

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León
Facultad de Ciencias Médicas
Carrera de Medicina



Tesis para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención de infecciones de transmisión sexual, en estudiantes de secundaria de 6 colegios de la ciudad de León, Nicaragua, marzo a mayo 2019.

Autores:

Br. Madelin Edith González Castro

Br. Milthon Alí Gutiérrez Reyes

Tutor:

Dr. Ramón Hernández Castellón (MSc)
Docente de Ciencias Fisiológicas, UNAN-León
Maestría en Salud Pública - Maestría en Epidemiología
Especialidad en Toxicología - Diplomado en Diabetología

León, 2019

“A la libertad por la Universidad”

Agradecimientos

- A Dios, quien nos da vida y sabiduría cada día para lograr concluir con éxito esta etapa de nuestras vidas.
- A nuestros padres quienes nos dieron vida, amor, educación, apoyo y consejos. Y a cada persona que de una u otra manera nos apoyaron durante el proceso de nuestra formación.
- A nuestros maestros; quienes con sus conocimientos, experiencia, paciencia y motivación han logrado que podamos terminar esta investigación, en especial a nuestro tutor Dr. Ramón Hernández por brindarnos apoyo y confianza en nuestro trabajo.

Resumen

Introducción: Durante la adolescencia se establecen y fortalecen los conocimientos, actitudes y patrones conductuales, incluyendo aquéllos vinculados con las relaciones interpersonales y la sexualidad; cuyo ejercicio responsable, respetuoso y equitativo es fundamental para disminuir las conductas sexuales riesgosas. **Objetivo:** Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre infecciones de transmisión sexual en estudiantes de secundaria de tres colegios públicos y tres privados de la ciudad de León, marzo-mayo 2019. **Metodología:** Tipo de estudio: Descriptivo, transversal de tipo CAP, muestra de 226 estudiantes de entre 14 y 19 años distribuidas de la siguiente manera: 127 de 3 colegios públicos y 99 de 3 colegios privados, de los cuales 109 eran de décimo grado y 117 de undécimo grado. **Resultados:** 14 a 16 años fue el grupo de edad más frecuente, igual que las mujeres con 54%. El 96% había oído hablar de ITS, en promedio obtuvieron un 77 % de conocimientos suficientes, 80 % de actitudes favorables y 72 % de los que ya había iniciado su vida sexual mostraron tener prácticas adecuadas. **Conclusión:** los estudiantes poseen conocimientos suficientes sobre ITS, conocen las vías de transmisión pero se les dificulta reconocer síntomas y complicaciones. Existe un 80% de actitudes favorables hacia el tema. Algunos jóvenes iniciaron su vida sexual a edades muy tempranas, de los sexualmente activos, el 72% tienen prácticas orientadas a la prevención. Existe relación significativa entre los conocimientos y las actitudes de los estudiantes.

Palabras claves: Enfermedades de transmisión sexual, adolescentes, conocimiento, actitud, práctica.

Índice

I.	Introducción.....	5
II.	Antecedentes.....	6
III.	Justificación.....	7
IV.	Planteamiento del problema.....	8
V.	Objetivos.....	9
VI.	Marco teórico.....	10
VII.	Diseño metodológico.....	23
VIII.	Resultados.....	33
IX.	Discusión.....	41
X.	Conclusión.....	45
XI.	Recomendaciones.....	46
XII.	Referencias bibliográficas.....	47
XIII.	Anexos.....	53

I. Introducción

La sexualidad es la construcción social de un impulso biológico, multidimensional y dinámico, cuya experiencia está mediada por la biología, los roles de género y las relaciones de poder, también por factores como la edad, condición social y económica⁽¹⁾. Durante la adolescencia los patrones conductuales, conocimientos y actitudes se establecen y se fortalecen, incluyendo aquéllos vinculados con las relaciones interpersonales y el ejercicio de la sexualidad. El ejercicio responsable, respetuoso y equitativo de las relaciones interpersonales es fundamental para disminuir conductas sexuales riesgosas. Numerosos estudios y recomendaciones internacionales respaldan la pertinencia de programas de educación sexual integral (ESI), que empoderen y capaciten a los adolescentes para tomar decisiones que determinen la salud y la plenitud de su sexualidad en el contexto de su desarrollo y del ejercicio de sus derechos fundamentales ⁽²⁾.

En la actualidad, el comportamiento sexual de los adolescentes se ha convertido en un problema de salud; ya que las prácticas sexuales se realizan a menor edad. A nivel mundial se estima que la edad promedio de debut sexual varía entre 15 a 18 años, desencadenando infecciones de transmisión sexual (ITS), embarazos no deseados, rezago educativo, abandono escolar, etc. ⁽³⁾. A nivel nacional sólo 6 de cada 10 adolescentes sexualmente activos poseen información adecuada a cerca de las ITS y apenas 1 de cada 10 usan el preservativo como método de protección ⁽⁴⁾. La deficiencia de conocimientos sobre estas y las prácticas sexuales de riesgo conlleva a que los jóvenes sean vulnerables a adquirir una infección de transmisión sexual incluyendo, en el peor de los casos el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

Debido a que en la ciudad de León no contamos con información actualizada sobre el tema, como futuros proveedores de atención médica y conociendo que la evaluación, educación y apoyo adecuado pueden empoderar y alentar a los jóvenes a tomar decisiones sexuales sanas y más seguras, hemos considerado realizar esta investigación.

II. Antecedentes

A nivel mundial se considera que 10-25 % de los adolescentes inician las prácticas sexuales entre los 12 a 16 años, la mayoría de los ya activos lo hicieron antes de los 15 y, a pesar de que el método anticonceptivo más usado es el condón, no siempre lo utilizan, aumentando el riesgo de ITS y embarazos no deseados. Las adolescentes del sexo femenino poseen mejor educación sexual y los varones son más promiscuos ⁽⁵⁾.

En Estados Unidos de Norteamérica se encontró que el 40 % de los estudiantes de secundaria habían iniciado las relaciones sexuales y actualmente 30 % están activos sexualmente. La prevalencia de la actividad sexual aumenta con la edad, pasando del 20 % en los alumnos de 9 ° grado al 57 % en los de 12 ° grado. El condón es un método de protección usado con mayor frecuencia ⁽⁶⁾.

En Latinoamérica, estudios reflejan similitud entre los conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de adolescentes de colegios públicos y privados ^(7, 8). En algunas regiones de Colombia hay cierta diferencia, los colegios privados ofrecen mejor enseñanza y las prácticas sexuales son menos riesgosas ⁽⁹⁾

En Sudamérica los estudiantes de secundaria gozan de excelentes conocimientos sobre ITS, sin embargo no se refleja en la práctica ya que en Chile y Colombia un 33 % y 42 % respectivamente, inician sus actividades sexuales en edades fisiológicamente no apropiadas (16-17 años), por lo que concluyen que el conocimiento no es la única herramienta que garantiza las prácticas sexuales saludables en adolescentes ^(9, 10).

En países centroamericanos como El Salvador, los adolescentes de la zona rural inician las relaciones sexuales más tarde que la urbana, pero tienen menos conocimientos sobre ITS, esto podría relacionarse por la carencia de fuentes informativas ⁽¹¹⁾. En León, Nicaragua, los adolescentes presentan características similares con otros países de la región, con una mezcla de conocimientos correctos e incorrectos sobre ITS, los varones inician la vida sexual activa antes que las mujeres y usan con mayor frecuencia el preservativo ⁽¹²⁾.

III. Justificación

La mayoría de los estudiantes de secundaria inician sus actividades sexuales entre los 13-15 años de edad, aproximadamente (30%) no usan condón en su primera experiencia sexual y tienden a ser más promiscuos entre más temprano inician su vida sexual; esto, sumado a la inmadurez fisiológica del sistema reproductor, incrementa las probabilidades de contraer una ITS ^(13, 14).

A pesar de los esfuerzos realizados en las escuelas en materia de sensibilización hacia el tema de las infecciones de transmisión sexual, todavía permanecen muchas brechas y obstáculos que se ven reflejadas en patrones repetitivos de comportamientos sexuales de riesgo ⁽¹⁵⁾.

En Nicaragua, en la última década, no hay estudios actualizados de conocimientos, actitudes y prácticas preventivas sobre ITS en adolescentes. Además, en nuestro país el grupo poblacional más grande son los adolescentes, representando un 24% de la población total y, tomando en cuenta que las infecciones de transmisión sexual afectan principalmente a este grupo etario, se torna de vital importancia conocer su comportamiento sexual ^(16, 17).

Se beneficiarían directamente los adolescentes, ya que se les darán a conocer los resultados en una breve presentación y se orientará cómo llevar una vida sexual saludable. Con los resultados obtenidos el ministerio de salud en conjunto con el ministerio de educación, podrán implementar nuevas y mejores medidas para reducir las prácticas sexuales incorrectas y así disminuir la incidencia de ITS incluyendo el VIH. Por otro lado, los resultados podrán extrapolarse a poblaciones similares en otros departamentos del país, también puede ser tomado en cuenta por futuros investigadores como inspiración para realizar nuevos trabajos a nivel nacional.

IV. Planteamiento del problema

La educación sexual es un tema que genera mucha controversia, por lo que el problema se sitúa en el contexto social, ya que en el ámbito familiar aún permanecen mitos, tabúes y prejuicios en torno a la temática. Algunos consideran que la educación sexual interfiere con la educación que los padres y madres brindan a sus hijos, debido a que se contrapone a la formación de valores y vulnera la inocencia de los niños; piensan que la sexualidad pertenece a la esfera íntima de las personas y que estimula la iniciación sexual temprana ⁽¹⁸⁾. Es una situación que se convierte en amenaza porque la carencia de una buena educación sexual genera diversas problemáticas que vulneran a las personas tales como: relaciones sexuales a temprana edad, promiscuidad y/o enfermedades de transmisión sexual ^(17, 19, 20).

Se estima que 8 de cada 10 mujeres y 5 de cada 10 hombres menores de 30 años tienen ITS asintomática y cada día más de 1 millón de personas contraen una nueva infección ^(21, 22). Aunque la tendencia mundial de personas infectadas con VIH y otras enfermedades venéreas ha disminuido en los últimos años, en los países en vías de desarrollo se mantiene igual y los adolescentes y adultos jóvenes son los principales afectados, soportando más del 50% de la carga de las enfermedades ⁽²³⁻²⁷⁾.

Por su aporte al desarrollo de las naciones, se requiere entre otras cosas, una población joven saludable y esto se logra reduciendo la vulnerabilidad de las personas, por lo que nos interesa conocer:

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención de ITS en estudiantes de secundaria de la ciudad de León, marzo a mayo de 2019?

V. Objetivos

Objetivo general

Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención de infecciones de transmisión sexual en estudiantes de secundaria de tres colegios públicos y tres privados de la ciudad de León, marzo a mayo, 2019.

Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de la población.
- Identificar los conocimientos sobre prevención de infecciones de transmisión sexual en los dos grupos de estudiantes.
- Identificar las actitudes que adoptan los estudiantes para la prevención de infecciones de transmisión sexual.
- Describir las prácticas de prevención sobre infecciones de transmisión sexual en los estudiantes.
- Relacionar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual en los dos grupos estudiados.

VI. Marco teórico

Adolescencia

La adolescencia es el periodo de transición de la niñez a la edad adulta, comprendida entre los 12 a 19 años, caracterizada por el crecimiento y desarrollo humano donde se experimentan múltiples cambios físicos, psicológicos y sociales^(6, 28-30)

Los determinantes biológicos de esta etapa son prácticamente universales, aunque la duración y sus características varían a lo largo del tiempo. En los últimos 100 años los cambios se presentan cada vez a más temprana edad, incluso antes de la primer década de la vida^(29, 31).

Se calcula que hay 1,300 millones de adolescentes en todo el mundo, la mayor generación joven de la historia. La mayoría viven en países en vías de desarrollo, predominando en las zonas urbanas, y solo 1/4 de ellos se encuentra en países desarrollados⁽²⁹⁾.

La adolescencia se divide en 3 etapas:

- **Adolescencia temprana:** Comienza en los primeros años de la segunda década de vida (12-13 años), caracterizada por un rápido crecimiento físico y logro de características sexuales secundarias. Involucra pensamientos concretos, preocupaciones e inseguridades que rodean los cambios físicos del cuerpo y un enfoque egocéntrico de la sexualidad.
- **Adolescencia media:** Se encuentra entre los 14 y 16 años, en esta etapa ya hay maduración total de los sistemas reproductivos y estatura física definida. Aumenta el interés por tener relaciones y las conductas sexuales son propias de tal período, la edad promedio para el primer coito es a los 16 años sin embargo puede variar de acuerdo a la región que nos encontremos.
- **Adolescencia tardía:** Termina con la transición a la edad adulta (18-19) y se caracteriza por alta actividad sexual y la adquisición de muchas infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH y el VPH⁽³²⁾.

Fines de la adolescencia: Los adolescentes tardíos tienen habilidades sociales más maduras, empatía y una comprensión de los riesgos y las consecuencias que les ayudan a desarrollar relaciones más íntimas y serias. Tienen una comprensión madura y el disfrute de su yo físico, rol de género, orientación y comportamientos sexuales. Pueden participar en una variedad de relaciones íntimas y sociales (parejas románticas, amigos, familiares, colegas profesionales) con un sentido más amplio de conexión y propósito en la comunidad ⁽³³⁾.

Los adolescentes son muy importantes en la sociedad, siempre están muy activos, publican revistas, periódicos, son elegidos dirigentes en aulas de clases y comunidades. Muchos de ellos llevan las riendas de sus hogares, cuidan a sus progenitores enfermos o a sus hermanos menores, enseñan a estos últimos, los desafíos de la vida. El riesgo de caer en las drogas y el contagio de infecciones de transmisión sexual es mayor en esta etapa. Lo que sucede en estos jóvenes nos afecta a todos ^(1, 34, 35).

La segunda década de vida es una de las transiciones más complejas, solo superada por los cambios de la infancia. Desde el punto de vista fenotípico los niños pasan de un día para otro de caracteres infantiles a muchachos sexualmente maduros, también desarrollan la capacidad de razonamiento, criticar conceptos y crear los propios. A medida que van desarrollando, adoptan nuevos roles en la vida, experimentan cosas desconocidas y reclaman con desespero su independencia. Durante la adolescencia, los jóvenes establecen su independencia psicológica y emocional, aprenden a entender y vivir su sexualidad y a considerar su función y desempeño en la sociedad ^(36, 37).

Adolescentes, sociedad y familia

Para explicar las necesidades sexuales en el ser humano, la biología explica la existencia de un instinto sexual, de la misma forma que se presenta el hambre con el objetivo de alimentarse y adquirir nutrientes para la subsistencia. En la opinión pública se está claro que es una necesidad fisiológica y biológica; a este deseo, científicamente se le conoce como libido. Se cree firmemente que los niños no poseen esta característica, sino que la van desarrollando a través del tiempo, con la maduración de los órganos sexuales ^(38, 39).

Generalmente los signos de maduración sexual en los menores se manifiestan por cambios físicos a partir de los 10 a 11 años, no obstante, también suelen haber niños de tan solo 8 o 9 años con características de adolescentes, así también se pueden identificar niñas que no han presentado su ciclo menstrual u otros rasgos hasta los 16 años. Los jóvenes presentan una inevitable atracción física hacia otras personas, principalmente del sexo opuesto (heterosexuales) y esa atracción tiene un solo objetivo, la copulación o en menor frecuencia los actos que llevan hacia ella ^(29, 38).

En nuestra sociedad en pleno siglo XXI el tema “sexualidad” sigue siendo tabú. Es frecuente encontrar familias que no toleran hablar de este tema, considerándolo como algo inapropiado y que los menores deben ignorar ⁽⁴⁰⁾. Sin embargo, con la tecnología actual, la información es accesible para todos y constituye su mayor fuente de información sobre sexo, sin poder discriminar entre lo adecuado e inadecuado. Es por ello que la comunicación entre padres e hijos es relevante, son ellos quienes deben de transmitir el contenido y no adquirirlo en la calle o sitios inapropiados ⁽⁴¹⁾.

Después de los 10 años ya han dejado de ser niños, aunque la sociedad tampoco los considera adultos; la mayoría inicia a experimentar cosas nuevas, explorar su cuerpo y tener relaciones sexuales sin conocimiento de sus tutores; es algo que consideran como positivo. Muchos de estos menores desconocen el funcionamiento de su cuerpo y las consecuencias de sus actos ⁽⁵⁾.

La educación sobre la salud sexual es una responsabilidad compartida del gobierno estatal y local, padres, maestros, la comunidad, y administradores escolares, además requiere la atención de todas las entidades para apoyar el desarrollo de jóvenes sexualmente sanos. La educación sexual proporciona a los jóvenes la información necesaria para tomar decisiones informadas con respecto a su salud sexual y prevenir embarazos no deseados.

Actividad sexual

Los adolescentes de hoy inician las relaciones sexuales con penetración a menor edad en comparación con sus iguales hace algunas épocas. Casi todos los trabajos investigativos destinados a identificar factores de riesgo para ITS demuestran que, a

medida que transcurre el tiempo, más precoz es el inicio de la actividad sexual ^(42, 43). Se ha relacionado el sexo prematuro con familias disfuncionales, consumo de alcohol u otras drogas. Los jóvenes que han recibido cursos sobre la importancia del uso del preservativo tienen un factor protector, son menos vulnerables e inician en el sexo después de los 17 años de edad ⁽⁴⁴⁾. Las personas que tuvieron su primera relación sexual a temprana edad entre los 12-14 años, han tenido sexo con más de 5 personas, por lo que casi siempre se asocian a múltiples parejas y aumento del riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual, por lo que se concluye que **entre mayor es la edad de debut sexual, menor es la promiscuidad y se reduce también el riesgo de adquirir ITS** ^{(45) (46)}.

Conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual

Los organismos de salud a nivel mundial están interesados en saber cuál es la calidad de la información que poseen los chicos para aventurarse en la vida sexual, ya que la tendencia de las ITS en los adolescentes va hacia arriba y se necesita encontrar la causa lo más pronto posible ⁽²²⁾.

Estudios realizados en adolescentes en diversas partes del mundo demuestran que existen importantes deficiencias en el conocimiento sobre sexualidad, hay algunos conceptos errados que pueden incrementar el riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual, por ejemplo algunos jóvenes no consideran el sexo oral o anal como práctica de riesgo y creen que es importante para conservar la virginidad y evitar embarazos ⁽⁴³⁾.

Se ha demostrado que no siempre poseer información de calidad significa que se lleve a la práctica. Las mujeres presentan mucha información relevante para prevenir enfermedades venéreas, sin embargo, son las que menos condón usan en su primera relación sexual con penetración. Existe una fuerte asociación entre edad y conocimientos adecuados, aquellos que pasan los 16 años son más maduros y poseen mejores conocimientos sobre la problemática que los que se encuentran en la adolescencia temprana ^(10, 45).

Muchos factores influyen en el inicio de la actividad sexual a temprana edad, incluyendo los personales, familiares y culturales. En los factores personales encontramos el sexo masculino, fuertemente vinculado con el consumo de drogas lícitas e ilícitas y al inicio de actividades sexuales prematuras.

La familia juega un papel muy importante en su despertar sexual. Es necesario crear un pensamiento autónomo en los hijos, criterios propios, pero bien formados y corregidos por un adulto, dejar de ver el tema como tabú o algo prohibido de practicar, sino como algo cotidiano que se debe llevar a cabo en su debido tiempo y con la responsabilidad que le merece. Es indispensable la guía de los padres en esta etapa de la vida, ya que los jóvenes se están independizando, creando sus ideas y tienen mayor libertad. ⁽⁴⁷⁾.

Los hijos de familias disfuncionales presentan mayor tendencia a adquirir infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados, mientras que en hogares con buena comunicación entre padres e hijos, la actividad sexual en los adolescentes inicia pasados los 16 años de edad ⁽⁴⁸⁾.

Actitudes sexuales

Es del conocimiento de la sociedad en general, que los hombres en tiempos pasados tenían muy marcado un sentimiento machista, persistente en algunas regiones aún en la actualidad. Muchos piensan que la mujer debe llegar virgen al matrimonio mientras ellos pueden tener sexo deliberadamente con múltiples parejas ⁽⁴⁹⁾.

Los adolescentes consideran que el condón solo se debe usar cuando se tiene sexo con personas desconocidas, si es con una pareja estable no es necesario porque disminuye el placer y corre poco riesgo de infectarse con una enfermedad transmisible por contacto sexual, creen que las personas con alto riesgo son las trabajadoras sexuales u hombres que practican sexo con hombres ⁽⁵⁰⁾.

Infecciones de transmisión sexual

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), antiguamente conocidas como Morbus Incidens, a finales del siglo XVI fueron llamadas enfermedades venéreas y, actualmente se conocen como infecciones de transmisión sexual. Estas son un conjunto de infecciones, agrupadas por tener en común la misma vía de transmisión: de persona a persona, a través de las relaciones sexuales por vía vaginal, oral, o anal, independientemente de la etiología, respondiendo a diferentes agentes microbiológicos como virus, bacterias y parásitos; con diversidad de signos y síntomas clínicos ^(51, 52)

Las infecciones de transmisión sexual se propagan predominantemente por el contacto con:

- Fluidos corporales infectados como sangre, semen, secreciones vaginales o saliva (hepatitis B).
- A través de la contigüidad de la piel o membranas mucosas por medio de micro o macro heridas, por ejemplo; mediante una úlcera en la boca, pene, ano o vagina, o por el edema causado por secreciones patógenas en esos mismos sitios.
- Juguetes sexuales contaminados.

Algunas se pueden transmitir también por otras vías, como transfusiones de sangre y hemoderivados. Muchas de estas infecciones, en particular la sífilis, hepatitis B, el VIH, la clamidiasis, gonorrea, el herpes y el VPH, pueden transmitirse también de madre a hijo durante el embarazo o el parto ^(52, 53)

Factores que incrementan el riesgo de contagio de las ITS

No todos los casos de contacto sexual sin protección terminan en la transmisión de una ITS, pero que una persona se infecte o no depende de varios factores que pueden ser divididos en biológicos, conductuales y sociales ⁽⁵³⁻⁵⁶⁾

1. Factores biológicos:

- **Edad:** Las y los jóvenes corren mayor riesgo cuando la iniciación sexual se da en la adolescencia temprana o antes. En las mujeres jóvenes hay menos barrera mucosa

cervical alteraciones del pH vaginal, el epitelio cilíndrico del cérvix uterino es inmaduro, lo que las vuelve más vulnerables a las ITS.

- **Estado inmunológico:** El estado inmunológico del huésped y la virulencia del agente infeccioso afectan en la transmisión de las ITS. Poseer ITS aumenta el riesgo de transmisión del VIH, y viceversa; además agrava las complicaciones de estas, ya que debilita el sistema inmunológico.
- **Tipo de relación sexual:** Las ITS pueden entrar al organismo con mucha mayor facilidad a través de las mucosas de la vagina, recto o boca que por la piel. Dado que en las mujeres la superficie mucosa de la vagina que se pone en contacto con el agente infeccioso es más grande, ellas pueden infectarse más fácilmente. Los hombres y mujeres que tienen coito anal, debido a la exposición de la mucosa rectal también tienen más posibilidades de infectarse.
- **Coito:** la pareja receptora (hombre o mujer) por lo general se encuentra más expuesta a las secreciones genitales en cuanto a cantidad y duración de la exposición. La falta de lubricación, así como una mayor vascularización de la zona, pueden facilitar lesiones o el ingreso de infecciones; como sucede durante los cambios en el cuello uterino durante el ciclo menstrual, el uso de hormonas o ante la presencia de hemorroides en el recto u otra patología anorrectal.
- **Circuncisión:** Estudios recientes sobre prevención del VIH han demostrado una eficacia del 68% cuando la pareja sexual se encuentra circuncidada. El tener prepucio, es considerado como riesgo en la adquisición de las ITS.

2. Factores conductuales

Las conductas que aumentan el riesgo de infección incluyen:

- Tener relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol u otras drogas.
- Tener varias parejas sexuales simultáneas.

- Cambiar frecuentemente de parejas sexuales.
- Mantener contacto sexual con parejas “casuales”, trabajadoras y/o trabajadores sexuales o sus clientes sin protección.
- Compartir juguetes sexuales sin limpieza adecuada previa, que se utilicen en vagina, ano/recto o boca.
- Tener relaciones sexuales con penetración y sin protección.
- Haber tenido una ITS durante el último año, ya que se corre el riesgo de volver a contraer la infección si no se modifica la conducta sexual.
- Tener relaciones sexuales bajo coerción o violencia.

3. Factores sociales

Diferencias de poder: En una relación sexual cuando existen jerarquías, poder económico, diferencias de edad o aspectos culturales que establecen discriminación hacia un grupo de la población se dan diferencias de poder que ponen en desventaja a una de las partes. En muchas culturas, las mujeres toman pocas decisiones sobre sus prácticas sexuales, lo que les impide protegerse mediante el uso de condones. Un hombre o mujer que es penetrado bajo coerción, que es menor de edad o cuando ofrece un servicio sexual tiene menores posibilidades de negociación y mayores posibilidades de ser infectado.

Contextos de mayor riesgo: Existen grupos de personas especialmente vulnerables a las ITS porque se encuentran en situaciones que dificultan la prevención de estas, como son la privación de la libertad, índices altos de violencia sexual / social o de estigma y discriminación, menor acceso a información o servicios de salud sexual adecuados o situaciones donde los usos y costumbres dificultan la negociación de prácticas sexuales protegidas.

Estos grupos incluyen:

- Hombres que tienen sexo con hombres (HSH).
- Mujeres transgéneras.
- Trabajadoras y trabajadores sexuales y sus clientes.
- Hombres o mujeres que tienen múltiples parejas sexuales simultáneas.

- Hombres o mujeres alejados de sus parejas sexuales habituales: conductores de largas distancias o soldados.
- Personas privadas de la libertad.
- Mujeres y hombres que viven violencia sexual.
- Jóvenes sin información y servicios adecuados.
- Poblaciones indígenas o marginadas.
- Población migrante.
- Mujeres embarazadas.

Diagnóstico

Existen tres enfoques que pueden ser usados para el diagnóstico y manejo de las ITS:

- a) **Etiológico:** Basado en el hallazgo del agente causal o la confirmación de su presencia mediante pruebas de laboratorio, la cual es su mayor desventaja puesto que obliga al paciente a retornar a una segunda cita antes de brindar el tratamiento, además de los costos que conllevan dichas pruebas.
- b) **Clínico:** Basado en la experiencia del evaluador, el diagnóstico se basa en el examen físico y la presencia de lesiones; sin embargo, se ha demostrado que este enfoque tiene baja sensibilidad y especificidad. La principal desventaja es que diversas infecciones causan síntomas similares y mixtos, y el clínico puede dar tratamiento a una de ellas, dejándose sin tratar otras afecciones llegando éstas a estadios avanzados, creando así mayores complicaciones.
- c) **Sindrómico:** Su principal objetivo es la identificación y tratamiento de la afección desde la primera consulta, tratando varios patógenos e infecciones concomitantes, y así romper tempranamente la cadena de transmisión de las enfermedades sexuales.

Síndromes de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

Un síndrome es un conjunto de síntomas y/o signos que aquejan a una persona. En el caso de las ITS, un síndrome puede ser causado por uno o más agentes etiológicos. Según la norma nacional de Manejo de ITS, los síndromes más comunes son:

○ **Síndrome de flujo vaginal**

El flujo vaginal normal posee las siguientes características: a) Ph < 4.5 b) Entre la flora se encuentra Lactobacilos, S. Epidermidis, Gardnerella Vaginalis, anaerobios y otros c) No hay una cantidad constante ni consistencia, se muestra aumento durante las relaciones sexuales y durante la ovulación d) color transparente o blanquecino.

Se considera síndrome de flujo vaginal al aumento de la cantidad de secreciones vaginales, con cambio de color, olor y consistencia, a veces acompañado o no de prurito o irritación vulvar, en algunos casos con disuria y dispareunia. Todo ello resultado de un proceso inflamatorio o por un trastorno de la flora vaginal debido a la entrada de algún patógeno de transmisión sexual. Cabe recalcar que esta afección es el motivo más común en las consultas ginecológicas, pero no todas están asociadas a ITS como en el caso de la candidiasis.

Este síndrome incluye:

a) Vaginitis

- Tricomoniasis genital causado por *Trichomonas vaginalis*

Se caracteriza por una descarga espumosa, de color blanquecino a amarillo o hasta verdosa y a menudo con eritema de la vagina y exocervix.

- Vaginosis bacteriana frecuentemente asociado a *Gardnerella vaginalis* y otros microorganismos anaerobios:

Cuando hay síntomas, el flujo vaginal puede ser copioso, de gris a delgado y blanco, y puede tener un olor a pescado, el eritema de la mucosa normalmente no es una característica.

- Candidiasis causada comúnmente por *Cándida albicans*:

Cursa con prurito intenso y dispareunia, por lo general acompañada de secreción blanca y grumosa que se adhiere a las paredes vaginales; la mucosa vaginal está visiblemente eritematosa.

b) Cervicitis

Es frecuentemente asintomática en la mayoría de los casos, el diagnóstico clínico se centra en la presencia de secreción mucopurulenta endocervical amarillo o verde. Tal hallazgo en pacientes de alto riesgo es razonablemente predictivo de la presencia de *Chlamydia Trachomatis* o *Neisseria Gonorrhoeae*, con frecuencia se presentan juntas, pero también pueden aparecer solas, sin síntomas o signos y debería dar como resultado un tratamiento sintomático activo contra ambos patógenos.

o Síndrome de dolor abdominal bajo (Mujeres)

Es el dolor de origen pélvico que se intensifica con las menstruaciones, las relaciones sexuales, la actividad física e irradiación a la parte baja del abdomen, que puede estar acompañado o no de flujo vaginal anormal, fiebre y dolor a los movimientos de lateralización del cérvix. Esto conduce al diagnóstico presuntivo de Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP), que es la infección de los órganos reproductivos internos (endometrio, trompas de Falopio y estructuras adyacentes). La salpingitis puede dejar como secuela infertilidad por bloqueo tubárico y/o mayor incidencia de embarazos ectópicos. En mujeres en edad reproductiva se deben descartar otras posibilidades como embarazo ectópico, apendicitis aguda, complicaciones de un quiste ovárico.

Entre los patógenos más comunes se encuentran *Chlamydia Trachomatis*, *Neisseria Gonorrhoeae*, *Trichomonas Vaginalis*. Otros organismos involucrados incluyen *Mycoplasmas*, *Ureaplasmas*, bacterias anaerobias o bacterias aeróbicas facultativas. La mayoría de los casos de EPI son polimicrobianos, clínicamente difícil de diferenciarlos. Por ello es necesario dar un tratamiento con amplio espectro.

o Síndrome de secreción uretral (Hombres)

Es la manifestación más común de ITS en hombres y corresponde a una uretritis. Se considera como tal la presencia de secreción uretral, con o sin dolor al orinar, purulento, mucoso, claro, blanquecino o amarillo verdoso, puede ser abundante o escaso, puede ser comprobada con el prepucio retraído o si es necesario, por la compresión desde la raíz del pene en dirección al glande. Los agentes asociados con estas molestias en los

hombres son: *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* y ocasionalmente *Trichomonas vaginalis* puede ser responsable.

Edema escrotal

La infección de los testículos es una complicación grave provocada por la uretritis gonocócica y la uretritis por clamidias. Al infectarse, los testículos se hinchan, sube su temperatura y provocan dolor intenso. Si no se da tratamiento desde el comienzo, el proceso inflamatorio continúa su curso y al sanar quedarán cicatrices fibrosas y parte del tejido testicular se destruye, disminuyendo la fertilidad del paciente. Es necesario buscar otras patologías que causen edema escrotal

○ **Síndrome de úlcera genital (Hombres y mujeres)**

Caracterizado por la presencia de lesiones vesiculares que se ulceran en la región perianal, pueden ser dolorosas o no, con o sin linfadenopatía inguinal. Puede provocar ardor y/o quemazón durante la relación sexual, y al entrar en contacto con la orina, agua, y/o jabón.

Las ITS asociadas al síndrome de úlcera genital son:

- Sífilis primaria causada por *Treponema Pallidum*.
- Chancro blando o Chancroide causado por *Haemophilus Ducreyi*.
- Herpes genital causado por el *virus Herpes simple, tipo 1 y 2*. El tipo 2 es más frecuente.
- Linfogranuloma Venéreo.
- En menor grado Granuloma inguinal.

El Síndrome de úlcera genital incluye dos variantes:

a) Úlcera producida por Sífilis y Chancroide

Las úlceras, indoloras de bordes regulares y de consistencia dura al tacto pueden corresponder a sífilis. Si las lesiones son varias, muy dolorosas, de bordes irregulares, de fondo sucio (secreción purulenta) y blandas al tacto nos orienta a pensar en chancro blando.

b) Úlcera precedida de vesícula, producida por el Herpes Genital

Se caracteriza por presentar lesiones con múltiples vesículas, que pueden confluir en una ampolla delgada, frágil, que se rompe con facilidad dejando una úlcera de bordes irregulares en algunos casos sobre infectada, en otros casos se observa varias úlceras individuales. Se acompaña de ardor y dolor tipo quemazón, puede haber adenopatía y generalmente el/a usuario/a refiere haber tenido episodios similares con anterioridad. No existe tratamiento curativo para el Herpes genital, las lesiones suelen ser recurrentes.

o Síndrome de bubón inguinal

Es la presencia de una masa fluctuante, con o sin dolor en la región inguinal uni o bilateral, acompañada con historia reciente de lesión ulcerativa en genitales y posterior a contacto sexual de riesgo.

Las ITS asociadas al bubón inguinal son:

- Chancro blando causada por el *Haemophilus ducreyi*
- Linfogramuloma venéreo causada por *Chlamydia trachomatis*
- Granuloma inguinal

Si el/la paciente presenta bubón inguinal doloroso y fluctuante, en ausencia de úlcera genital, este signo puede corresponder a Linfogramuloma venéreo. Por otra parte, el conjunto de un bubón y úlceras genitales indica la sospecha de chancroide.

Las ITS son frecuentemente asintomáticas y pueden conducir a diversas complicaciones. El objetivo inmediato de la detección de ITS es identificar y tratar a las personas infectadas antes de que desarrollen complicaciones e identificar, evaluar y tratar a sus parejas sexuales para prevenir la transmisión y las reinfecciones ⁽⁵⁷⁾.

VII. Diseño metodológico

Tipo de estudio

Descriptivo, transversal, de tipo CAP, durante los meses de marzo a mayo del año 2019.

Área de estudio

El estudio se realizó en la ciudad de León, Nicaragua, cabecera del departamento homólogo, se caracteriza por ser uno de los principales destinos turísticos del mundo hasta abril del 2018. Sus habitantes son principalmente jóvenes y adolescentes, muchos de ellos provenientes de otras partes del país que llegan a realizar sus estudios superiores.

La educación secundaria en esta ciudad se imparte en colegios públicos y privados. Dado que esta investigación está dirigida hacia estudiantes adolescentes, se eligieron con un muestreo aleatorio simple tres centros de educación públicos y tres privados, que están en el casco urbano. Los colegios fueron, privados: La Asunción, San Ramón y Bautista; los públicos: Salomón De La Selva, República De Cuba e Instituto Nacional de Occidente.

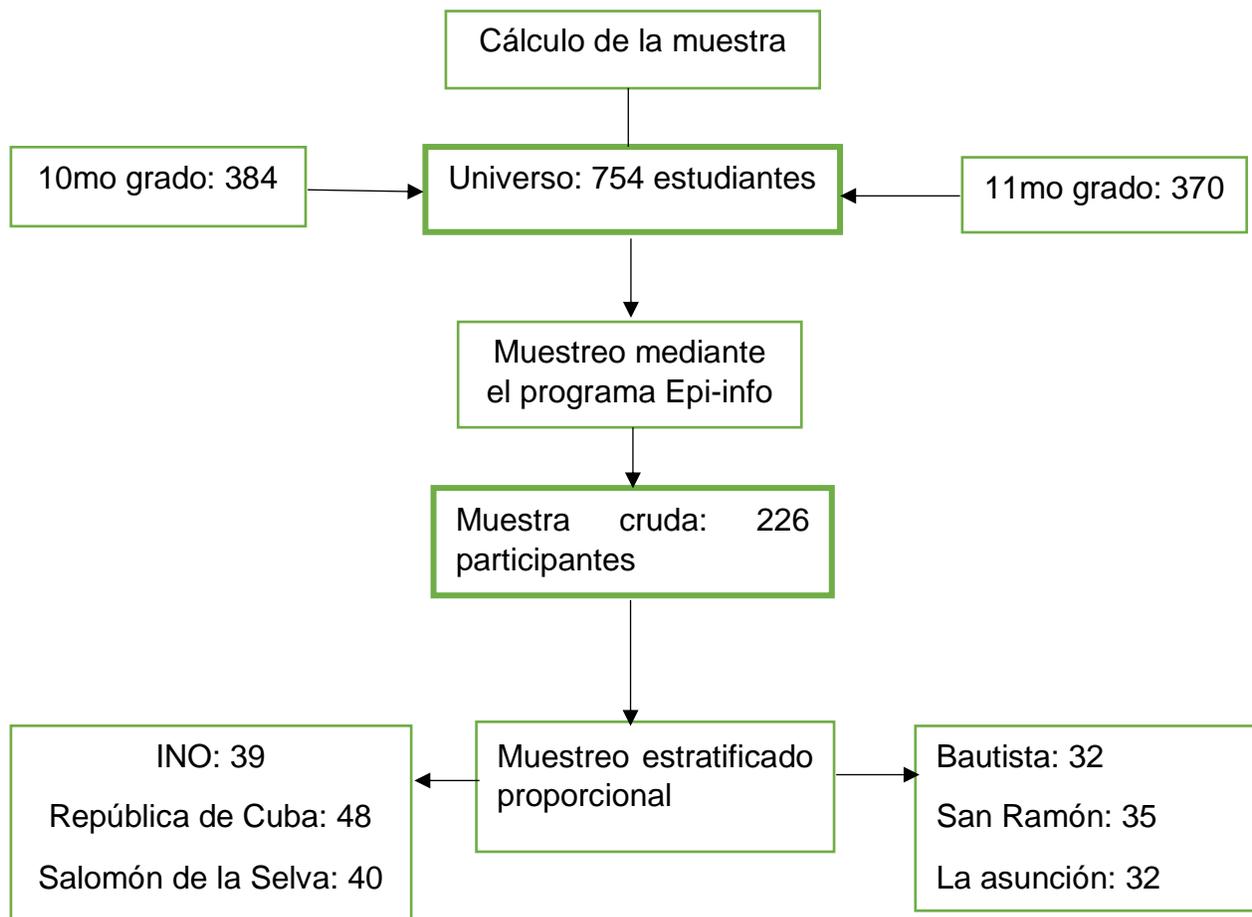
Población de estudio

El universo estuvo conformado por 754 estudiantes de seis colegios seleccionados, con edades entre 14 a 19 años, que cursaban 4to y 5to año de secundaria.

Muestra

El cálculo de la muestra fue realizado utilizando la calculadora del programa estadístico Epi Info, versión 7.2.2.6, con un intervalo de confianza de 95%, un margen de error de 5%, y una frecuencia esperada de 30%, dándonos una muestra de 226. Esta frecuencia se basa en el porcentaje de adolescentes escolares que ya habían iniciado sus actividades sexuales, encontrada en múltiples estudios realizados en Europa, Latinoamérica y Nicaragua.

Para extraer la muestra primero se obtuvo la lista de todos los estudiantes activos de 3ro y 4to año de secundaria de los seis colegios en el año 2018, los cuales representaron la población en el presente año. Una vez calculada la muestra se realizó un muestreo estratificado proporcional (cada colegio un estrato) y se distribuyó la cantidad de participantes por colegio, con el objetivo de obtener una muestra representativa.



Criterios de inclusión

Adolescentes:

- Con edades entre 14 a 19 años.
- Que cursen 10mo y 11mo grado.
- De cualquier orientación sexual, raza, etnia, religión, estrato social y opinión política.

Criterios de exclusión

- Estudiantes con capacidades diferentes.
- Estudiantes que no deseen participar voluntariamente.

Instrumento de recolección de datos.

El instrumento utilizado fue un cuestionario adaptado del estudio: Evaluación del nivel de conocimiento, las actitudes, los comportamientos de riesgo y las prácticas preventivas sobre las enfermedades de transmisión sexual entre estudiantes universitarios como futuros proveedores de atención médica en la zona central de Malasia: un estudio transversal, realizado por A Folasayo et al ⁽²³⁾; el estudio Sexo, condones, roles de género y transmisión del VIH en adolescentes de León, Nicaragua: Implicaciones para la prevención del VIH, publicado por A. Manji et al en el 2007 ⁽¹²⁾, los cuales fueron previamente validados antes de realizar las encuestas. También se incluyeron algunas preguntas de: Pautas para encuestas de comportamiento repetido en poblaciones en riesgo de VIH, publicada por USAID ⁽⁵⁸⁾. Las cuales fueron traducidas y adaptadas al lenguaje y nivel educativo de nuestra población. Se omitieron los ítems que no están dentro de los objetivos del estudio, como algunos conceptos sobre microbiología.

Las preguntas incluidas en el cuestionario fueron revisadas por el tutor y facilitador de investigación. Se realizaron modificaciones a la propuesta original con el objetivo de facilitar la comprensión a los encuestados.

De acuerdo con ello, el mismo fue sometido a pilotaje en 20 estudiantes de diferentes colegios que no participarían en la investigación, con lo que se realizaron nuevas modificaciones, y algunas preguntas fueron eliminadas por considerarse innecesarias.

El cuestionario estuvo conformado por cuatro partes:

Las características sociodemográficas (sexo, edad, procedencia, estado civil nivel de educación, religión y tipo de colegio al que pertenece).

El conocimiento de los estudiantes sobre enfermedades de transmisión sexual se evaluó mediante un cuestionario de 11 ítems (conocimiento sobre los diferentes tipos de enfermedades de transmisión sexual, las vías de transmisión, las formas preventivas, síntomas y complicaciones de ITS). A los participantes previo a la aplicación de la encuesta se les explicó claramente la forma de llenado de ésta, según cada ítem representara o no sus conocimientos. A las respuestas buenas y malas se les asignó un puntaje de 1 o 0, respectivamente.

La actitud de los adolescentes hacia las ITS se evaluó mediante un cuestionario de 13 ítems (autopercepción de riesgo, la percepción sobre la necesidad del uso del condón, actitud sobre la búsqueda de tratamiento). Las respuestas fueron clasificadas con base en la escala de Likert en “De acuerdo” , “En desacuerdo”.

La sección de las prácticas contiene 3 partes (inicio de actividad sexual, uso del condón, actividades de prevención o riesgo en relación con las ITS). Se le pidió a los encuestados que proporcionara una respuesta de “sí” o “no”. Cada respuesta fue marcada con “1 punto” o “0 puntos”, según el sentido del enunciado. Con la interrogante “¿Ha tenido relaciones sexuales con una sola pareja durante los últimos 12 meses?”, se pretendió examinar si los estudiantes han tenido múltiples parejas sexuales dentro de ese período.

Procedimiento para la recolección de datos.

Se redactó una carta dirigida a la delegación municipal del Ministerio de Educación, solicitando la autorización para aplicar las encuestas a los estudiantes de los colegios públicos, la cual fue revisada y autorizada por el tutor. En ella se explicó la importancia de la investigación en los adolescentes escolares y que esta sería para fines únicamente académicos e investigativos. En los colegios privados, la autorización fue recibida directamente por la dirección.

Una vez autorizados, los directores facilitaron la lista de los estudiantes activos de 4to y 5to año, y fueron seleccionados al azar según nuestra muestra. Se recolectaron datos los martes, miércoles y jueves, en horas lectivas de los meses de marzo a mayo del 2019. Nos presentamos con la debida identificación y autorización, solicitamos permiso al director y posteriormente al docente presente, explicamos el propósito de la investigación a los estudiantes y los animamos a participar.

Para elegir a los participantes de cada estrato (colegio) se introdujeron todos los números de lista de los estudiantes en la aplicación "Random", y se extrajeron con ella la cantidad que necesitábamos de cada año; se generaron así los números de los estudiantes a los que se les aplicó el cuestionario. Se le entregó una encuesta impresa a cada participante seleccionado y se brindó el tiempo que necesitaron para responderla.

Una vez que todos respondieron, se revisó si existían errores en el llenado y se desecharon en total 16 encuestas por estar llenadas de forma incorrecta o incompleta. Para saldar esas pérdidas, inicialmente incluimos un número de 20 cuestionarios extras (de los que al completar la meta se excluyeron los cuatro restantes) a la muestra calculada, para lo que se realizó un pilotaje, con el objetivo de calcular el posible número de encuestas nulas.

Plan de análisis:

Se digitaron y analizaron los datos utilizando el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) V.25. Para las características sociodemográficas se realizó un análisis univariado a través de frecuencia simple y porcentaje; de forma global, sin separar colegios públicos y privados.

El acápite de conocimientos sobre prevención y control de ITS constaba de 11 preguntas, sin embargo, la interrogante número 1 no se utilizó para valorar conocimientos suficientes o insuficientes. De la pregunta 2 a la 11, se le dio un valor de 1 punto a cada una si su respuesta fue correcta, y 0 puntos si la respuesta fue errada, para sumar un total de 10. Se consideró que los participantes que obtuvieron 60% de respuestas correctas tenían conocimientos suficientes, y conocimientos insuficientes los que su puntuación fue menor a ese valor. Posteriormente se determinó su frecuencia.

Las preguntas se analizaron de la siguiente manera:

Pregunta 1: Tenía 2 opciones, si respondió sí, su valor fue 1 y si respondió no, su valor fue 0. Esta pregunta solo se hizo para saber quiénes habían escuchado sobre ITS.

Pregunta 2: Tenía 9 opciones, si respondió bien 6 opciones, se le dio un valor de 1, y si las respuestas correctas fueron iguales o menores a 5, su valor fue 0.

Pregunta 3: Constaba de 5 opciones, su valor fue 1 si respondió correctamente 3 opciones.

Pregunta 4: Tenía 4 opciones, debió responder de forma correcta 3 de ellas para obtener un valor de 1.

Pregunta 5: Si respondió 2 de 3 opciones, su valor fue 1.

De la pregunta 6 a la 11 se le dio valor de 1 cuando respondieron correctamente.

El apartado de actitudes sobre prevención de ITS estuvo compuesto por 13 preguntas, las cuales se analizaron en dos grupos (de acuerdo y en desacuerdo). Se les dio el puntaje de 1 y 0 a las respuestas correctas e incorrectas, respectivamente. Los

participantes que alcanzaron 8 o más puntos tenían actitudes favorables; mientras que, si la puntuación fue menor, las actitudes fueron desfavorables.

En la sección de prácticas para prevenir el contagio de ITS, se aplicaron 9 preguntas, todas con un valor de 1 para las respuestas correctas y 0 puntos para las respuestas incorrectas. Todos los que su puntaje fue igual o mayor a 6, se consideraron con prácticas adecuadas, e inadecuadas los puntajes menores a este.

Posteriormente se utilizó la prueba de Chi Cuadrado de Pearson para relacionar: Conocimiento y tipo de institución, conocimiento y actitudes, conocimiento y prácticas, considerándose con significancia estadística con un valor de $p < 0.05$. Los resultados se presentan en tablas según agrupación de variables.

Operacionalización de variables

Variable	Definición Operacional	Indicadores de medición
Conocimiento	Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia, el aprendizaje o a través de la introspección.	<ul style="list-style-type: none"> - Suficiente: mayor o igual a 6 respuestas buenas. - Insuficiente: menos o igual a 5 respuestas buenas.
Actitud	Es una organización de creencias en torno a un objeto o una situación, las cuales predisponen a reaccionar preferentemente de una manera determinada.	<ul style="list-style-type: none"> Favorables: Mayor o igual a 8 puntos. Desfavorables: Menor o igual a 7 puntos.
Práctica	Es la acción que el ser humano realiza basándose en conocimientos previos que enseñan el modo de hacer algo, que se ajustan a una realidad objetiva y tienen un fin útil.	<ul style="list-style-type: none"> - Adecuadas: seis o más respuestas buenas - Inadecuadas: menos de 6 respuestas correctas
Edad	Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de llenado de la encuesta.	<ul style="list-style-type: none"> - 14 a 16 años - 17 a 19 años
Sexo	Características biológicas que diferencian al hombre de la mujer, determinadas en el momento de la concepción.	<ul style="list-style-type: none"> - Hombre - Mujer
Nivel Académico	Años de estudio del alumno hasta el momento de la realización del estudio	<ul style="list-style-type: none"> - Décimo. - Undécimo.

Fuente de información	Medios utilizados para el conocimiento, búsqueda y acceso a la información	<ul style="list-style-type: none"> - Padres - Colegio - Amigos o compañeros de clase. - Internet - Otro
Religión	Credo y conocimientos dogmáticos sobre una entidad divina. Es un vínculo entre el hombre y Dios o los dioses.	<ul style="list-style-type: none"> - Católica - Evangélica - Testigo de Jehová - Otra
Tipo de institución educativa	Si la institución recibe fondos monetarios del estado o no.	<ul style="list-style-type: none"> - Pública - Privada

Consideraciones éticas

Aplicando el principio de la autonomía en este estudio, se respetó el derecho de cada persona a tomar sus propias decisiones, por lo que la investigación se concretizó con la obtención de un consentimiento informado: Comprensivo, competente y voluntario de la persona participante. Tomando como parámetro indispensable el principio de justicia en la selección de la muestra, se ofreció a cada persona las mismas posibilidades, independientemente de su condición social, étnica o de género, edad o procedencia.

Otro aspecto del estudio incluye el principio de beneficencia/ no maleficencia, en donde se esperó la evaluación riesgo/beneficio que de manera obligatoria debió hacer un comité ético-científico independiente, basado en la revisión del protocolo de investigación antes de su ejecución. Del mismo modo como consideración fundamental

se garantizó la confidencialidad y la privacidad de la información durante todo el proceso investigativo, tanto durante el levantamiento y procesamiento de la información, como durante el análisis y la presentación de los resultados. Esto también aporta a garantizar la seguridad de los informantes y del equipo de investigación.

Otra consideración es la rigurosidad científica de la información, que se logra a través del diseño y la aplicación del cuestionario de una manera que suscita la información más válida y confiable, se reconoce que las consecuencias de un estudio mal hecho pueden ser peores que las de no realizar ninguno; por la forma en que se podrían aplicar los resultados. Por ende, la confidencialidad de los datos también aporta a la calidad de la información.

Consentimiento informado

Los participantes seleccionados fueron informados sobre el estudio y el objetivo de éste durante la aplicación de la encuesta CAP sobre ITS y comportamiento sexual, se les indicó que su participación era voluntaria, además se les explicaron los beneficios que conllevaba su participación, teniendo el derecho de abandonar el estudio cuando lo desee mediante el retiro de su consentimiento, el cual estaba plasmado en una hoja de consentimiento informado, que debió ser leído detenidamente y aprobado por cada participante.

Confiableidad de los datos

Se utilizaron códigos para manejar los cuestionarios con el fin de proteger el bienestar, la identidad, intimidad y dignidad de los participantes. Los datos obtenidos se almacenaron en un lugar seguro con acceso único para los autores del estudio.

VIII. Resultados

Características sociodemográficas

La edad de los participantes osciló entre 14 a 19 años; el grupo de 14 a 16 años fue mayor (57 %) que aquellos que tenían entre 17 a 19 años (43%); el sexo femenino predominó (54%) sobre el masculino (46%); la mayoría (93%) procedían del área urbana. El 89% eran solteros; las religiones católica y evangélica son profesadas en igual porcentaje (37%); Hubo más participantes de colegios públicos (56%) que de colegios privados (44%), y los de undécimo grado superaron en porcentaje (52%) a los de décimo (48%). **(Ver tabla 1)**

Tabla 1. Características sociodemográficas de los estudiantes de décimo y undécimo grado de secundaria de 6 colegios de la ciudad de León, marzo a mayo, 2019. *N* = 226.

Datos sociodemográficos		<i>n</i>	%
Edad	De 14 a 16 años	129	57
	De 17 a 19 años	97	43
Sexo	Hombre	104	46
	Mujer	122	54
Procedencia	Urbana	210	93
	Rural	16	7
Estado civil	Soltero	201	89
	Casado	4	2
	Unión libre	21	9
Religión	Católica	84	37
	Evangélica	84	37
	Testigo de Jehová	17	8
	Otra	25	11
	Ninguna	16	7
Tipo de institución	Pública	127	56
	Privada	99	44
Año académico	Décimo	109	48
	Undécimo	117	52

Conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual

Los conocimientos sobre algunas ITS fueron similares en los estudiantes de colegios públicos y privados. La mayoría habían escuchado hablar sobre estas infecciones, y las más conocidas fueron VIH/SIDA, gonorrea y herpes genital; tricomoniasis y hepatitis C casi no se reconocían. El asma y la tuberculosis fueron consideradas ITS por un pequeño porcentaje. **(Ver tabla 2)**

Tabla 2. Conocimientos sobre algunas ITS, en estudiantes de secundaria de 3 colegios públicos y 3 privados de la ciudad de León, Nicaragua, marzo a mayo del 2019. N=226

Preguntas	Respuestas afirmativas			
	Públicos		Privados	
	n = 127	%	n = 99	%
¿Alguna vez ha oído hablar de ITS?	127	100	90	91
Gonorrea es ITS	96	76	71	72
Sífilis es ITS	61	48	59	60
Herpes genital es ITS	93	73	72	73
Tricomonas es ITS	9	7	4	4
Tuberculosis es ITS	10	8	10	10
Asma es ITS	2	2	3	3
VIH/SIDA es ITS	103	81	94	95
Clamidia es ITS	25	20	24	24
Hepatitis C es ITS	13	10	6	6

Los conocimientos sobre vías de transmisión, síntomas y complicaciones de las ITS son similares en los colegios públicos y privados. La transmisión por transfusiones sanguíneas y transmisión vertical son las menos conocidas; se observó una diferencia importante entre los estudiantes de colegios públicos (65%) y colegios privados (33%) sobre la transmisión vertical. El síntoma menos conocido fue la úlcera genital con 38% y 43% para los colegios públicos y privados, respectivamente. La infertilidad es la complicación menos conocida en los estudiantes de colegios privados. **(Ver tabla 3)**

Tabla 3. Conocimientos sobre vías de transmisión, síntomas y complicaciones de ITS en estudiantes de secundaria de 3 colegios públicos y 3 privados de la ciudad de León, Nicaragua, marzo a mayo del 2019. N=226

Preguntas	Respuestas afirmativas			
	Públicos		Privados	
	<i>n</i> = 127	%	<i>n</i> = 99	%
Vías de transmisión de las ITS				
Relaciones sexuales	124	98	98	99
Trasfusión sanguínea	83	65	39	33
Compartir agujas	87	73	74	75
Madre infectada a hijo	59	46	49	49
Por compartir ropa no se transmiten	111	87	85	86
Síntomas de ITS				
Úlceras genitales	48	38	43	43
Dolor y ardor al orinar	93	73	59	60
Secreción del pene	85	67	67	68
Secreción de la vagina	82	65	63	64
Complicaciones de las ITS				
Infertilidad	59	46	31	31
Cáncer del cuello del útero	68	54	44	44
Muerte del feto en el útero	58	46	33	33

De forma global se observó que los estudiantes poseen conocimientos suficientes, un poco más alto en los colegios públicos que en los privados (79% a 75%). El 59% y 68% de los encuestados de colegios públicos y privados, respectivamente, consideraron que el consumo de alcohol aumenta la probabilidad de adquirir ITS, y casi todos (98% y 100%) sabían que la promiscuidad contribuye a la propagación de estas infecciones. Además, se observó que el 30% creían que las píldoras anticonceptivas protegen contra ITS. (Ver tabla 4)

Tabla 4. Conocimientos sobre métodos de protección contra las ITS en estudiantes de secundaria de 3 colegios públicos y 3 privados de la ciudad de León, Nicaragua, marzo a mayo del 2019. N=226

Preguntas	Respuestas afirmativas			
	Públicos		Privados	
	<i>n</i> = 127	%	<i>n</i> = 99	%
¿Las píldoras anticonceptivas no reducen el riesgo de adquirir una ITS?	89	70	69	70
¿El condón reduce el riesgo de ITS?	116	91	86	87
¿La monogamia puede reducir ITS?	92	72	69	70
¿El consumo de alcohol aumenta riesgo de ITS?	75	59	67	68
¿La promiscuidad aumenta riesgo de ITS?	124	98	99	100
¿La abstinencia es el método más eficaz para prevenir ITS?	107	84	69	70
Conocimiento suficiente global	100	79	74	75

Actitudes

Se encontró que los estudiantes de colegios públicos (78%) y privados (81%), tenían actitudes favorables para prevenir las ITS. **Ver tabla 5**

Tabla 5. Actitudes sobre prevención de ITS en estudiantes de secundaria de 3 colegios públicos y 3 privados de la ciudad de León, marzo a mayo, 2019.

Preguntas	De acuerdo			
	Públicos		Privados	
	<i>n</i> = 127	%	<i>n</i> = 99	%
Pienso que los condones protegen a las personas contra las ITS	110	87	81	82
Siento que es necesario el uso de condones durante el sexo anal.	96	75	84	85
Si el hombre y la mujer están infectados con ITS, siento que debe usar condón.	79	62	68	69
Siento que tener numerosas parejas sexuales juega un papel en la transmisión de ITS	97	76	89	90
Pienso que, si no están disponibles los condones, es mejor evitar tener la relación sexual	110	87	82	83
Pienso que los condones no solo deben usarse con parejas sexuales ocasionales	77	61	61	62
Considero que el condón no disminuye el placer sexual y debo de usarlo siempre	86	68	60	61
Siento que es necesario que en el colegio nos hablen sobre prevención de ITS	108	85	89	90
Siento que prohibir la prostitución puede controlar la propagación de las ITS	89	70	85	86
Siento que es importante hacerse pruebas de detección de ITS antes del matrimonio	75	59	11	12
Si tengo relaciones sexuales sin protección, me preocupa contraer una ITS	105	83	95	96

Continuación, tabla 5

Si noto síntomas de ITS, creo que debo buscar a un médico inmediatamente	122	96	93	94
Si noto síntomas de ITS en mi pareja, le aconsejaría buscar a un médico inmediatamente	124	98	90	91
Actitud favorable global	99	78	80	81

En la tabla anterior se observó que la mayoría de los participantes de colegios públicos (98%) y privados (91%) le ayudaría a buscar atención médica a su pareja en caso de ITS. Por otro lado, solo 59% y 12% estuvieron de acuerdo en realizarse una prueba de ITS antes del matrimonio y 61% y 62% están de acuerdo que el condón no solo se debe usar en sexo ocasional.

Prácticas sexuales

El 46% y 61% de los estudiantes de colegios públicos y privados habían iniciado relaciones sexuales, respectivamente; los que pertenecían a colegios públicos usaron el condón en la primera y última relación sexual con menor frecuencia (23% y 30%) que aquellos de colegios privados (37% y 48%), así mismo, los primeros se hacían más pruebas para ITS (15% versus 5%). **Ver tabla 6**

Tabla 6. Prácticas sobre prevención de ITS en estudiantes de secundaria de 6 colegios de la ciudad de León.

Preguntas	Respuestas afirmativas			
	Públicos		Privados	
	<i>n</i> = 127	%	<i>n</i> = 99	%
¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales?	58	46	60	61
¿Usó condón la última vez?	38	30	48	48
¿Tuvo solo una pareja el último año?	39	31	43	43
¿Se hace pruebas para ITS anuales?	19	15	5	5
¿Se ha inyectado drogas antes de tener relaciones sexuales?	8	6	3	3
¿Ha ingerido alcohol antes del sexo?	26	20	19	19
¿Ha tenido sexo con trabajadoras sexuales?	5	4	2	2
¿Lee o ve pornografía?	49	39	45	45
¿Usó condón la primera vez que tuvo relaciones sexuales?	29	23	37	37

De forma general, se observó que los estudiantes poseen prácticas adecuadas para prevenir las ITS. Los participantes de colegios privados tienen porcentajes más altos de prácticas adecuadas (80%), sobre los colegios públicos (63%). **Ver tabla 7**

Tabla 7. Prácticas adecuadas e inadecuadas para prevención de ITS en estudiantes de secundaria, que ya iniciaron relaciones sexuales, en 3 colegios públicos y 3 privados de la ciudad de León, marzo a mayo, 2019. N=118

Prácticas	Públicos		Privados	
	n = 57	%	n = 61	%
Adecuadas	36	63	49	80
Inadecuadas	21	37	12	20

Respecto a la actividad sexual, el 52% de los estudiantes habían iniciado relaciones sexuales, con una edad mínima de 10 años. La edad más frecuente de inicio prácticas sexuales fue a los 16 años (35%). El 60% de los católicos habían tenido relaciones sexuales, así mismo lo había hecho el 45% de los evangélicos ($p=0.064$); de los hombres, 71% eran sexualmente activos, superando a las mujeres, de las cuales solo 34% iniciaron las actividades sexuales ($p=0.001$). **Ver tabla 8**

Tabla 8. Tabla de contingencia entre los que tenían relaciones sexuales, religión y sexo. N=118

	Practicaron relaciones sexuales			Valor de p
		n	%	
Religión	Católica	50	60	0.064
	Evangélica	38	45	
	Testigo J	6	29	
	Otras	25	61	
Sexo	Hombre	76	71	0.001
	Mujer	42	34	

En la tabla 9 se muestra que no existe una relación estadísticamente significativa entre conocimientos, actitudes y prácticas, con colegios públicos y privados.

Tabla 9. Valor de significancia entre los conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención de ITS, y tipo de institución. N=226

Variables	Tipo de institución				Valor de <i>p</i>	
	Pública		Privada			
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Conocimientos	Suficientes	100	79	74	75	0.52
	Insuficientes	27	21	25	25	
Actitudes	Favorables	99	78	80	81	0.62
	Desfavorables	28	22	19	19	
Prácticas	Adecuadas	36	63	49	80	0.06
	Inadecuadas	21	37	12	20	

Se encontró que existe relación estadísticamente significativa entre conocimientos y actitudes ($p=0.001$), pero no entre conocimientos y prácticas ($p=0.365$). **Ver tabla 10**

Tabla 10. Relación entre conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención de ITS en estudiantes de secundaria.

		Conocimientos insuficientes		Conocimientos suficientes		Total	Valor de <i>p</i>
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
		Actitudes	Desfavorables	21	9		
Favorables	31		14	148	65	179	
Total	52		23	174	77	226	
Prácticas	Inadecuadas	8	7	26	22	34	0.365
	Adecuadas	26	22	58	49	84	
	Total	33	29	84	71	118	

IX. Discusión

En este estudio se determinaron los conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención y control de infecciones de transmisión sexual, en estudiantes de secundaria de 6 colegios (3 públicos y 3 privados) de la ciudad de León, Nicaragua. Para ello se aplicó una encuesta tipo CAP, previamente validada.

Luego de analizar análisis descriptivos, se determinó que los participantes tenían conocimientos suficientes, actitudes favorables y prácticas adecuadas, independientemente de pertenecer a colegios públicos o privados.

Con relación a conocimientos, la mayoría de los estudiantes de colegios públicos y privados (100% y 91%) habían escuchado hablar sobre ITS, y se consideró que tenían conocimientos suficientes 79% y 75%, respectivamente. Estos resultados son mejores que los encontrados por *Manji et al* en 2007 en esta misma ciudad, ellos reportaron que 86.6% de los adolescentes habían escuchado sobre ITS ⁽¹²⁾. Probablemente esta diferencia obedezca a las características de las poblaciones estudiadas, ya que a pesar de que los participantes del estudio previo también eran adolescentes, no necesariamente estudiaban, porque la encuesta se aplicó casa a casa, mientras que todos los participantes del presente estudio eran estudiantes activos de décimo y undécimo grado. Otro estudio realizado en Cuba en 2009 reflejó que 66.6% de los encuestados no habían escuchado sobre estas infecciones, pero la investigación se realizó en adolescentes de un barrio, no en centros de educación ⁽⁵⁹⁾.

La infección por el VIH/SIDA es la ITS más conocida y es importante señalar que existe diferencia en el conocimiento de tal infección entre los participantes de colegios públicos y privados (81% y 95%) respectivamente. Una investigación realizada en estudiantes de undécimo grado en Managua, demostró que el 86 por ciento de los sujetos sabían que el VIH/SIDA era una enfermedad de transmisión sexual, pero fue mucho menor el porcentaje que conocía otras vías de transmisión, resultados similares a los del presente estudio ⁽⁶⁰⁾

A pesar de que la mayoría de las adolescentes poseen conocimientos suficientes sobre prevención y control de ITS, tricomoniasis y hepatitis C son poco conocidas en colegios públicos (7% y 10%) y en colegios privados (5% y 6%), respectivamente. 38 y 43

El conocimiento de los síntomas de ITS es variable, por ejemplo, las secreciones del pene, dolor y ardor al orinar son los que más se reconocen, mientras que solo 38% y 43% de los encuestados de colegios públicos y privados consideraron las úlceras genitales como síntomas. Esto es relevante porque algunas infecciones contagiosas como la sífilis primaria, su forma inicial de presentación son las úlceras. En un estudio realizado en España en adolescentes, mostró que 85% de los participantes tenían buenos conocimientos y no hubo dificultad para reconocer los síntomas de estas enfermedades ⁽⁶¹⁾. Esta diferencia de conocimientos entre nuestra población y la española puede deberse en parte al nivel de cultura, ya que la educación sexual inicia desde los hogares, mientras que, en países como el nuestro, estos temas muchas veces se consideran tabú.

Se observó que las actitudes fueron favorables en los participantes de los colegios públicos (78%) y privados (81%), sin encontrarse diferencias importantes entre ambas instituciones. Estos resultados son similares a los encontrados por *María T y colaboradores*, en su estudio demostraron que 48.8% de los participantes tuvieron actitudes positivas altas y 51% actitudes positivas medias, solo 1% tuvieron actitudes bajas hacia ITS ⁽⁶²⁾.

Trece y diecisiete por ciento de los encuestados de colegios públicos y privados, respectivamente, dijeron que tendrían relaciones sexuales sin protección si no tenían un condón; este es un porcentaje similar al encontrado en 2007 en esta misma ciudad por *Manji et al* ⁽¹²⁾.

Respecto a las prácticas, se evidenció que un mayor porcentaje de los estudiantes de colegios privados (61%) habían iniciado relaciones sexuales, a diferencia de los colegios públicos (46%); el IVSA se produjo principalmente en la adolescencia media. Un estudio realizado en escolares por *Leonardo Ribeiro Soares y colaboradores* de la Pontificia Universidad Católica de Goiás de Brasil en el 2014, indica resultados muy

parecidos, 49% eran sexualmente activos, pero iniciaron a edad más temprana (10 y 14) ⁽⁸⁾. En la Habana-Cuba los adolescentes iniciaron a los 13 años ⁽⁶³⁾.

Se observó que no existe relación estadísticamente significativa entre actividad sexual con religión ($p=0.064$). Los hombres tuvieron más sexo que las mujeres ($p=0.001$), y aquí se podría explicar por el machismo existente en este país.

En esta investigación se demostró que estudiar en colegios públicos o privados, no garantiza tener conocimientos suficientes ($p=0.52$), actitudes favorables ($p=0.62$) ni prácticas adecuadas ($p=0.06$). Además, se encontró que los estudiantes que tenían conocimientos suficientes también poseían actitudes favorables ($p=0.001$), sin embargo, las prácticas adecuadas o inadecuadas no se relacionaron con el nivel de conocimientos ($p=0.365$). La explicación que se merecen estos resultados es que las actitudes son opiniones nada más, lo que se debe hacer ante una determinada situación, algo subjetivo que, al momento de ponerlo en práctica, ya sea por conveniencia o por otra razón, no se hace, lo cual no debería ser así, lo lógico sería que haya relación entre conocimientos, actitudes y prácticas.

X. Conclusión

Con respecto a características sociodemográficas, la mayoría de los participantes tenían edades entre 14 a 16 años (57%), el sexo femenino predominó sobre el masculino y casi todos eran de procedencia urbana (93%); el porcentaje de encuestados de colegios públicos y de undécimo grado fue mayor que los de colegios privados y de décimo grado.

En cuanto al conocimiento, más del setenta por ciento de los estudiantes tenían conocimientos suficientes sobre prevención de ITS, siendo el porcentaje un poco mayor en los participantes de colegios públicos. Se esperaban mejores conocimientos en los privados debido a la tendencia internacional, sin embargo, esta diferencia no es significativa ($p=0.52$).

Con relación a actitudes, casi el 80% de los estudiantes de los seis colegios mostraron actitudes favorables hacia la prevención de ITS, sin diferencias significativas entre ellos.

Con referencia a las prácticas se encontró que 52% de la población ya había iniciado su vida sexual, siendo más activos los estudiantes de colegios privados, el 39% inició entre los 12 y 15 años. Mayor porcentaje de hombres habían tenido relaciones sexuales, en comparación con las mujeres, existiendo relación estadísticamente significativa entre ambos sexos.

Se determinó que no existe relación estadísticamente significativa entre los conocimientos, actitudes y prácticas de los estudiantes de los colegios públicos y privados. Pero sí existe relación entre conocimientos y actitudes de los estudiantes en general.

XI. Recomendaciones

A los colegios:

Impartir talleres de capacitación sobre prevención de infecciones de transmisión sexual en los estudiantes, desde la adolescencia temprana, antes de iniciar relaciones sexuales.

Hacer énfasis en las ITS menos conocidas (tricomoniasis y hepatitis C), que son bastante frecuentes en la población, así como mejorar el reconocimiento de síntomas y complicaciones.

Crear alianza con los padres de familia para alcanzar una mejor educación sexual.

A los estudiantes:

Poner en práctica los conocimientos adquiridos, a la hora de tener relaciones sexuales, para reducir el riesgo de ITS.

Usar siempre el condón, ya que las píldoras anticonceptivas solo evitan embarazos, pero no infecciones.

A futuros investigadores:

Utilizar esta investigación como punto de partida para otros estudios que abarquen a mayor profundidad estos problemas.

Realizar estudios en poblaciones como el área rural, universitarios y otros.

Investigar la prevalencia de infecciones de transmisión sexual en adolescentes escolares.

XII. Referencias bibliográficas

1. UNICEF. Adolescencia: una etapa fundamental: Unicef; 2002.
2. Rojas R, Castro, Filipa de, Villalobos, Aremis, Allen-Leigh, Betania, Romero, Martin, Braverman-Bronstein, Ariela, Uribe, Patricia. Educación sexual integral: cobertura, homogeneidad, integralidad y continuidad en escuelas de México. salud pública de México. 2017.
3. Tapia RL, Toledo, Jose Luis Martínez. Factores asociados al debut de actividad sexual en línea y calificación en estudiantes de Morelia. Revista de Salud Pública y Nutrición 2018.
4. Rani M FM, Ainsle R The psychosocial context of young adult sexual behavior in Nicaragua: looking through the Gender Lens. International family planning perspectives. 2003.
5. Corona Lisboa J, Ortega Alcalá, Jorge. Comportamiento sexual y conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual en estudiantes venezolanos de un liceo del municipio de Miranda. MediSan. 2013.
6. Michelle F. Sexualidad Adolescente. Elsevier. 2018:10.
7. Orcasita LTP, Diana Sadeghian, Hesam Camilo Villafañe, Alejandra Sánchez, Diana Marcela Sevilla, Teresita María De la Roche, Luz Ángela Torres De Wilde, Rudy León. Sexualidad en hombres adolescentes escolarizados: un análisis comparativo entre instituciones públicas y privadas en Colombia. Revista Ciencias de la Salud. 2018.
8. Soares LR, Cabero, Flávia Vidal, Souto, Thays Garcia, de Souza Coelho, Rui Flávio, Lacerda, Luciene Cunha Monteiro, Matão, Maria Eliane Liégio. . Avaliação do comportamento sexual entre jovens e adolescentes de escolas públicas. Adolescencia e Saude. 2015.
9. González E, Molina, Temístocles, Montero, Adela, Martínez, Vania, Leyton, Carolina. Comportamientos sexuales y diferencias de género en adolescentes usuarios de un sistema público de salud universitario. 2007.
10. Rengifo-Reina HA, Córdoba-Espinal, Alexandra, Serrano-Rodriguez, Mayerlin. Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano. Revista de Salud Pública. 2012.

11. Sánchez M, Margarita, Zulma, Portillo Salamanca, Nadia Julissa. Evaluación del nivel de conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual de los adolescentes de 13 a 17 años de edad de la UCSFE San Miguel y la UCSFI Comacarán de la Ciudad de San Miguel en el periodo de Septiembre a Octubre de 2015: Universidad de El Salvador; 2016.
12. A. Manji RP, R. Dubrow. Sex, condoms, gender roles, and HIV transmission knowledge among adolescents in León, Nicaragua: Implications for HIV prevention. Yale School of Public Health, New Haven, EEUU. 2009.
13. Jesús E, Pérez, Pineda., editor Estrategia de intervención educativa sobre masculinidades y comportamientos sexuales en adolescentes masculinos de 15 a 19 años. La Habana. 2015-2016. Cuba Salud 2018; 2018.
14. López F, Carcedo, Rodrigo J, Fernández-Rouco, Noelia, Caballero, María-Claudia. Afectos y conductas sexuales en adolescentes: diferencias y semejanzas en dos culturas, España y Colombia. Universitas Psychologica. 2017.
15. Rocha A, Haydee, Issamar, Cruz Meza, Cynthia Teodora. Influencia de una intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual en el nivel de conocimiento de los Adolescentes del quinto año de Secundaria de la Institución educativa 19 de Abril Chupaca, periodo Julio–Setiembre 2017. Repositorio URoosevelt. 2018.
16. ENDESA. Censo nacional. ENDESA. 2006.
17. J Dennis Fortenberry M, MS. Infecciones de transmisión sexual: problemas específicos de los adolescentes. 2018.
18. FPNU. 10 Mitos Sobre la Educación Sexual Integral. 2015.
19. Caricote Agreda EA. Influencia de los padres en la educación sexual de los adolescentes. Educere. 2008.
20. Gálvez C, Marilin, Jhosselyn, Quintana, Joaquín, Marleny, Gladis. Formación sobre educación sexual y las contradicciones del contexto sociofamiliar en estudiantes adolescentes (Centro Escolar Jorge Lardé, San Jacinto, 2015): Universidad de El Salvador; 2015.
21. Guanche LGA, Rosa Garrido. Hernández, Niurka Ordaz. Percepción de riesgo de las infecciones de transmisión sexual y VIH/Sida en adolescentes. Revista Uruguaya de Enfermería. 2017.

22. OMS. Infecciones de transmisión sexual. OMS. 2016:3.
23. Adigun Temiloluwa Folasayo AJO, Suhailah Samsudin, Tampoco Siti Sakinah Arabia, Malina Osman y Rukman Awang Hamat Assessing the Knowledge Level, Attitudes, Risky Behaviors and Preventive Practices on Sexually Transmitted Diseases among University Students as Future Healthcare Providers in the Central Zone of Malaysia. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2017:14.
24. Bearinger L, Sieving, Ferguson, J, y Sharma, V. Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential. The Lancet Journal. March 27, 2007.
25. Amiri FBD-I, Amin Sedaghat, Abbas Fahimfar, Noushin Mostafavi. Knowledge, attitude, and practices regarding HIV and TB among homeless people in Tehran, Iran. International journal of health policy management. 2018.
26. OMS. Día Mundial del Sida – 1 de diciembre de 2017. OMS. 2017:1.
27. Cinta Folcha b, Jordi Casabona. Cristina Sanclemented, Anna Estevea, b, Victoria González, b, e y Grupo HIVITS-TS1. Tendencias de la prevalencia del VIH y de las conductas de riesgo asociadas en mujeres trabajadoras del sexo en Cataluña. Gac Sanit. 2014:20.
28. Alberca JML. Adolescencia: cambios físicos y cognitivos. Revista de la facultad de educación de Albacete. 1996.
29. OMS. Desarrollo e la adolescencia. OMS. 2018:3.
30. Arias MFS, Vanessa Marín. La educación para la salud en la adolescencia temprana para afrontar los cambios físicos y emocionales. Revista Enfermería Actual en Costa Rica. 2018(1):7.
31. Pineda LTO, Cuenca, James, Céspedes, José Luis Montenegro, Rios, Daniela Garrido, Haderlein, Ana. Diálogos y Saberes sobre Sexualidad de Padres con Hijos e Hijas Adolescentes Escolarizados. Revista Colombiana de Psicología. 2018.
32. AAP. Caring for your teenager. USA: American Academy of Pediatrics; 2003.
33. Pérez SP, Santiago, Miriam Aliño. El concepto de adolescencia. Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia. 2002.

34. Erikson EH. Sociedad y adolescencia 2004.
35. Moral Jiménez MdlV, Ovejero Bernal, Anastasio. Jóvenes, globalización y postmodernidad: Crisis de la adolescencia social en una sociedad adolescente en crisis. 2004.
36. Krauskopof D. El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. 1999.
37. Berríos-Valenzuela L. Estudio descriptivo sobre la influencia de la sociedad de consumo en los valores y hábitos de los y las adolescentes de la provincia de Barcelona. Revista d'Innovació i Recerca en Educació. 2010.
38. Freud S. Tres ensayos para una teoría sexual: FV Éditions; 2015.
39. Asuad Lopera LF. Angustia y conductas de riesgo en adolescentes. Un enfoque psicoanalítico: Especialización en problemas de infancia y adolescencia; 2018.
40. González V, Orcasita, Linda Teresa, Carrillo, Juan Pablo, Palma-García DM. Family communication and decision-making about sexuality between parents and adolescents. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. 2017.
41. García-Piña CA. Sexualidad infantil: información para orientar la práctica clínica. Acta pediátrica de México. 2016.
42. Rodríguez. J C, Traverso. Conductas sexuales en adolescentes de 12 a 17 años de Andalucía. Gac Sanit. 2012.
43. Cannoni BGG, T María Isabel. Conejero, R Carolina. Merino, M Paulina. Schulm-Zeuthen, P Carolina. Sexualidad en la adolescente: consejería. Revista Médica Clínica Las Condes. 2015.
44. Holguín YP, Mendoza, Luis Alfonso, Esquivel, Claudia Marcela, Sánchez, Ricardo, Daraviña, Andrés Felipe, Acuña, María. Factores asociados al inicio de la actividad sexual en adolescentes de Tuluá, Colombia. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2013.
45. Vega EG, Robledo, Elena Menéndez, García, Paula Fernández, Izquierdo, Marcelino Cuesta. Sexualidad, anticoncepción y conducta sexual de riesgo en adolescentes. International journal of psychological research. 2012.

46. Ceballos GA, Adalberto Campo. Relaciones sexuales en adolescentes estudiantes de tres colegios privados de Santa Marta, Colombia: factores asociados. Medunab 2005.
47. Flores DGRL, Evelyn Lisseth Proano. La Influencia de los Pares y la Familia en el Inicio de la Actividad Sexual en Adolescentes. Augusto Guzzo Revista Acadêmica. 2017.
48. Mendoza Tascón LA, Claros Benítez, Diana Isabel, Peñaranda Ospina, Claudia Bibiana. Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2016.
49. Rodríguez CL. Conocimiento sobre sexualidad y factores que intervienen en el inicio de prácticas sexuales en estudiantes Universitarios del primer año de las Facultades de Ciencias Médicas, Obstetricia y Enfermería en la UNJBG de Tacna, 2008. CIENCIA DESARROLLO. 2017.
50. Mazo-Vélez Y, Domínguez-Domínguez, Luz Enid, Cardona-Arias, Jaiberth Antonio. Conocimientos, actitudes y prácticas en adolescentes universitarios entre 15 y 20 años sobre VIH/SIDA en Medellín, Colombia 2013. Revista Médicas UIS. 2014.
51. Llorente D CSyc. Actualidad en infecciones de transmisión sexual de etiología viral. iMedPub Journals. 2009;Vol. 5. 2:2.
52. Salud OMDI. Infecciones de transmisión sexual. Organización Mundial de la Salud. 2019:8.
53. Grouzmann E MP, Jacot M. Chlamydia trachomatis infection's eradication: a daily goal. Rev Med Suisse. 2019.
54. CENSIDA. Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS. CENSIDA. 2011;1ra Ed.
55. R. JPF. Sexually Transmitted Infections. Physician Assistant Clinics. 2017.
56. ONUSIDA. Enfermedades de transmisión sexual: políticas y principios de prevención y asistencia. ONUSIDA. 2013.
57. MINSa. Guía para la atención de las infecciones de transmisión sexual, manejo sindrómico. MINSa. 2013.

58. USAID. Guidelines for repeated behavioral surveys in populations at risk of HIV. 2000.
59. Ríos Chacón B, Yera Álvarez ML, Guerrero Montero MJRAMdC. Conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes de Barrio Adentro. 2009;13(2):0-.
60. Egger M, Ferrie J, Gorter A, González S, Gutierrez R, Pauw J, et al. Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del SIDA entre estudiantes de escuelas secundarias de Managua. 1994.
61. Alfaro González M, Vázquez Fernández M, Fierro Urturi A, Muñoz Moreno M, Rodríguez Molinero L, González Hernando CJPAP. Hábitos sexuales en los adolescentes de 13 a 18 años. 2015;17(67):217-25.
62. Hurtado de Mendoza Zabalgoitia MT, Olvera Méndez JJRedpl. Conocimientos y actitudes sobre sexualidad en jóvenes universitarios. 2013;16(1).
63. Castro Abreu IJRHdCM. Conocimientos y factores de riesgo sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes. 2010;9:705-16.

XIII. Anexos

Consentimiento informado

Esta investigación tiene por título: Conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención y control de infecciones de transmisión sexual en estudiantes de 6 colegios de la ciudad de León, Nicaragua, marzo a mayo 2019.

Esta investigación está siendo realizada con el objetivo de averiguar qué tanto conocen los adolescentes sobre ITS, qué piensan y cómo se comportan respecto al tema.

Le invitamos a participar en el estudio, respondiendo al cuestionario de forma ordenada y objetiva. Su participación es totalmente voluntaria, la información obtenida será usada para fines didácticos e implementación de nuevas iniciativas que van a contribuir con su educación y de los demás jóvenes. Si tiene alguna duda puede consultar en cualquier momento a uno de los investigadores.

Ni usted, ni los investigadores del estudio recibirán recompensa económica por su participación. La encuesta es confidencial, no es necesario que escriba su nombre. Los resultados obtenidos serán compartidos con los estudiantes antes de que se hagan públicos.

He leído la información proporcionada, he tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Autores:

Madelin Edith González Castro

Milthon Alí Gutiérrez Reyes

Firma del participante

Encuesta CAP sobre ITS y conducta sexual adolescente.

N° de encuesta

I. Datos generales			
Edad: _____		Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión libre.
Procedencia : <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural	Tiempo de vivir en león: <input type="checkbox"/> 1 año o menos. <input type="checkbox"/> 2 años. <input type="checkbox"/> 3 años. <input type="checkbox"/> 4 años o más		
Categoría de la institución: <input type="checkbox"/> Pública. <input type="checkbox"/> Privada.		Religión: <input type="checkbox"/> Católica <input type="checkbox"/> Evangélica <input type="checkbox"/> Testigo de Jehová <input type="checkbox"/> Otra.	Año académico que cursa: <input type="checkbox"/> Décimo <input type="checkbox"/> Undécimo

I. Conocimientos	
<p>1. ¿Alguna vez ha oído hablar de infecciones de transmisión sexual?</p> <p>1) Si 2) No</p>	<p>2. ¿Cuáles son ITS?</p> <p>1) Gonorrea 2) Sífilis 3) Herpes genital. 4) Tricomoniasis. 5) Asma 6) Tuberculosis. 7) VIH/ SIDA 8) Clamidia 9) Hepatitis B</p>
<p>3. ¿Cuáles son las vías de transmisión de ITS?</p> <p>1) Relaciones sexuales. 2) Transfusión de sangre. 3) Compartir agujas de inyección. 4) Compartir la ropa. 5) Madre infectada a hijo</p>	<p>4. ¿Cuáles son los síntomas de ITS?</p> <p>1) Úlceras en el órgano genital. 2) Dolor y ardor al orinar. 3) Secreción del pene 4) Secreción de la vagina.</p>
<p>5. ¿Cuáles son las complicaciones de las ITS?</p> <p>1) Infertilidad 2) Cáncer del cuello del útero en mujeres. 3) Muerte intrauterina del feto.</p>	<p>6. ¿El uso de pastillas anticonceptivas no reduce el riesgo de ITS?</p> <p>1) Sí 2) No</p>
<p>7. ¿El uso de condón reduce el riesgo de contagiarse con una ITS?</p> <p>1) Si 2) No</p>	<p>8. ¿Tener una sola pareja puede reducir el riesgo de adquirir una ITS?</p> <p>1) Si 2) No</p>
<p>9. ¿El consumo de alcohol y otras drogas puede aumentar el riesgo de adquirir ITS?</p> <p>1) Si 2) No</p>	<p>10. ¿Tener múltiples parejas sexuales aumenta el riesgo de adquirir una ITS?</p> <p>1) Si 2) No</p>
<p>11. ¿La abstinencia sexual es el medio más eficaz para evitar ITS?</p> <p>Si 2) No</p>	

II. Actitudes

Marque con una X según sea su respuesta.

	De acuerdo	En desacuerdo
1-Siento que los condones protegen a las personas contra las ITS.		
2-Siento que es necesario el uso de condones durante el sexo anal.		
3-Si el hombre y la mujer están infectados con ITS, siento que debe usarse un condón.		
4-Siento que tener numerosas parejas sexuales juega un papel en la transmisión de ITS.		
5-Pienso que, si no están disponibles los condones, es mejor evitar tener la relación sexual.		
6-Pienso que los condones deben usarse no solo con parejas sexuales ocasionales.		
7- Considero que el condón no disminuye el placer sexual y debo usarlo siempre		
8- Creo que debe usarse condón porque no va en contra de la religión.		
9-Siento que es necesario que en el colegio nos hablen sobre prevención de ITS.		
10-Siento que es importante hacer pruebas de detección de ITS antes del matrimonio.		
11-Me preocupa contraer una ITS		
12- Si noto síntomas de ITS, creo que debo buscar a un médico inmediatamente.		
13- Si noto síntomas de ITS en mi pareja, le aconsejaría buscar a un médico inmediatamente.		

III. Prácticas		
	SI	NO
1 ¿Usted ha tenido relaciones sexuales alguna vez? Si su respuesta es no, responda solo la pregunta 9 de esta tabla.		
2 ¿Usó condón la última vez que tuvo relaciones sexuales?		
3 ¿Ha tenido relaciones sexuales con una sola pareja en los últimos 12 meses?		
4 ¿Se hace pruebas anuales para ITS en sangre?		
5 ¿Se ha inyectado drogas antes de tener relaciones sexuales?		
6 ¿Ha ingerido drogas ilegales antes de tener relaciones sexuales?		
7 ¿Ha tomado alcohol antes de tener relaciones sexuales?		
8 ¿Ha tenido relaciones sexuales con trabajadores/as sexuales?		
9 ¿Usted lee o mira material pornográfico?		
10 ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual? _____ años	11- ¿En su primera relación sexual usó condón? 1) Si 2) No	



Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Facultad de Ciencias Médicas
UNAN-León
Vice-decanatura

Ref.: PROTOCOLO APROBADO

¡Por la pertinencia y la excelencia académica!

León, 24 de enero 2019.

Br. Bra. Madelin Edith González Castro
Br. Milthon Alí Gutiérrez Reyes
V curso, Carrera de Medicina
Sus manos

Estimado(a) Bachiller(a):

Por medio de la presente le(s) informo que el protocolo de investigación monográfico, después de ser revisado y cumplir con los requisitos que la Facultad exige, ha sido aprobado y puede (n) continuar con el estudio.

Deseándole (s) éxito en el desarrollo de su trabajo de investigación, le(s) saluda.

Atentamente,


Dra. Mercedes Cáceres, PhD
Vice - Decana
Facultad de Ciencias Médicas



MC/min

Cc: Archivo

¡A la Libertad por la Universidad!

Telf.: 311 0022 Ext. 2047

vicecanato@unanleon.edu.ni

Certificados del curso de bioética

