La transmisión del VIH por vía sanguínea puede ser por transfusiones sanguínea y compartiendo objetos punzo cortantes (jeringas, navajas, máquina de afeitar) que pueden estar contaminados con el VIH.

Se previene:

- Analizando la sangre para las transfusiones sanguíneas.
- Usando agujas y jeringas nuevas descartables en inyectables y tatuajes.
- No compartiendo objetos punzo cortantes.

La transmisión madre-niño llamada Transmisión Vertical, el VIH puede ser durante:

- Embarazo
- Parto

- Lactancia materna

Se previene:

- Asistiendo a todos los controles que te indique el profesional de salud
- Cumpliendo con todos los análisis que se te indiquen, incluyendo el de descarte de VIH/SIDA.

OPORTUNIDADES PARA EL COMPORTAMIENTO DE RIESGO:

El número de compañeros sexuales que tiene una persona es un factor clave en el riesgo de ITS, especialmente de infección por el VIH. Las posibilidades de encontrar a alguien con exposición previa al VIH son mayores conforme aumenta el número de compañeros sexuales. El riesgo es especialmente alto en el caso de relaciones sexuales con una pareja “de una sola noche” o con profesionales del sexo si no se usa preservativo.

2. 3. DEFINICIÓN DE TERMINOS BÁSICOS:

- VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana es un microorganismo que ataca al Sistema Inmune de las personas, debilitándolo y haciéndoles vulnerables ante una serie de infecciones, algunas de las cuáles pueden poner en peligro la vida ²⁴
- SIDA: El sida (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) representa las etapas más avanzadas de la infección por el VIH. ²⁵
- ITS: Son infecciones de transmisión sexual causadas por más de 30 bacterias, virus y parásitos diferentes, y se propagan predominantemente por contacto sexual, incluidos el sexo vaginal, anal y oral.²⁵
- CONOCIMIENTO: Hechos o información adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o practica de un asunto referente a la realidad.²⁶

- **ACTITUD:** Es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas. En este sentido, se puede decir que es su forma de ser o el comportamiento de actuar, también puede considerarse como cierta forma de motivación social de carácter, por tanto, secundario, frente a la motivación biológica, de tipo primario que impulsa y orienta la acción hacia determinados objetivos y metas.²⁶
- **INSTITUCIÓN EDUCATIVA:** Organismo que desempeña una función de interés público que educa o sirve para educar²⁷
- **ESTUDIANTE:** Persona que cursa estudios en un establecimiento de enseñanza.²⁷

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN, ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1 RESULTADOS:

En este capítulo se da respuesta a la interrogante planteada en cuanto, a conocimientos y actitudes sobre las Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-SIDA en estudiantes de quinto año de educación secundaria de la Institución Educativa Mixta N° 72 San Martín de Porres. Para tal propósito se analizó los resultados obtenidos, mediante gráficos, procesados con el programa Excel 2013 y SPSS 20, que se presentan a continuación:

GRÁFICO N° 1

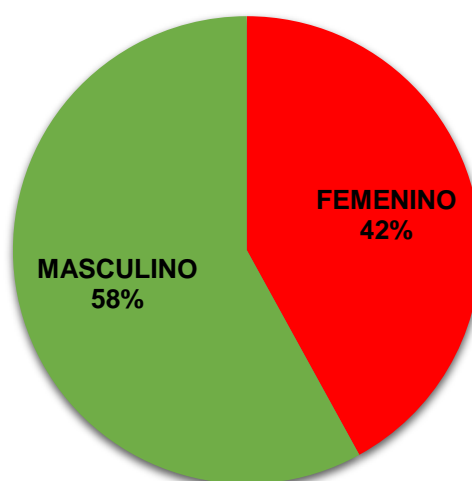
EDAD



INTERPRETACIÓN: Se observa que el mayor porcentaje son los alumnos que tienen 16 años con un 47% luego 17 años con un 25%, se concluye que el mayor porcentaje de encuestados son adolescentes tardíos según la OMS y quienes por la edad están considerados como grupo vulnerable a contraer una ITS Y VIH-SIDA.

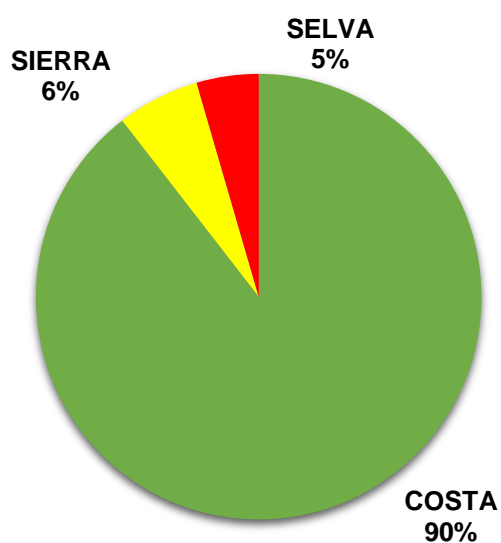
GRÁFICO N° 2

SEXO



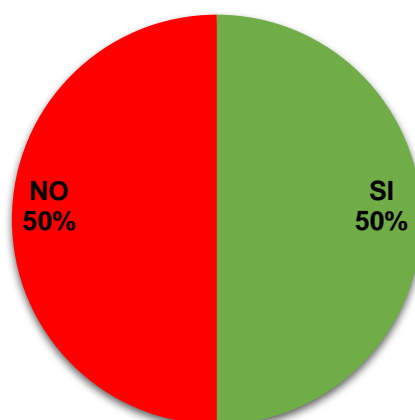
INTERPRETACIÓN: Se observa mayor porcentaje son de sexo masculino con un 58% y un 42% corresponde al sexo femenino.

GRÁFICO N° 3
PROCEDENCIA



INTERPRETACIÓN: En mayor cantidad son alumnos de la Costa con un 90% siendo alumnos del Departamento de Lima del Distrito de Magdalena, la Sierra con un 6% y la Selva con un 5%.

GRÁFICO N° 4
INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES



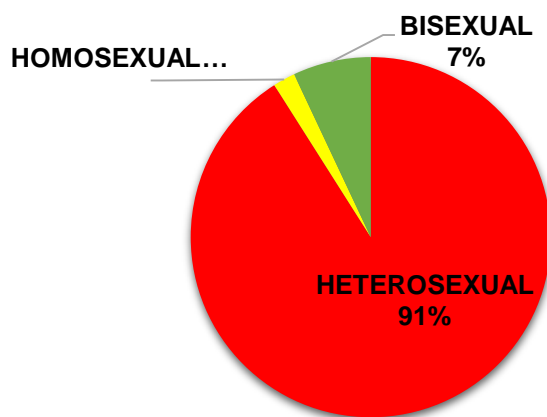
INTERPRETACIÓN: Se observa que el 50% han iniciado sus relaciones sexuales y el 50% no las ha iniciado.

GRÁFICO N° 5
EDAD QUE TUVIERÓN SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL



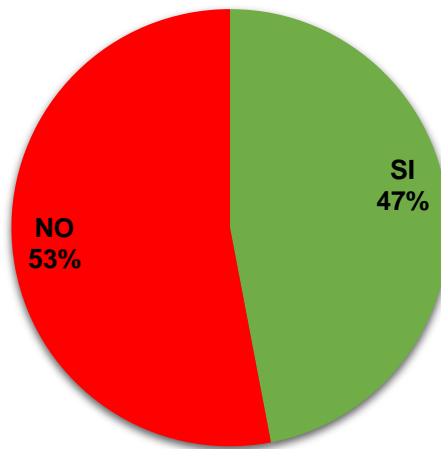
INTERPRETACIÓN: Se observa que el 31% de ellos inicio su vida sexual a los 15 años, 24% a los 14 años, 20% a los 16 años, 14% a los 13 años, 6% a los 17 años, el 3% a los 12 años el 1% a los 10 y 11 años lo cual conlleva a los estudiantes a contraer alguna ITS Y VIH-SIDA por el inicio temprano de las relaciones sexuales ya que son más propensos a tener múltiples parejas sexuales.

GRÁFICO N° 6
ORIENTACIÓN SEXUAL



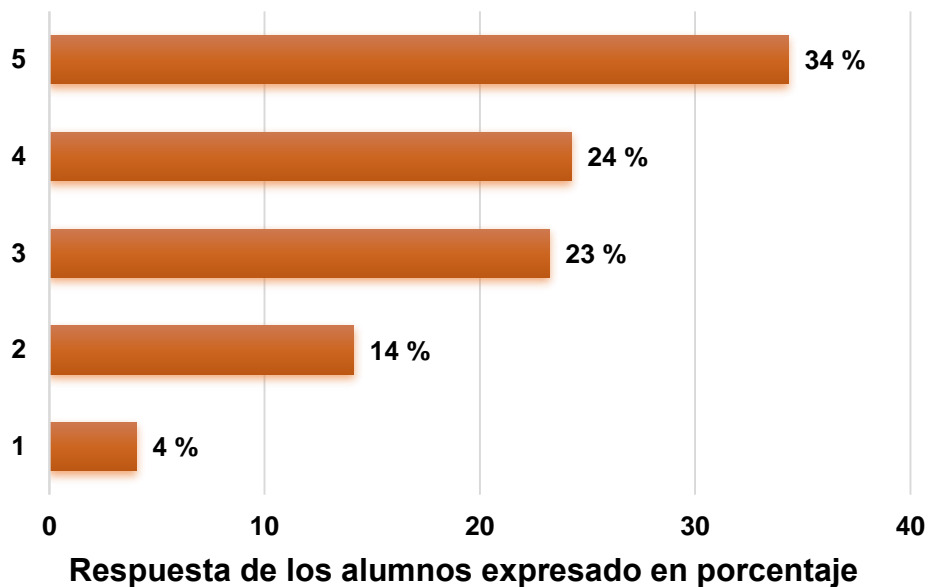
INTERPRETACIÓN: Nos indica que el 91% son heterosexual, 7% son bisexuales y el 2% homosexuales.

GRÁFICO N° 7
ACTUALMENTE TIENEN PAREJA SEXUAL



INTERPRETACIÓN: El 53% no tiene pareja con la que mantiene relaciones sexuales, 47% si tienen pareja sexual con la que mantiene relaciones sexuales.

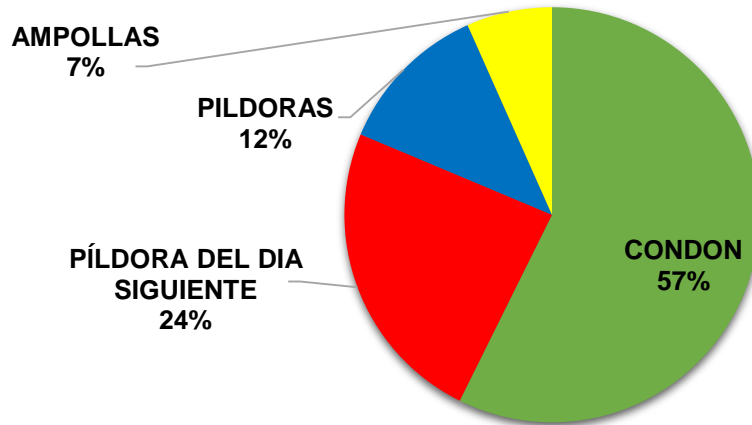
GRÁFICO N° 8
NUMERO DE PAREJAS SEXUALES



INTERPRETACIÓN: Con el 34% han referido tener de cinco a más parejas sexuales a diferencia que el 4% solo ha tenido una pareja sexual.

GRÁFICO N° 9

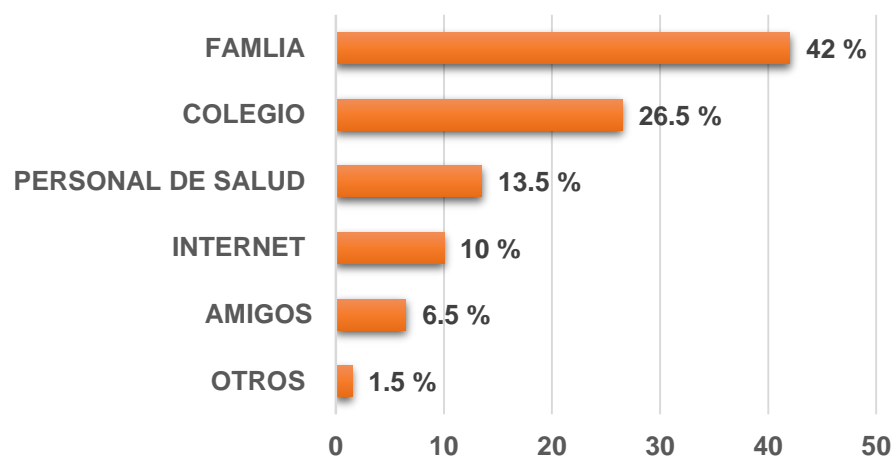
HAN USADO ALGUN MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN LAS RELACIONES SEXUALES



INTERPRETACIÓN: De los alumnos encuestados el 75% indicó haber utilizado algún método anticonceptivo en sus relaciones sexuales, el 57% condón, 24% píldora del día siguiente, 12% píldoras, 7% ampollas en diferencia que el 13% no utilizó ningún método anticonceptivo en sus relaciones sexuales lo cual son más propensos a contraer alguna ITS Y VIH-SIDA.

GRÁFICO N° 10

DE QUIENES RECIBIERÓN INFORMACIÓN SOBRE LAS ITS Y VIH-SIDA



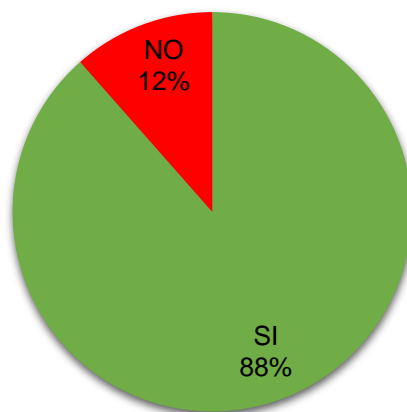
Respuesta de los alumnos expresado en porcentaje

INTERPRETACIÓN: El 42% de la familia (papás, hermanos, tíos), 26.5 % del colegio (profesores, compañeros), 13.5% por el personal de salud, 10% por medio del internet, 6.5% por los amigos y el 1.5% corresponde a otros (psicólogos personales).

CONOCIMIENTOS

GRÁFICO N° 11

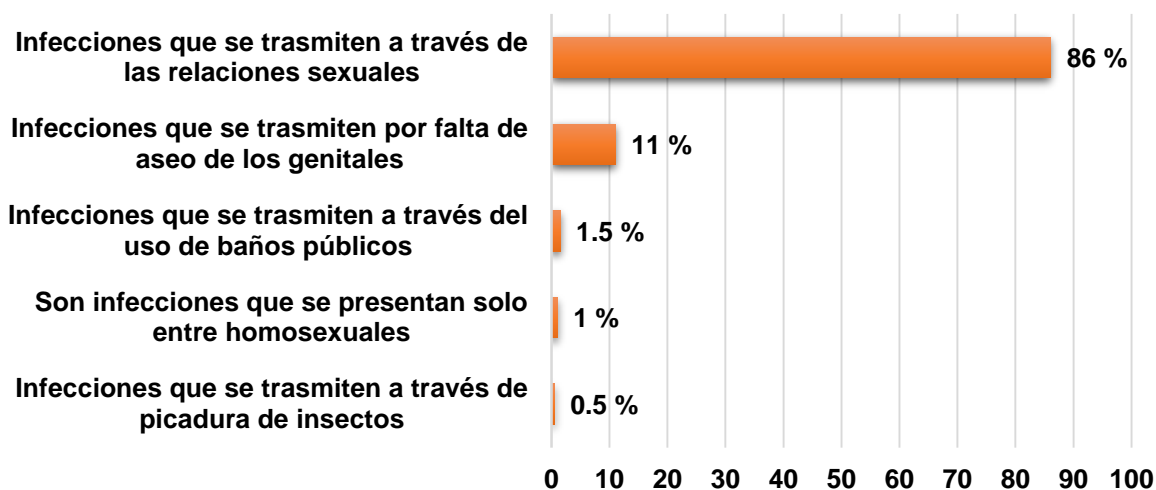
HAN RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE LAS ITS Y VIH-SIDA



INTERPRETACIÓN: El 88% si recibió información a diferencia que el 12% no tuvo información.

GRÁFICO N° 12

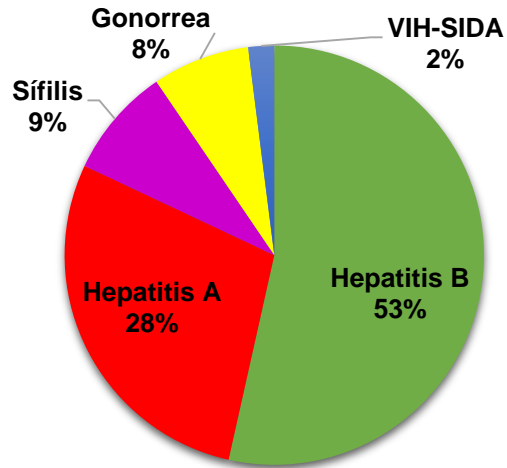
LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SON



Respuesta de los alumnos expresado en porcentaje

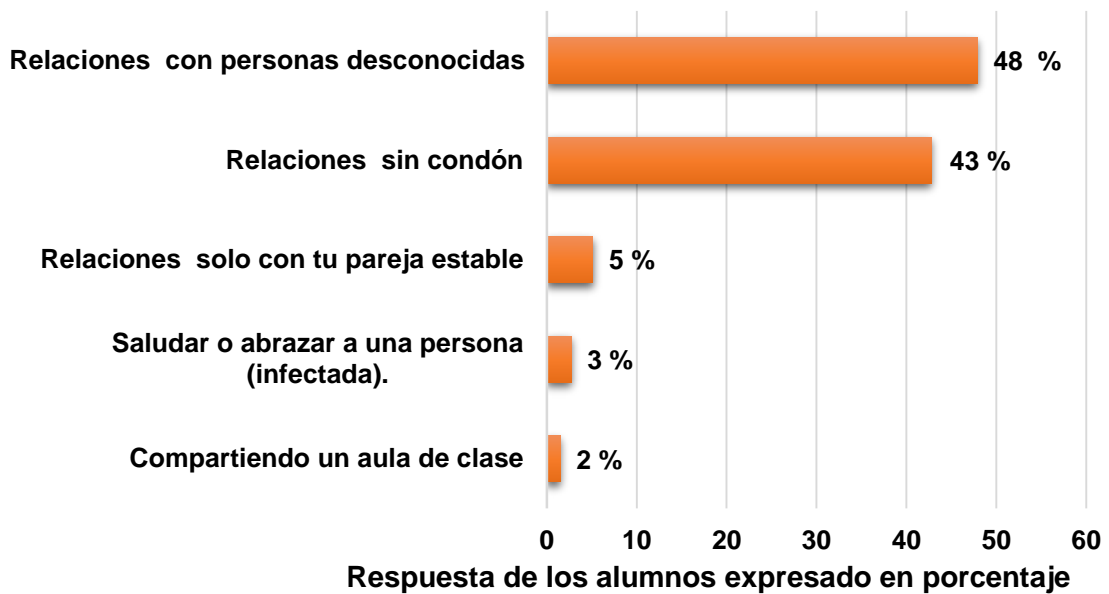
INTERPRETACIÓN: Con un 86% se transmite a través de las relaciones sexuales.

GRÁFICO N° 13
CUAL NO ES UNA INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL



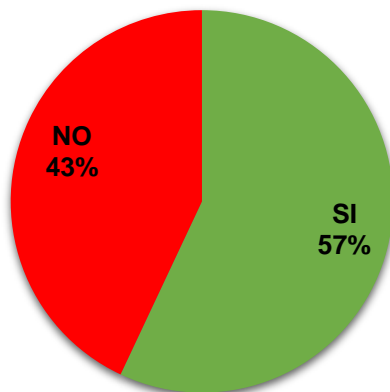
INTERPRETACIÓN: El 53% hepatitis B no es una infección de transmisión sexual.

GRÁFICO N° 14
SITUACIONES QUE FAVORECE EL CONTAGIO DE LAS ITS



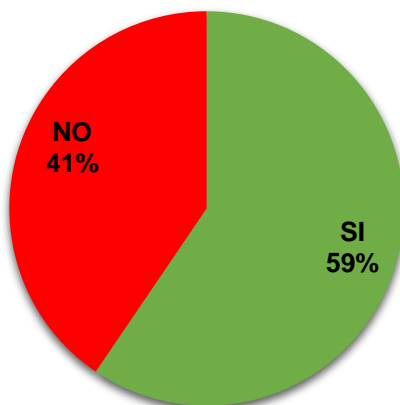
INTERPRETACIÓN: El 48% es tener relaciones con personas desconocidas, 43% relaciones sin condón.

GRÁFICO N° 15
CONOCEN CUALES SON LOS SIGNOS, SEÑALES O SINTOMAS DE LAS ITS



INTERPRETACIÓN: El 57% si conocen a diferencia del 43% que no conoce.

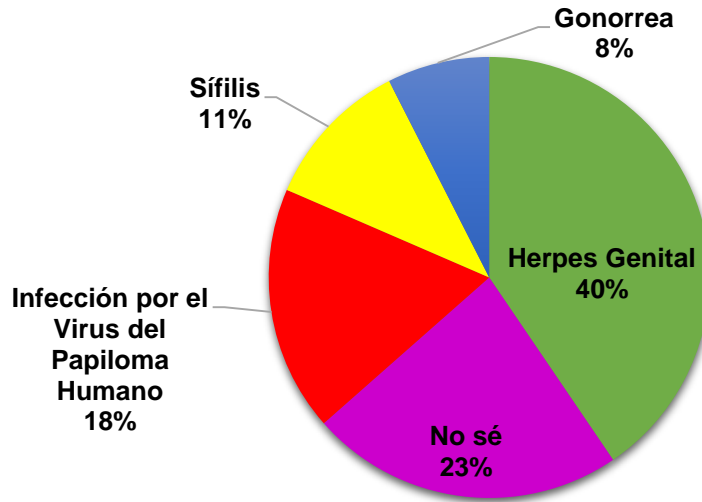
GRÁFICO N° 16
LA GONORREA ES UNA INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL QUE AFECTA MAS A LAS MUJERES QUE A LOS HOMBRES



INTERPRETACIÓN: El 59% si afecta más a las mujeres a diferencia del 41% respondieron lo contrario.

GRÁFICO N° 17

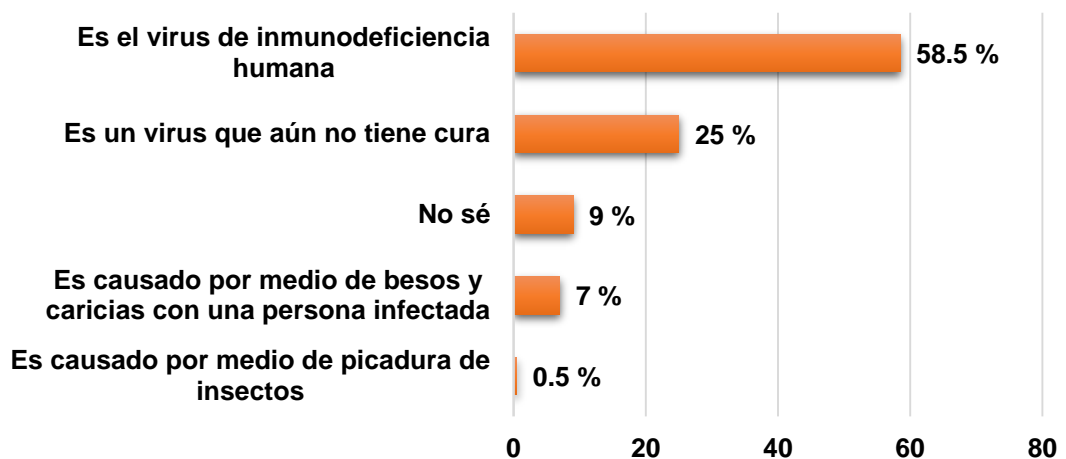
CUÁL DE ESTAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL PRODUCE VERRUGAS EN EL PENE O VAGINA



INTERPRETACIÓN: Refieren que el 40% produce el herpes genital, 23% no sabe, con el 18% la infección por el Virus del Papiloma Humano lo cual es correcto.

GRÁFICO N° 18

EL VIH

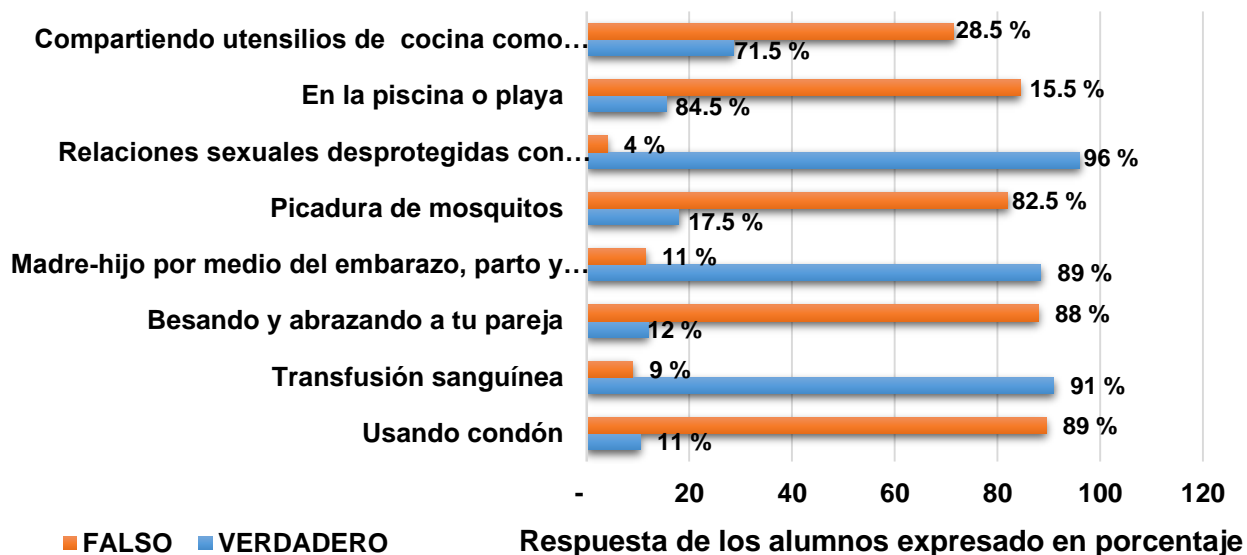


Respuesta de los alumnos expresado en porcentaje

INTERPRETACIÓN: Con un 58.5 % es el virus de inmunodeficiencia humana, 25% es un virus que aún no tiene cura.

GRÁFICO N° 19

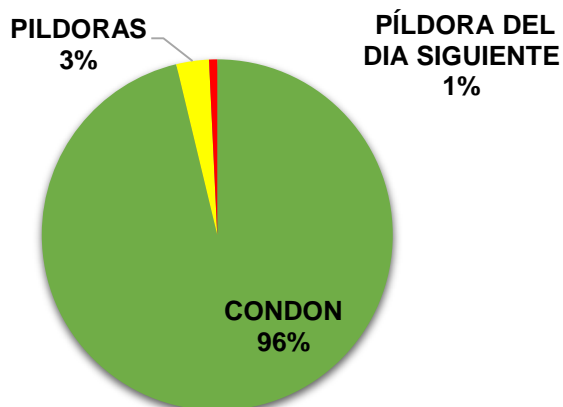
CUÁL DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES UNA PERSONA SE PUEDE CONTAGIAR DEL VIH



INTERPRETACIÓN: Como respuestas correctas el 96% es por relaciones sexuales desprotegidas con persona infectada, 91% por transfusiones sanguíneas y el 89% madre-hijo por medio del embarazo, parto y lactancia.

GRÁFICO N° 20

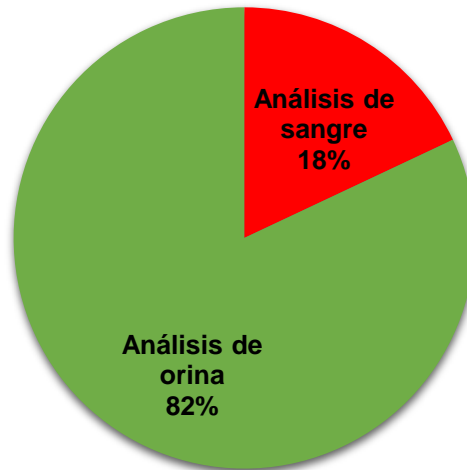
CONOCEN QUE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PROTEGEN CONTRA LAS ITS Y VIH-SIDA



INTERPRETACIÓN: El 66% refiere si conocer de los cuales indican que el 96% es el condón, 3% píldoras, 1% píldora del día siguiente a diferencia del 34% no conoce.

GRÁFICO N° 21

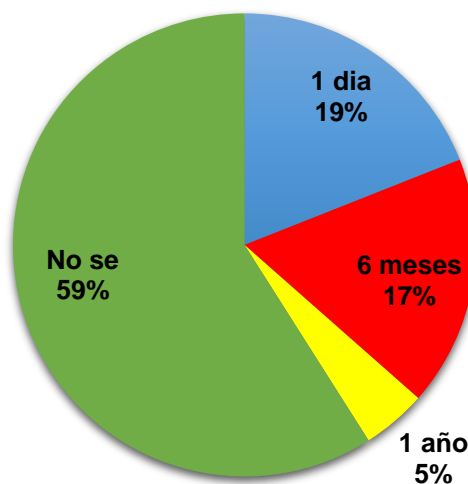
CUÁLES SON LOS ANÁLISIS QUE SE UTILIZAN PARA SABER QUE UNA PERSONA TIENE EL VIH



INTERPRETACIÓN: El 82% indica que es por análisis de orina y el 18% es mediante los análisis de sangre.

GRÁFICO N° 22

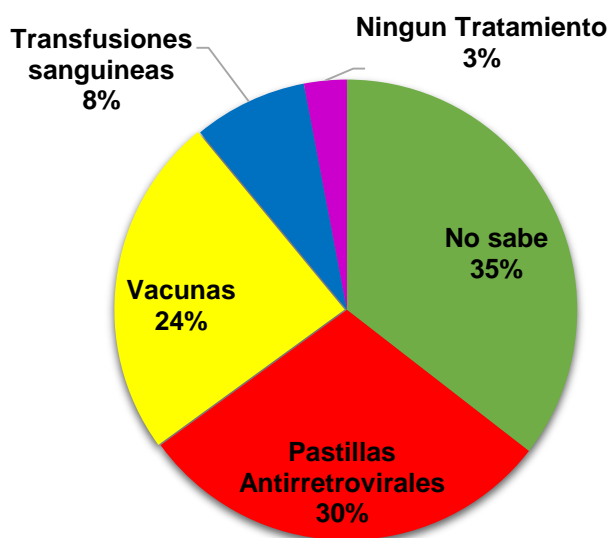
CUANTO TIEMPO DEBE ESPERAR UNA PERSONA PARA REALIZARSE LA PRUEBA DEL VIH, DESPUES DE HABER TENIDO RELACIONES SEXUALES SIN PROTECCIÓN



INTERPRETACIÓN: El 59% no saben y 17% seis meses lo cual es correcto.

GRÁFICO N° 23

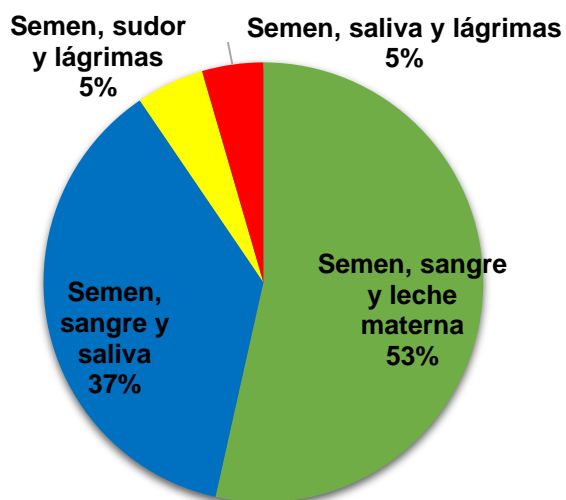
QUE TRATAMIENTO DEBE SEGUIR UNA PERSONA QUE TIENE LA INFECCIÓN POR EL VIH



INTERPRETACIÓN: El 30% indica como respuesta correcta que son las pastillas antirretrovirales.

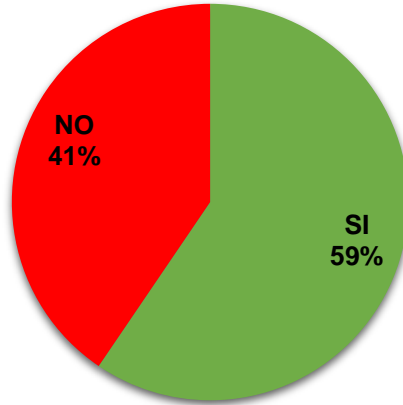
GRÁFICO N° 24

EL VIRUS DEL VIH SE ENCUENTRA EN MAYOR CONCENTRACIÓN



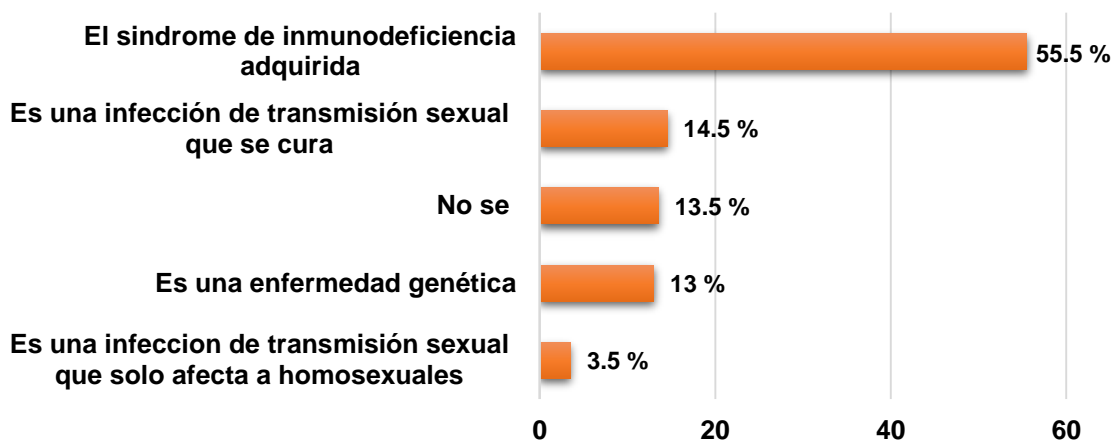
INTERPRETACIÓN: El 53% indica que se encuentra en el semen, sangre y leche materna.

GRÁFICO N° 25
EL VIH ES IGUAL AL SIDA



INTERPRETACIÓN: El 59% indica que es lo mismo.

GRÁFICO N° 26
QUE ES EL SIDA

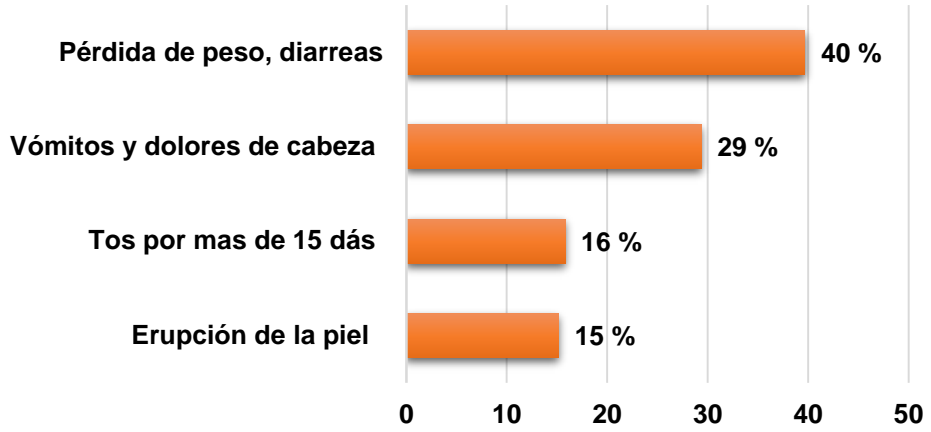


Respuesta de los alumnos expresado en porcentaje

INTERPRETACIÓN: El 55.5 % indica como respuesta correcta que es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

GRÁFICO N° 27

CUÁLES SON LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA INFECCIÓN POR EL VIH

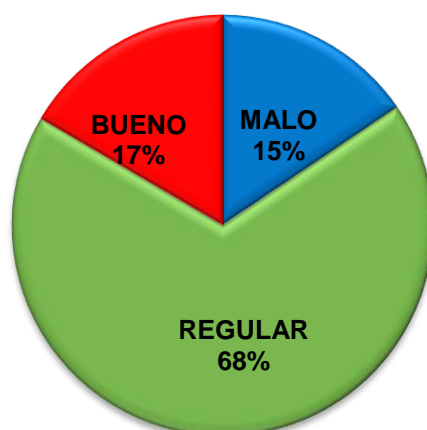


Respuesta de los alumnos expresado en porcentaje

INTERPRETACIÓN: El 40% indica que son la pérdida de peso, diarreas, 15% erupción de la piel.

GRÁFICO N° 28

CONOCIMIENTOS SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH-SIDA EN LOS ESTUDIANTES DEL QUIENTO AÑO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA MIXTA N° 72 SAN MARTIN DE PORRES, 2015



INTERPRETACIÓN: Según el gráfico de 200 estudiantes encuestados el 68% se encuentran en conocimiento regular, 17% conocimiento bueno y el 15% corresponde a un conocimiento malo. Lo que indica que la mayoría de estudiantes se encuentran en un regular conocimiento sobre ITS y VIH-SIDA.

TABLA N° 29

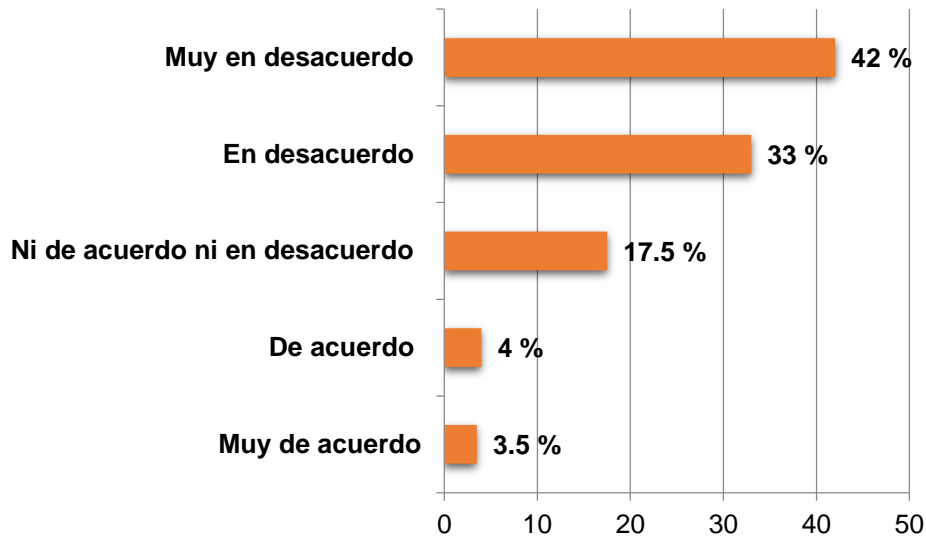
SEXO y CONOCIMIENTOS

SEXO		CONOCIMIENTO			Total
		MALO	REGULAR	BUENO	
FEMENINO	Recuento	9	56	19	84
	% de SEXO	10,7%	66,7%	22,6%	100,0%
MASCULINO	Recuento	22	80	14	116
	% de SEXO	19,0%	69,0%	12,1%	100,0%
Total	Recuento	31	136	33	200
	% de SEXO	15,5%	68,0%	16,5%	100,0%

INTERPRETACIÓN: Se observa el sexo femenino el 66,7% tiene un conocimiento regular, 22,6% conocimiento bueno, 10,7% conocimiento malo, en cuanto al sexo masculino el 69,0% tiene un conocimiento regular, 19,0% conocimiento malo, 12,1% conocimiento bueno.

ACTITUDES

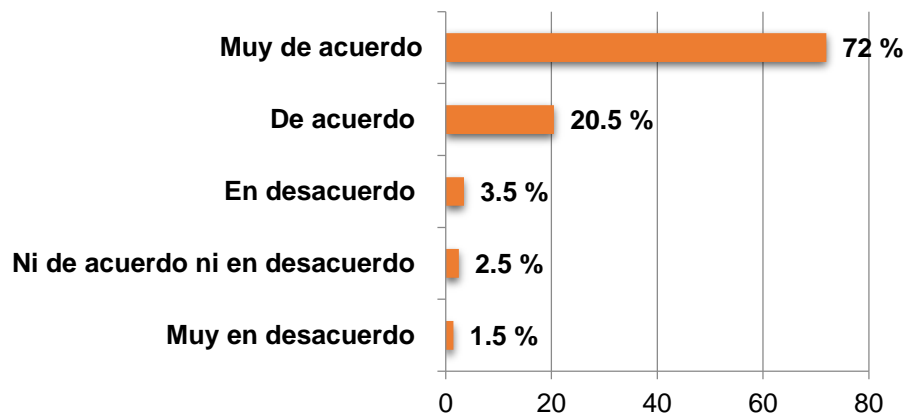
GRÁFICO N° 30
DISCRIMINARÍAS A UNA PERSONA CON VIH



Respuesta de los alumnos expresado en porcentaje

INTERPRETACIÓN El 42% refiere estar muy en desacuerdo.

GRÁFICO N° 31
EL PRESERVATIVO ES RESPONSABILIDAD DEL HOMBRE Y DE LA MUJER

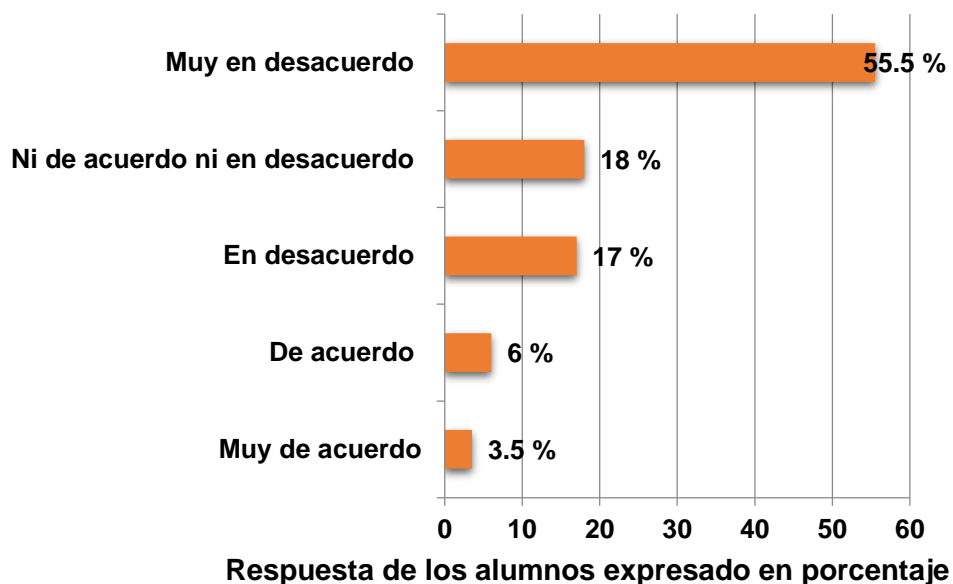


Respuesta de los alumnos expresado en porcentaje

INTERPRETACIÓN: El 72% refiere estar muy de acuerdo.

GRÁFICO N° 32

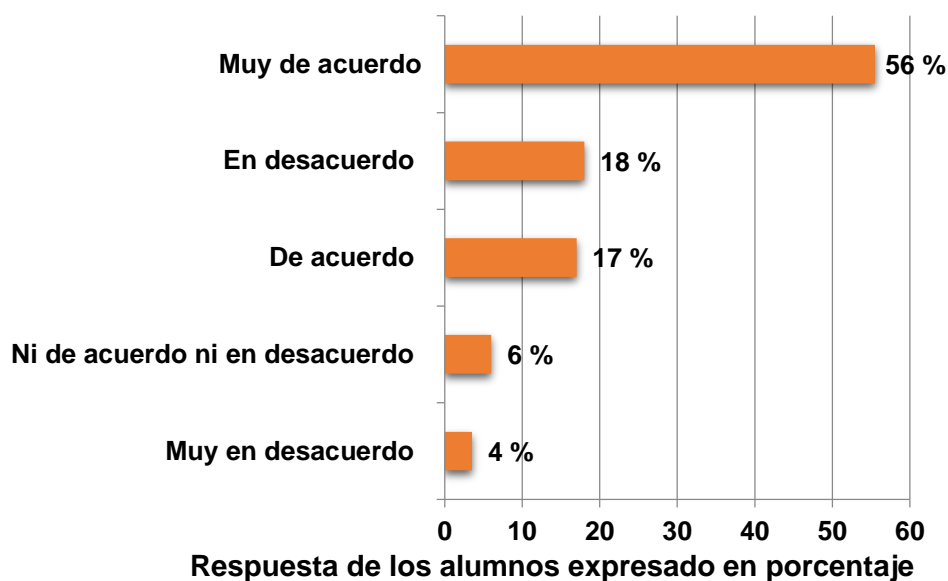
CONSIDERAS QUE LA PRÁCTICA SEXUAL ORAL, VAGINAL Y ANAL SON MÁS RIESGOSAS PARA ADQUIRIR UNA ITS Y VIH-SIDA



INTERPRETACIÓN: El 55.5 % refiere estar muy en desacuerdo.

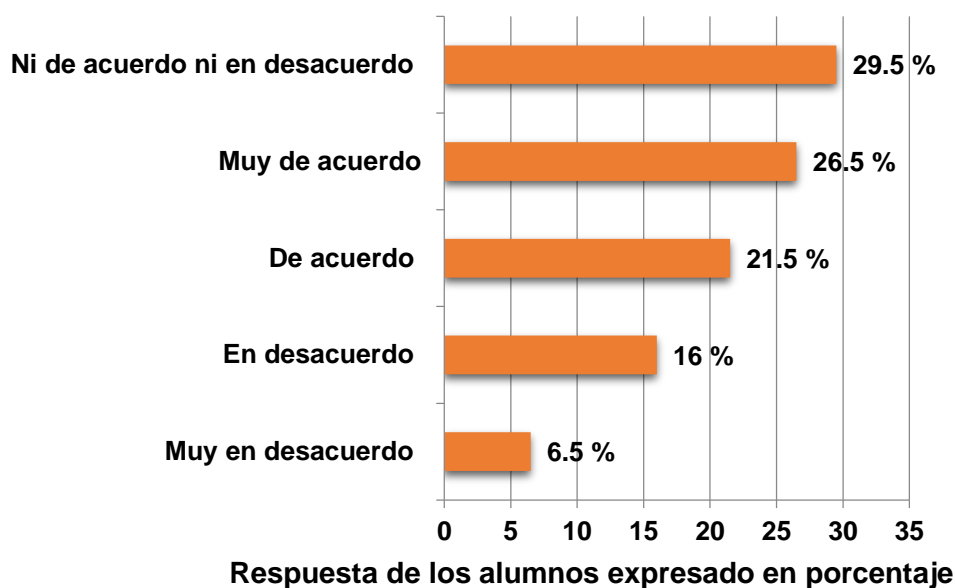
GRÁFICO N° 33

TENDRÍAS RELACIONES SEXUALES CON ALGUIEN POR DINERO



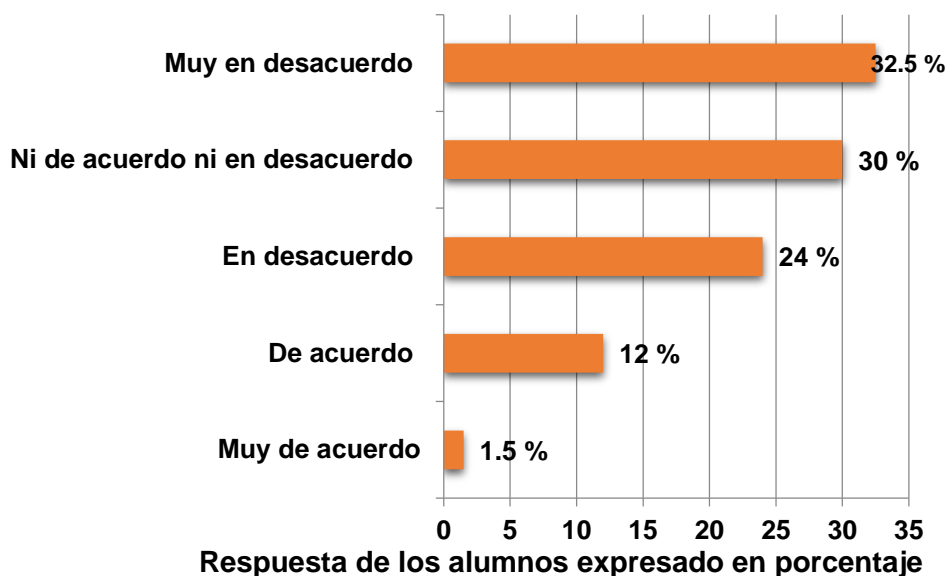
INTERPRETACIÓN: El 56% refiere estar muy de acuerdo.

GRÁFICO N° 34
RECHAZARÍA UNA RELACIÓN SEXUAL SIN PROTECCIÓN



INTERPRETACIÓN: El 29.5 % refiere estar ni de acuerdo ni en desacuerdo.

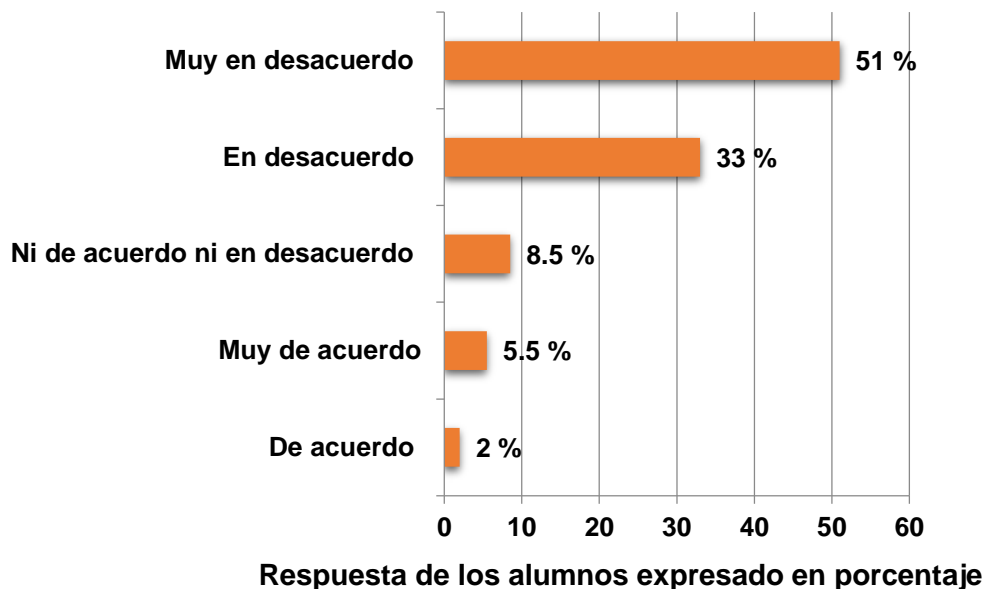
GRÁFICO N° 35
SI ESTUVIERAS BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL O DROGAS TENDRÍAS RELACIONES SEXUALES



INTERPRETACIÓN: El 32.5 % refiere estar muy en desacuerdo.

GRÁFICO N° 36

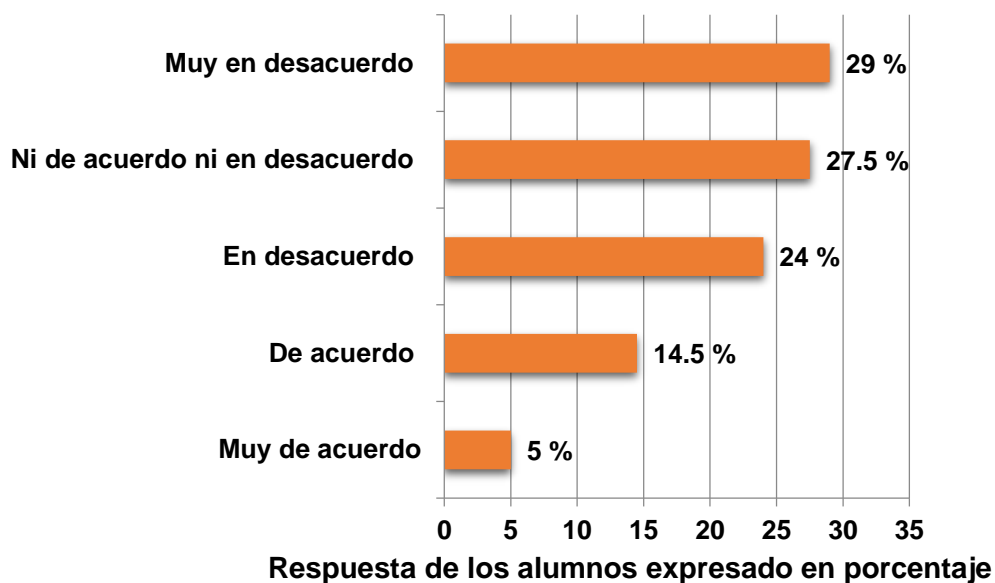
EL USO DE CONDONES ES SOLO PARA LOS HOMOSEXUALES Y TRABAJADORAS SEXUALES (PROSTITUTAS)



INTERPRETACIÓN: El 51% refiere estar muy en desacuerdo.

GRÁFICO N° 37

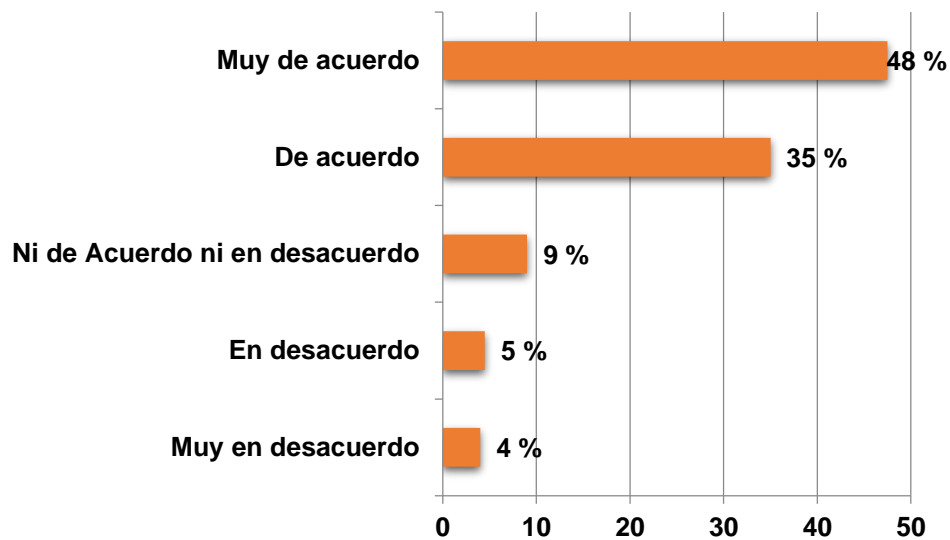
CREES QUE EL CONDÓN NO ES EFECTIVO, MATA EL ROMANTICISMO DE LA SITUACIÓN, RESTA PLACER



INTERPRETACIÓN: El 29% refiere estar muy en desacuerdo.

GRÁFICO N° 38

SE DEBE REALIZAR LA HIGIENE DE LOS GENITALES DESPUES DE LAS RELACIONES SEXUALES

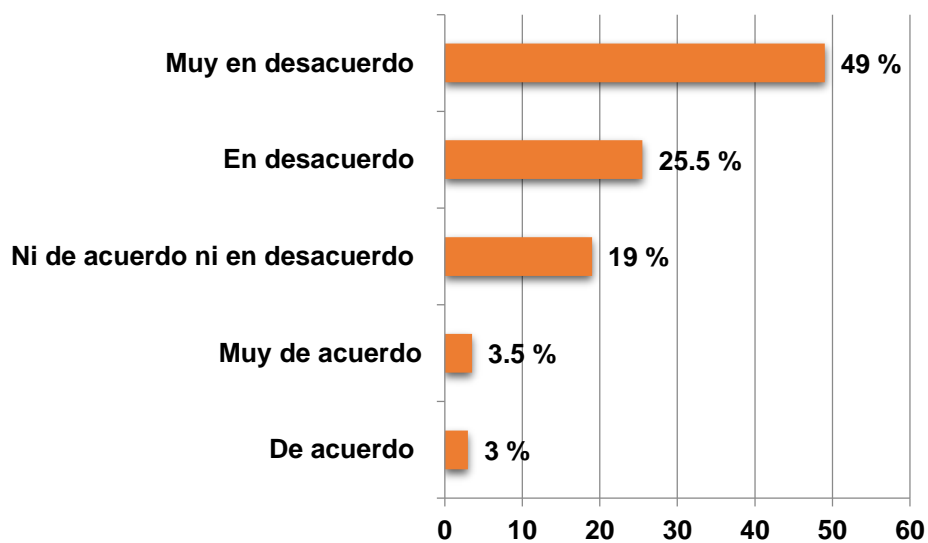


Respuesta de los alumnos expresado en porcentaje

INTERPRETACIÓN: El 48% refiere estar muy de acuerdo.

GRÁFICO N° 39

ES CORRECTO TENER RELACIONES SEXUALES CON VARIAS PERSONAS

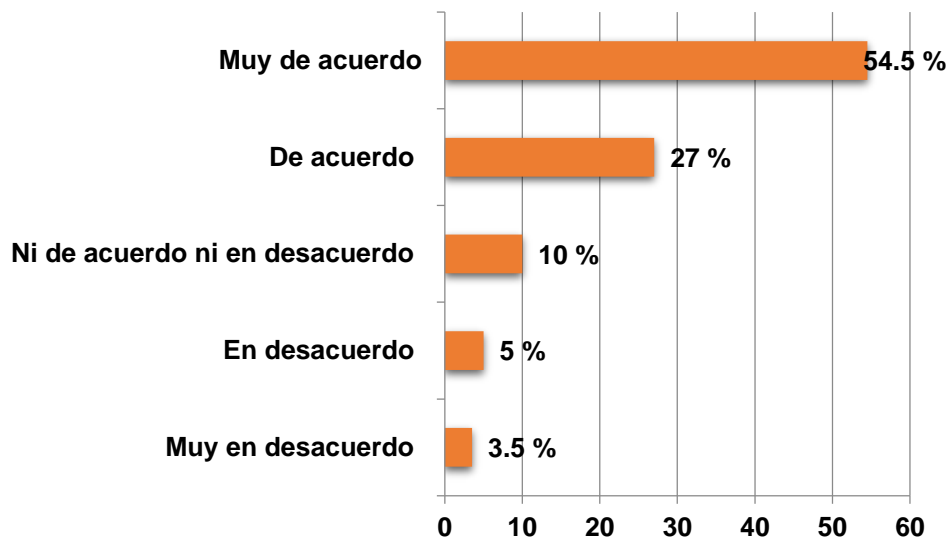


Respuesta de los alumnos expresado en porcentaje

INTERPRETACIÓN: El 49% refiere estar muy en desacuerdo.

GRÁFICO N° 40

ES IMPORTANTE SER FIEL A LA PAREJA Y ASÍ EVITAR LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

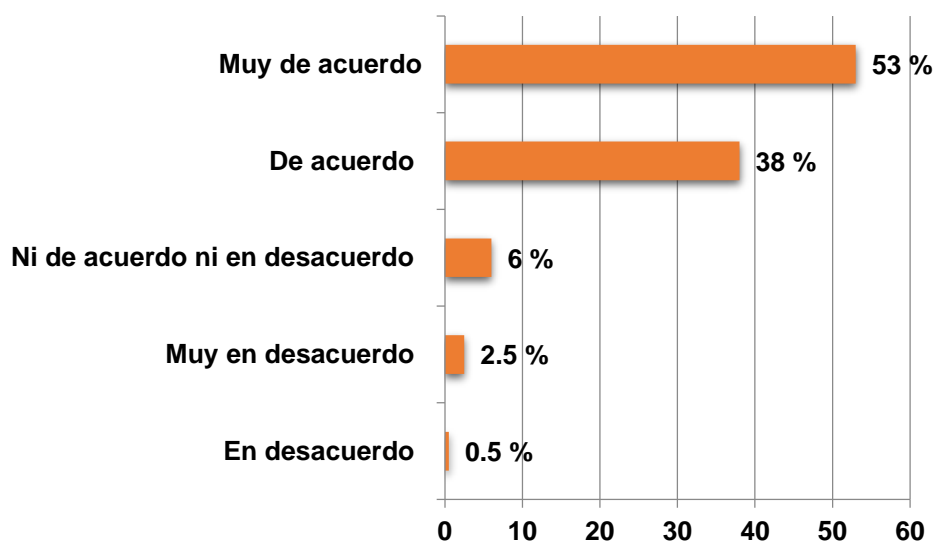


Respuesta de los alumnos expresado en porcentaje

INTERPRETACIÓN: El 54.5% refiere estar muy de acuerdo.

GRÁFICO N° 41

TE HARÍAS LA PRUEBA DEL VIH-SIDA

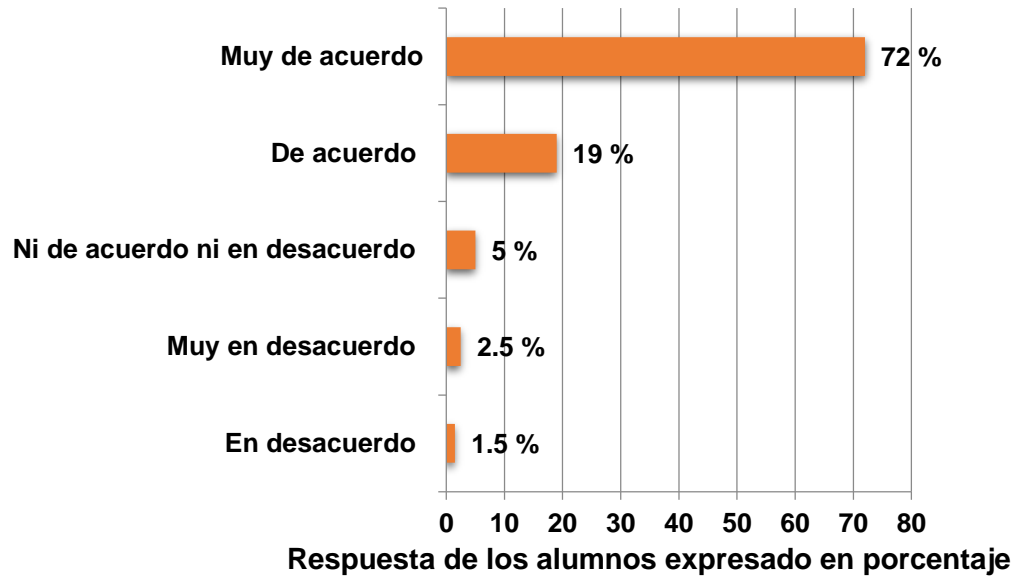


Respuesta de los alumnos expresado en porcentaje

INTERPRETACIÓN: El 53% refiere estar muy de acuerdo.

GRÁFICO N° 42

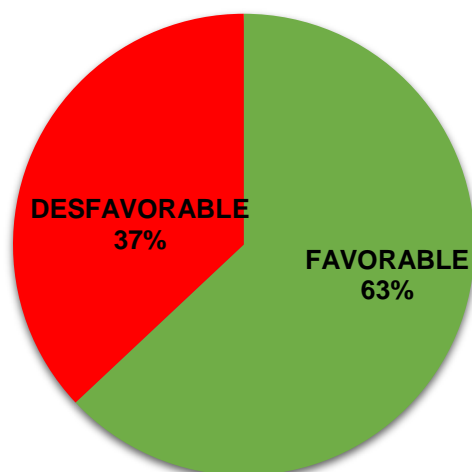
**ESTARÍAS DE ACUERDO EN RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH-SIDA**



INTERPRETACIÓN: El 72% refiere estar muy de acuerdo.

GRÁFICO N° 43

ACTITUDES SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH-SIDA EN LOS ESTUDIANTES DEL QUINTO AÑO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA MIXTA N° 72 SAN MARTIN DE PORRES, 2015.



INTERPRETACIÓN: Según el gráfico de 200 estudiantes encuestados el 63% tiene una actitud favorable y el 37% tiene una actitud desfavorable. Lo que indica que la mayoría de estudiantes encuestados tienen una actitud favorable sobre ITS y VIH-SIDA.

TABLA N° 44
SEXO y ACTITUDES

SEXO		ACTITUDES		Total
		FAVORABLE	DESFAVORABLE	
FEMENINO	Recuento	63	21	84
	% de SEXO	75,0%	25,0%	100,0%
MASCULINO	Recuento	63	53	116
	% de SEXO	54,3%	45,7%	100,0%
Total	Recuento	126	74	200
	% de SEXO	63,0%	37,0%	100,0%

INTERPRETACIÓN: Se observa el sexo femenino el 75% tiene una actitud favorable, 25% actitud desfavorable, en cuanto al sexo masculino el 54,3% tiene una actitud favorable, 45,7% actitud desfavorable.

DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo de investigación es Determinar los conocimientos y actitudes sobre Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-SIDA en estudiantes de quinto año de educación secundaria de la Institución Educativa Mixta N°72 San Martín de Porres, 2015.

En el siguiente estudio realizado con estudiantes de quinto año de educación secundaria en cuanto al conocimiento tienen una calificación regular con el 68%. Estos resultados coinciden con los descritos por Cortes A; García R, que realizó un estudio denominado Intervención en el conocimiento, creencias y percepción de riesgo sobre infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA la Habana en una Facultad de Tecnología de la Salud se concluyó que se evidencia un aumento en los niveles de conocimientos con un 38,6 %.⁸

En el siguiente estudio, los estudiantes ya iniciaron su vida sexual el 31% a los 15 años y el 38% entre los 13 y 14 años muestran comportamientos estrechamente relacionados al riesgo de contraer una ITS y VIH-SIDA, tales como la edad temprana de inicio de relaciones sexuales y tener varias parejas sexuales en la investigación el 34% ha tenido de 5 a más parejas sexuales. Se revisó otras investigaciones y coincidieron con nuestro estudio Orcasita L; López M. reporta múltiples parejas sexuales por año, aspecto que aumenta la posibilidad de contraer una ITS.⁹

En cuanto a las actitudes que presentaron los estudiantes de quinto año es que tienen una actitud favorable sobre las infecciones de transmisión sexual y los conocimientos regulares. Lo cual coincide con otras investigaciones Cardona J, Arboleda P. realizaron un estudio denominado Conocimientos, actitudes y prácticas acerca de infecciones de transmisión sexual en adolescentes del Municipio de Caldas, se concluyó que el nivel de conocimiento fue insatisfactorio esto se debe según la residencia siendo mayor en habitantes de zonas urbanas y las actitudes y prácticas fueron satisfactorias en las mujeres.¹⁰

En el siguiente estudio se ha observado de los 200 estudiantes encuestados el 58% fueron hombres, el 42% mujeres. La información recibida de las ITS y VIH-SIDA es que el 42% la recibió por parte de su familia. El uso del condón el 57% fue utilizado como método anticonceptivo en sus relaciones sexuales. Lo cual coincide con otras investigaciones de Pavía Ruz; Góngora Renán. En su estudio reportaron que 301 fueron mujeres y 251 hombres, el medio de comunicación por el que se enteraron del SIDA fue la radio, el uso de condón como medida preventiva para VIH fue de solo 3% en mujeres 5.5% en hombres respectivamente el tener solo una pareja sexual no se consideraban en riesgo de adquirir VIH.¹¹

Los resultados mostrados en la investigación respecto a los conocimientos en ITS y VIH-SIDA se encontró que la mayoría de estudiantes, el 68% tienen conocimientos regulares, 15% conocimientos malos y 17% conocimientos buenos. Se revisó con otras investigaciones Díaz C; Cantillo L. realizaron un estudio denominado Conocimientos sobre VIH/SIDA en Adolescentes de la Universidad Cartagena, concluyo que el 70% de estudiantes encuestados tienen conocimiento regular, conocimientos deficientes 19,8%, buen nivel de conocimientos 11,4%.¹²

Se realizó un estudio con estudiantes de quinto año de educación secundaria encontramos que los resultados son semejantes ya que se encontró que la mayoría de los estudiantes el 68% tienen conocimientos regulares, el 15% conocimiento malo, el 17% conocimiento bueno. Se revisó con otras investigaciones Leguía J, Niño B. realizaron un estudio denominado Nivel de conocimientos sobre VIH-SIDA en una Institución Educativa de José Leonardo Ortiz – Chiclayo- Perú.” concluyo que los estudiantes se encuentran en cuanto a los conocimientos con un nivel Bajo el 58,3%, seguido de nivel Medio 22,7% y por ultimo un nivel de conocimientos Alto 19,0%.¹³

CONCLUSIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos se llega a las siguientes conclusiones que a continuación se presentan:

- El 68% de estudiantes tiene conocimientos regulares sobre las infecciones de transmisión sexual y VIH- SIDA, el sexo femenino el 66,7% tiene un conocimiento regular, 22,6% conocimiento bueno, 10,7% conocimiento malo, en cuanto al sexo masculino el 69,0% tiene un conocimiento regular, 19,0% conocimiento malo, 12,1% conocimiento bueno en los estudiantes de quinto año de educación secundaria de la Institución Educativa Mixta N° 72 San Martín de Porres 2015.
- El 63% de estudiantes tiene una actitud favorable sobre las infecciones de transmisión sexual y VIH- SIDA, el sexo femenino el 75% tiene una actitud favorable, 25% actitud desfavorable, en cuanto al sexo masculino el 54,3% tiene una actitud favorable, 45,7% actitud desfavorable en los estudiantes de quinto año de educación secundaria de la Institución Educativa Mixta N° 72 San Martín de Porres 2015.

RECOMENDACIONES

Las recomendaciones que surgen de la presente investigación son las siguientes:

1. Que las autoridades de la Institución Educativa Mixta N° 72 San Martín de Porres, incorporen intervenciones educativas como clases de educación sexual a los estudiantes, como medida de prevención, ya que de acuerdo a los resultados ellos tienen un conocimiento regular pero sin embargo tienen una actitud favorable sobre las ITS y VIH-SIDA.
2. Que los directivos de la Institución Educativa Mixta N° 72 San Martín de Porres organicen actividades de charlas educativas con los padres de familia y así puedan dar una información adecuada y la más correcta a sus hijos.
3. Los directivos de la Institución Educativa Mixta N° 72 San Martín de Porres formen alianzas con el centro de salud más cercano buscando la participación de los Obstetras, a través de medios educativos que refuercen los temas como: educación sexual, tomar decisiones libre y responsable, autoestima, equidad de género, integridad y cuidado del cuerpo, y bajo la información dada pueda crear consciencia en la población adolescente.

ANEXOS

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Ministerio de Salud. "Guías Nacionales de Atención a la Salud Reproductiva". Lima: Quebecor World Perú S.A, 2006, pág.1.
2. Organización Mundial de la Salud. Infecciones de Transmisión sexual. [Sitio en Internet]. Consultado: 23 de junio de 2014. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es>.
3. Sexo, prevención y riesgo. Adolescentes y sus madres frente al VIH y las ITS en el Perú. [Sitio en Internet]. Consultado: 16 de abril de 2014: Disponible en; <http://www.unfpa.org.pe/publicacionesperu/CARE-sexo-prevención-riesgo.pdf>.
4. Ministerio de Salud. "Guía Nacional de Manejo de Infecciones de Transmisión Sexual". Lima 2006, pág.11.
5. American Academy of Child Adolescent Psychiatry. Los niños, los adolescentes y el VIH-SIDA. [Sitio en Internet]. Consultado: 23 de junio de 2015. Disponible en: http://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_familiesPages/Spanish/los_Niños_Los_Adolescentes_y_el_VIH_SIDA_30.asp.
6. Unicef. Encuesta de Línea de base sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual y VIH-SIDA en niños, niñas y adolescentes. [Sitio en Internet]. Consultado: 13 de agosto de 2015. Disponible en: http://www.unicef.org/republicadominicana/Encuesta_saludsexual_VIH_CRS.pdf.
7. Dionicio Juana. Los conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de los adolescentes ante las ETS. [tesis para obtener el grado académico de Magister en Salud Reproductiva] .Perú-Lima; 2010.

8. Cortes A; García R. Intervención en el conocimiento, creencias y percepción de riesgo sobre infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA, la Habana [Tesis Doctoral].Cuba: Universidad de la Habana; 2014.
9. Orcasita L; López M. Conocimientos sobre riesgos frente a infecciones de transmisión sexual (ITS) en estudiantes universitarios [Tesis para optar el Título de Enfermería]. Cali, Colombia: Universidad de Cali; 2014.
10. Cardona J; Arboleda P. Conocimientos, actitudes y prácticas acerca de infecciones de transmisión sexual en adolescentes del Municipio de Caldas. [Tesis Doctoral] Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia Medellín, 2013.
11. Pavía Ruz N; Góngora Renán. Conocimientos, actitudes y percepción de riesgo en referencia al VIH/SIDA en población rural [Tesis Doctoral]. Yucatán, México: Universidad Autónoma de Yucatán, México; 2012.
12. Díaz C; Cantillo L. Conocimientos sobre VIH/SIDA en Adolescentes de la Universidad Cartagena [Tesis Doctoral]. Colombia: Universidad Cartagena; 2011.
13. Leguía Juan, Niño B. Nivel de conocimientos sobre VIH-SIDA en una Institución Educativa de José Leonardo Ortiz – Chiclayo. Marzo – Mayo 2011. [Tesis Doctoral]. Chiclayo, Perú: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2011.
14. Sánchez Romero Víctor. Conocimientos y actitudes acerca de las ITS y el VIH/Sida de los adolescentes varones en dos comunidades zonales de Chimbote-Perú [Tesis Doctoral] Chimbote, Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, 2010.

15. Vásquez DS. Rojas G. Conocimiento en VIH/SIDA y comportamiento sexual en estudiantes de la UNAP, IQUITOS -2009” [Tesis Doctoral] Iquitos, Peru: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2009.
16. Chávez Raraz N. Nivel de conocimientos acerca de las formas de transmisión y medidas preventivas del VIH/ SIDA en los adolescentes de la Institución Educativa Julio Cesar Tello del Distrito de Ate Vitarte – Lima Perú, 20 de Pachacamac diciembre 2010. [tesis para optar el título de licenciada en enfermería] Lima. Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marco; 2010.
17. Quispe Montañez Roxana. Nivel de conocimiento acerca de las formas de transmisión del VIH/SIDA y las actitudes hacia las prácticas sexuales riesgosas de los adolescentes de la Institución Educativa Isaías Ardiles [tesis para optar el título de licenciada en enfermería] Lima. Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2011.
18. Enciclopedia Libre Wikipedia. Actitud [Situado en Internet]. Estados Unidos. [Consultado el 15 de abril de 2015]. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Actitud>.
19. Organización Panamericana de la Salud. Salud del Adolescente .OPS/OMS Washington.1995.P.
20. Dirección General de Salud de las Personas Estrategia Sanitaria Nacional Prevención y Control de Infecciones de transmisión sexual y VIH-SIDA. Guía Nacional de Manejo de Infecciones de transmisión sexual. [Sitio en Internet] .Consultado: 06 de febrero de 2015. Disponible en:ftp://ftp2.minsa.gob.pe/docconsulta/documentos/dgsp/vihsida/GuiaNacionalITS_Dic2006.pdf.
21. Ministerio de Salud. Guía Nacional de Manejo de Infecciones de Transmisión Sexual. [Sitio en Internet].Consultado: 22 de Noviembre de 2015. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/pvigia>.

22. Ministerio de Salud. Estrategia Sanitaria Nacional Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA. [Sitio en Internet]. Consultado: 7 de febrero de 2015. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/PortalVIH/internomenu.asp>.
23. Terapia antirretrovírica para la prevención de la infección por el VIH en adultos y adolescentes: Recomendaciones para un enfoque basado en la salud pública (en inglés). [Sitio en Internet]. Consultado el 7 de febrero de 2015. Disponible en: [http://www.who.int/hiv/pub/gu\]idelines/artadultguidelines.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/gu]idelines/artadultguidelines.pdf).
24. Infosida. Todo lo que necesitas saber del VIH y SIDA. [Sitio en Internet]. Consultado: 25 de julio de 2015. Disponible en: <http://www.infosida.es/que-es-el-vih>.
25. Organización Mundial de la Salud. Infecciones de Transmisión sexual y VIH- SIDA. [Sitio en Internet]. Consultado: 6 de noviembre de 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es>
26. Enciclopedia Libre Wikipedia. [Situado en Internet]. Estados Unidos. Consultado el 15 de abril de 2015. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki>.
27. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. [Situado en Internet]. Madrid. Consultado: 6 de noviembre de 2015. Disponible en: <http://dle.rae.es/?w=educativa&m=form&o=h>.

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH-SIDA EN ESTUDIANTES DE QUINTO AÑO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA MIXTA N°72 SAN MARTIN DE PORRES, 2015.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	MÉTODO
<p>PROBLEMA PRINCIPAL</p> <p>• ¿Cuáles son los conocimientos y actitudes sobre Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-SIDA en</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>• Determinar los conocimientos y actitudes sobre Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-SIDA en</p>	<p>No Aplica</p>	<p>VARIABLE</p> <p style="text-align: center;">1</p> <p>Conocimientos sobre Infecciones de Transmisión sexual y VIH-SIDA</p>	<p style="text-align: center;">ITS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Concepto de ▪ Formas de transmisión ▪ Clasificación ▪ Signos y síntomas 	<p style="text-align: center;">TIPO DE INVESTIGACIÓN</p> <p style="text-align: center;">Descriptivo Aplicativo Cuantitativo</p>

<p>estudiantes de quinto año de educación secundaria de la Institución Educativa Mixta N°72 San Martin de Porres ,2015?</p> <p>PROBLEMAS SECUNDARIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son los conocimientos sobre las medidas preventivas de las Infecciones de Transmisión Sexual y actitud hacia su aplicación en los estudiantes de quinto año de educación secundaria de la Institución Educativa Mixta N°72 San Martin de 	<p>estudiantes de quinto año de educación secundaria de la Institución Educativa Mixta N°72 San Martin de Porres, 2015.</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Describir los conocimientos sobre las Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA en los estudiantes de quinto año de educación secundaria de la Institución Educativa Mixta N°72 San Martin de Porres, 2015. 			<p>VIH</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Concepto ▪ Formas de transmisión ▪ Signos y síntomas ▪ Prueba de laboratorio ▪ Tratamiento <p>SIDA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Concepto ▪ Signos y síntomas 	<p>POBLACIÓN</p> <p>Consta de aproximadamente 200 estudiantes de quinto año de educación secundaria</p> <p>MUESTRA</p> <p>Población total</p> <p>INSTRUMENTO</p> <p>Cuestionario</p>
			<p>VARIABLE</p> <p>2</p> <p>Actitudes sobre</p>	<p>ITS y VIH-SIDA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Uso del preservativo ▪ Prácticas sexuales 	

<p>Porres, 2015?</p> <p>• ¿Cuál es la actitud de los estudiantes en la prevención y control de las Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-SIDA en estudiantes de quinto año de educación secundaria de la Institución Educativa Mixta N°72 San Martín de Porres, 2015?</p>	<p>• Determinar las actitudes sobre las infecciones de transmisión sexual y VIH-SIDA en los estudiantes de quinto año de educación secundaria de la Institución Educativa Mixta N°72 San Martín de Porres, 2015.</p>		<p>Infecciones de transmisión sexual y VIH-SIDA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicio sexual ▪ Alcohol y drogas, mitos 	<p>TÉCNICA</p> <p>Encuesta</p>
---	--	--	---	--	---------------------------------------

INSTRUMENTO



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH-SIDA

Investigadora: Ingrid Fiorella Chambergo Cayo

Este cuestionario forma parte de una investigación sobre **“Conocimientos y actitudes sobre infecciones de transmisión sexual y VIH-SIDA en estudiantes de quinto año de educación secundaria de la Institución Educativa Mixta N° 72 San Martín de Porres, 2015”**. Es anónimo. Tenga la amabilidad de responder con sinceridad las preguntas. Gracias!

I. DATOS Y ANTECEDENTES GENERALES:

1. EDAD:
.....
2. SEXO:
 Femenino Masculino
3. PROCEDENCIA:.....
4. ¿HA INICIADO UD SUS RELACIONES SEXUALES?
 Sí No
5. ¿A QUÉ EDAD TUVO UD SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL?:
.....
6. ¿CON QUÉ ORIENTACIÓN SEXUAL SE IDENTIFICA USTED?:
 Heterosexual Homosexual Bisexual
7. ¿ACTUALMENTE TIENE UD. PAREJA SEXUAL? (pareja con la que tiene relaciones sexuales):
 Sí No

3. MARQUE CON UN "X". ¿CUÁL **NO** ES UNA INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL?

Hepatitis B

Hepatitis A

Gonorrea

VIH-SIDA

Sífilis

4. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES FAVORECE EL CONTAGIO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL? PUEDE MARCAR MÁS DE UNA RESPUESTA

Relaciones con personas desconocidas.

Relaciones solo con tu pareja estable.

Relaciones sin condón.

Saludar o abrazar a una persona (infectada).

Compartiendo un aula de clase

5. ¿CONOCES CUÁLES SON LOS SIGNOS LAS SEÑALES o SÍNTOMAS DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL?

Sí

No

6. LA GONORREA ES UNA INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL QUE AFECTA MÁS A LAS MUJERES QUE A LOS HOMBRES:

Sí

No

7. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL PRODUCE VERRUGAS EN EL PENE O VAGINA?

Gonorrea

Sífilis

Infección por el Virus del Papiloma Humano

Herpes Genital

No sé.

8. ¿QUE ES EL VIH?

Es el virus de inmunodeficiencia humana.

Es causado por medio de picadura de insectos

- Es un virus que aún no tiene cura
- Es causado por medio de besos y caricias con una persona infectada.
- No sé.

9. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES UNA PERSONA SE PUEDE CONTAGIAR DEL VIH? MARCAR VERDADERO (V) O FALSO (F)

- | | |
|--|--|
| Usando condón. <input type="checkbox"/> | Relaciones sexuales desprotegidas con persona infectada. <input type="checkbox"/> |
| Transfusión sanguínea. <input type="checkbox"/> | En la piscina o playa. <input type="checkbox"/> |
| Besando y abrazando a tu pareja. <input type="checkbox"/> | Compartiendo utensilios de cocina como cucharas, tenedor, cuchillo. <input type="checkbox"/> |
| Madre-hijo por medio del embarazo, parto y lactancia materna. <input type="checkbox"/> | |
| Picadura de mosquitos <input type="checkbox"/> | |

10. ¿CONOCES QUÉ MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PROTEGEN CONTRA LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH-SIDA?

- Sí. ¿Cuál?: No

11. ¿QUÉ ANÁLISIS SE UTILIZA PARA HALLAR QUE UNA PERSONA TIENE EL VIH?

- Análisis de orina Análisis de heces
- Análisis de sangre

12. ¿CUÁNTO TIEMPO DEBE ESPERAR UNA PERSONA PARA REALIZARSE LA PRUEBA DE VIH, DESPUES DE HABER TENIDO RELACIONES SEXUALES SIN PROTECCIÓN?

- 1 día
- 6 meses
- 1 año
- No sé.

13. ¿QUÉ TRATAMIENTO DEBE SEGUIR UNA PERSONA QUE TIENE LA INFECCIÓN POR EL VIH (VIH +)?

- Vacunas,
- Pastillas Antirretrovirales.
- Transfusiones sanguíneas.
- Ningún tratamiento.
- No sabe.

14. EL VIRUS DEL VIH SE ENCUENTRA EN MAYOR CANTIDAD EN:

- Semen, sangre y saliva
- Semen, sangre y leche materna
- Semen, sudor y lágrimas
- Semen, saliva y lágrimas

15. ¿EL VIH ES IGUAL AL SIDA?

- Sí
- No

16. ¿QUE ES EL SIDA?

- Es una enfermedad genética.
- El síndrome de inmunodeficiencia adquirida.
- Es una infección de transmisión sexual que se cura.
- Es una infección de transmisión sexual que solo afecta a homosexuales.
- No sé.

17. ¿CUALES SON LOS SIGNOS y SÍNTOMAS DE LA INFECCIÓN POR EL VIH? PUEDE MARCAR MÁS DE UN RESPUESTA.

- Pérdida de peso, diarreas
- Erupción de la piel
- Tos por más de 15 días
- Vómitos y dolores de cabeza

III. ACTITUDES: Lea cuidadosamente cada una de las afirmaciones y marca con un aspa (x) la alternativa de tu elección:

AFIRMACIONES	ALTERNATIVAS				
1. Discriminarías a una persona con VIH-SIDA	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de Acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
2. El uso del preservativo es responsabilidad del hombre y de la mujer	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
3. Consideras que la práctica sexual oral, vaginal, y anal son más riesgosas para adquirir una ITS y VIH-SIDA	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
4. Tendrías relaciones sexuales con alguien por dinero	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
5. Rechazaría una relación sexual sin protección	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
6. Si estuvieras bajo los efectos del alcohol o drogas tendrías relaciones sexuales.	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
7. El uso de condones son solo para los homosexuales y trabajadores sexuales(prostitutas)	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
8. Crees que el condón no es efectivo, mata el romanticismo de la situación, resta placer.	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
9. Se debe realizar la higiene de los genitales después de las relaciones sexuales.	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
10. Es correcto tener relaciones sexuales con varias personas.	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
11. Es importante ser fiel a la pareja para evitar las Infecciones de Transmisión Sexual.	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
12. Te harías la prueba del VIH-SIDA	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
13. Estarías de acuerdo en recibir información sobre infecciones de transmisión sexual y VIH-SIDA	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo