



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE:  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**TEMA:**

**DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA LA PREVENCIÓN  
DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN LAS MUJERES  
DE 20 A 49 AÑOS. CIUDADELA ASSAD BUCARAM. DAULE. AÑO 2018.**

**AUTORA:**

**DRA. SUSANA EMPERATRIZ VILLEGAS CASTRO**

**TUTOR:**

**DR. REINERIO RUBIO ROJAS**

**GUAYAQUIL-ECUADOR**

**2018**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**  
**SISTEMA DE POSGRADO**  
**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por *la Dra. Susana Emperatriz Villegas Castro*, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Guayaquil, a los 17 días del mes de diciembre año 2018

**DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:**

---

Dr. Reinerio Rubio Rojas

**DIRECTOR DEL PROGRAMA:**

---

Dr. Xavier Francisco Landívar Varas



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**  
**SISTEMA DE POSGRADO**  
**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:**

**YO, Susana Emperatriz Villegas Castro**

**DECLARO QUE:**

El Trabajo de investigación “*Diseño de una estrategia educativa para la prevención de las infecciones de transmisión sexual en las mujeres de 20 a 49 años. Ciudadela Assad Bucaram. Daule. Año 2018*” previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.

Guayaquil, a los 17 días del mes de diciembre año 2018

**EL AUTOR:**

---

Dra. Susana Emperatriz Villegas Castro



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**  
**SISTEMA DE POSGRADO**  
**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**AUTORIZACIÓN:**

*YO, Susana Emperatriz Villegas Castro*

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: “*Diseño de una estrategia educativa para la prevención de las infecciones de transmisión sexual en las mujeres de 20 a 49 años. Ciudadela Assad Bucaram. Daule. Año 2018*”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 17 días del mes de diciembre año 2018

**EL AUTOR:**

---

Dra. Susana Emperatriz Villegas Castro

## Urkund Analysis Result

Analysed Document: Tesis para enviar del cyber.docx (D45646672)  
Submitted: 12/12/2018 10:00:00 PM  
Submitted By: suvica2009@hotmail.com  
Significance: 1 %

### Sources included in the report:

obandoTESIS ITS FINAL - para combinar.docx (D9304379)  
<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/ghss-stis/es/>  
[http://www.mcr-comisca.org/sites/all/modules/ckeditor/ckfinder/userfiles/files/Estrategia%20mundial\\_ITS\\_Abridged\\_10032015.pdf](http://www.mcr-comisca.org/sites/all/modules/ckeditor/ckfinder/userfiles/files/Estrategia%20mundial_ITS_Abridged_10032015.pdf)  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242015000500002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242015000500002)  
<https://www.clubensayos.com/Temas-Variados/Historia-Natural-De-La-Rubeola/191001.html>  
<https://docplayer.es/39175115-Johana-tacuri-evelin-romero-jorge-astudillo.html>

### Instances where selected sources appear:

## **1 Agradecimiento**

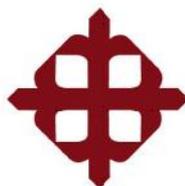
Agradezco a todas aquellas personas e instituciones que hicieron posible la realización de este posgrado.

## **2 Dedicatoria**

Esta tesis la dedico a Dios, que ha sido mi fortaleza en cada momento de mi vida, el que me ha permitido avanzar, a pesar de las adversidades y a encontrar una solución ante las dificultades.

A los médicos de la misión cubana que han impartido sus conocimientos, sin egoísmos, y nos han demostrado con optimismo y entusiasmo lo maravillosa que es esta especialidad.

A mis padres quienes me han formado con principios, valores y con espíritu de lucha en la consecución de mis metas.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. \_\_\_\_\_  
**LANDÍVAR VARAS, XAVIER FRANCISCO**  
DIRECTOR DEL POSGRADO

f. \_\_\_\_\_  
**ARANDA CANOSA, SANNY**  
COORDINADORA DOCENTE

f. \_\_\_\_\_  
**BATISTA PEREDA, YUBEL**  
OPONENTE

SISTEMA DE POSGRADO- ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA  
II COHORTE  
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

TEMA: Diseño de una estrategia educativa para la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual en las mujeres de 20 a 49 años. Ciudadela Assad Bucaram. Daule. Año 2018.

ALUMNO: Dra. Susana Emperatriz Villegas Castro

FECHA:

No.	MIEMBROS DEL TRIBUNAL	FUNCIÓN	CALIFICACION TRABAJO ESCRITO /60	CALIFICACION SUSTENTACIÓN /40	CALIFICACION TOTAL /100	FIRMA
1	DR. XAVIER LANDIVAR VARAS	DIRECTOR DEL POSGRADO MFC				
2	DRA. SANNY ARANDA CANOSA	COORDINADORA DOCENTE				
3	DR. YUBEL BATISTA PEREDA	OPONENTE				
NOTA FINAL PROMEDIADA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN						

Observaciones: \_\_\_\_\_

Lo certifico,

DR. XAVIER LANDIVAR VARAS  
DIRECTOR DEL POSGRADO MFC

DRA. SANNY ARANDA CANOSA  
COORDINADORA DOCENTE  
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DR. YUBEL BATISTA PEREDA  
OPONENTE  
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

### 3 INDICE GENERAL

1 AGRADECIMIENTO	VI
2 DEDICATORIA	VII
TRIBUNAL DE SUSTENTACION	VIII
CALIFICACION	IX
3 INDICE GENERAL	X
4 INDICE DE TABLAS	XII
5 INDICE DE ANEXOS	XIV
6 RESUMEN	XV
7 ABSTRACT	XVI
8 INTRODUCCION	2
9 EL PROBLEMA	5
9.1 IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO	5
9.2 FORMULACIÓN	5
10 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	6
10.1 GENERAL	6
10.2 ESPECÍFICOS	6
11 MARCO TEÓRICO	7
11.1 INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	7
11.1.1 Antecedentes	7
11.1.2 Concepto	9
11.1.3 Clasificación	9
11.1.4 Modo de transmisión	9
11.1.5 Factores de riesgo	10
11.1.6 Complicaciones	11
11.1.7 Manejo etiológico	12
11.1.7.1 Sífilis	12
11.1.7.2 Gonorrea	16
11.1.7.3 Chancro blando	17
11.1.7.4 Linfogranuloma venéreo	18
11.1.7.5 Granuloma inguinal	19
11.1.7.6 Uretritis no gonocócica	19
11.1.7.7 Tricomoniasis	20
11.1.7.8 Escabiosis	20
11.1.7.9 Pediculosis	21
11.1.7.10 Candidiasis	21
11.1.7.11 Vaginosis bacteriana	22
11.1.7.12 Herpes genital	23
11.1.7.13 Condilomas acuminados	25
11.1.7.14 Hepatitis B	27
11.1.7.15 VIH/SIDA	28
11.2 CONOCIMIENTO	31
11.2.1 DEFINICIÓN	31
11.2.2 NIVELES DE CONOCIMIENTO	31
11.2.3 CARACTERÍSTICAS DEL CONOCIMIENTO	31
11.3 ESTRATEGIA EDUCATIVA	33

11.4 MARCO LEGAL	35
12 MÉTODOS	37
12.1 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO	37
12.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	37
12.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio	37
12.2.2 Procedimiento de recolección de la información	38
12.2.3 Técnicas de recolección de la información	39
12.2.4 Técnicas de análisis estadístico	40
12.3 VARIABLES	41
12.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	41
13 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN	43
14 CONCLUSIONES	58
16 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
ANEXOS	70

#### 4 INDICE DE TABLAS

<b>TABLA 1</b>	Distribución de la población femenina entre 20 a 49 años según rango de edades. Ciudadela Assad Bucaram. Año 2018.....	<b>43</b>
<b>TABLA 2</b>	Distribución de la población femenina entre 20 a 49 años según el nivel de instrucción. Ciudadela Assad Bucaram. Año 2018.....	<b>44</b>
<b>TABLA 3</b>	Distribución de la población femenina entre 20 a 49 años según el estado civil. Ciudadela Assad Bucaram. Año 2018.....	<b>44</b>
<b>TABLA 4</b>	Distribución de la población femenina entre 20 a 49 años según actividad laboral. Ciudadela Assad Bucaram. Año 2018.....	<b>45</b>
<b>TABLA 5</b>	Distribución de la población femenina entre 20 a 49 años según conocimientos sobre identificación de las infecciones de transmisión sexual. Ciudadela Assad Bucaram. Año 2018.....	<b>45</b>
<b>TABLA 6</b>	Distribución de la población femenina entre 20 a 49 años según conocimientos de vías de contagio de las infecciones de transmisión sexual. Ciudadela Assad Bucaram. Año 2018.....	<b>46</b>
<b>TABLA 7</b>	Distribución de la población femenina entre 20 a 49 años según conocimientos de síntomas de las infecciones de transmisión sexual. Ciudadela Assad Bucaram. Año 2018.....	<b>47</b>
<b>TABLA 8</b>	Distribución de la población femenina entre 20 a 49 años según conocimientos de prevención de las infecciones de transmisión sexual. Ciudadela Assad Bucaram. Año 2018.....	<b>48</b>
<b>TABLA 9</b>	Distribución de la población femenina entre 20 a 49 años según conocimientos de factores de riesgo de las infecciones de transmisión sexual. Ciudadela Assad Bucaram. Año 2018.....	<b>49</b>
<b>TABLA 10</b>	Distribución de la población femenina entre 20 a 49 años según edad de la primera relación sexual. Ciudadela Assad Bucaram. Año 2018.....	<b>50</b>
<b>TABLA 11</b>	Distribución de la población femenina entre 20 a 49 años según con quién tuvo su primera relación sexual. Ciudadela Assad Bucaram. Año 2018.....	<b>51</b>
<b>TABLA 12</b>	Distribución de la población femenina entre 20 a 49 años según uso de preservativo en la relación sexual. Ciudadela Assad Bucaram. Año 2018.....	<b>51</b>
<b>TABLA 13</b>	Distribución de la población femenina entre 20 a 49 años según número de parejas sexuales en los últimos 3 meses. Ciudadela Assad Bucaram. Año 2018.....	<b>52</b>
<b>TABLA 14</b>	Distribución de la población femenina entre 20 a 49 años	<b>53</b>

	según prácticas sexuales bajo consumo de drogas y alcohol. Ciudadela Assad Bucaram. Año 2018.....	
<b>TABLA 15</b>	Distribución de la población femenina entre 20 a 49 años según métodos didácticos a utilizar en el aprendizaje sobre ITS. Ciudadela Assad Bucaram. Año 2018.....	<b>54</b>
<b>TABLA 16</b>	Distribución de la población femenina entre 20 a 49 años según frecuencia para recibir la información. Assad Bucaram. Año 2018.....	<b>54</b>
<b>TABLA 17</b>	Distribución de la población femenina entre 20 a 49 años según disponibilidad de tiempo y horario para recibir la información. Ciudadela Assad Bucaram. Año 2018.....	<b>55</b>
<b>TABLA 18</b>	Distribución de la población femenina entre 20 a 49 años según lugar para recibir la información. Ciudadela Assad Bucaram. Año 2018.....	<b>56</b>

## 5 INDICE DE ANEXOS

ANEXO1 CONSENTIMIENTO INFORMADO	.....	70
ANEXO 2 CUESTIONARIO PARA ENCUESTA	.....	71
ANEXO 3 ESTRATEGIA EDUCATIVA	.....	74

## 6 Resumen

**Antecedentes:** Las infecciones de transmisión sexual (ITS) en todo el mundo plantean un grave problema de salud tanto en términos económicos como sociales. A nivel de Ecuador, las provincias más afectadas son Guayas, Manabí, Los Ríos, Cotopaxi y Pichincha; esta situación se explica por la baja percepción de riesgo.

**Materiales y métodos:** Se realiza investigación descriptiva, observacional, transversal y prospectiva, cuyo fin es recolectar mediante encuesta los conocimientos sobre el tema y determinar los componentes para diseñar la estrategia, cuyas participantes son mujeres de 20 a 49 años de la ciudadela Assad Bucaram del cantón Daule. Los datos obtenidos se procesarán en hojas de cálculo de Excel y luego se vaciarán al programa estadístico SPSS.

**Resultados:** Las mujeres participantes del estudio, en su mayoría amas de casa, tienen 35 años, como edad promedio, un nivel de instrucción primaria y conviven con su pareja en unión libre. Se encontró deficiencias en el conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual; así como prácticas sexuales riesgosas entre las que destaca el bajo uso del condón (93%). En la elaboración de la estrategia, la didáctica a utilizar es la charla educativa (65%), los temas a impartir son las ITS más frecuentes, que se dictarán una vez por semana (46%), una hora por reunión (80%) y en horas de la tarde (62%).

**Conclusiones:** El diseño de la estrategia educativa va encaminada a generar conductas sexuales responsables, con su implementación.

**Palabras Clave:** INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, CONOCIMIENTO, RIESGO.

## 7 Abstract

**Background:** Sexually transmitted infections (STIs) worldwide pose a serious health problem in both economic and social terms. At the level of Ecuador, the most affected provinces are Guayas, Manabí, Los Ríos, Cotopaxi and Pichincha; this situation is explained by the low perception of risk. **Materials and methods:** Descriptive, observational, cross-sectional and prospective research is carried out, whose purpose is to collect by means of a survey the knowledge on the subject and determine the components to design the strategy, whose participants are women from 20 to 49 years old from the citadel. Assad Bucaram of the Daule canton. The data obtained will be processed in Excel spreadsheets and then emptied into the SPSS statistical program. **Results:** The women participating in the study, mostly housewives, are 35 years old, as average age, have a primary level of education and live with their partner in free union. We found deficiencies in knowledge about sexually transmitted infections; as well as risky sexual practices, among which the low use of condoms (93%) stands out. In the development of the strategy, the didactic to use is the educational talk (65%), the topics to be taught are the most frequent ITS, which will be dictated once a week (46%), one hour per meeting (80%) and in the afternoon hours (62%). **Conclusions:** The design of the educational strategy is aimed at generating responsible sexual behaviors, with their implementation.

**Keywords:** SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS, KNOWLEDGE, RISK.

## 8 INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, las infecciones de transmisión sexual (ITS), siguen un ritmo ascendente, afectando a individuos, de diferentes edades, sexo, raza y condición social, por lo tanto, desencadenan un importante problema de salud pública.

Las ITS son entidades clínicas, frecuentemente asintomáticas, que tienen diferentes agentes etiológicos (parásitos, ectoparásitos, virus, bacterias y hongos), y que se caracterizan por transmitirse por vía sexual principalmente, además de la perinatal y parenteral<sup>(1)</sup>.

La verdadera dimensión de las ITS está subvalorada, debido a sus características, al estigma que generan y al hecho de que la mayoría se presentan de manera asintomática y su importancia radica en los efectos deletéreos que pueden ocasionar en la salud sexual y reproductiva, como el dolor pélvico crónico en mujeres, la infertilidad femenina secundaria, el cáncer cervicouterino, hepatopatías, morbilidad perinatal, ceguera infantil y las infecciones neonatales graves<sup>(1)</sup>.

Ellas se clasifican, para su estudio, en ITS curables (sífilis, gonorrea, chancro blando, linfogranuloma venéreo, granuloma inguinal, uretritis no gonocócica, tricomoniasis, escabiosis, pediculosis pubis, candidiasis y la vaginosis bacteriana) y, no curables (VIH/Sida, herpes genital, verrugas genitales, hepatitis B, virus del papiloma humano)<sup>(2)</sup>.

En Latinoamérica y el Caribe, las mujeres jóvenes son las más afectadas por estas infecciones<sup>(3)</sup>.

La alta prevalencia de las ITS obedece a múltiples factores, entre los que destacan conductas y actitudes de riesgo como relaciones sexuales no planificadas, cambios de ideas en cuanto a la virginidad, tendencia actual a iniciar las relaciones sexuales a edades muy tempranas, promiscuidad sexual, menarquia cada vez más temprana, nueva pareja sexual en los últimos 60 días, uso inconsistente de condón, comercio de sexo por dinero o drogas, hombres que tienen sexo con hombres, historial de una ITS anterior; el consumo habitual de drogas y alcohol; factores culturales como el marianismo, machismo y los tabúes que impiden que se hable de estos temas con la familia<sup>(3)</sup>, además de la desigualdad social y de género<sup>(4)</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), declara que cada día más de 1 millón de personas adquieren una infección de transmisión sexual. Además informa que cada año se estima que unos 357 millones de personas contraen alguna de las cuatro ITS siguientes: clamidiasis (131 millones), gonorrea (78 millones), sífilis (5,6 millones) o tricomoniasis (143 millones) <sup>(5)</sup>.

Desde que se inició la epidemia de VIH, las Américas ha encabezado la respuesta mundial con acciones basadas en una orientación salubrista sin descuidar los derechos que asisten a los seres humanos. Es así, que en año 2000, se realiza el Foro 2000 sobre VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual en Río de Janeiro, Brasil, en donde se realizaron importantes intercambios sobre el tema. En septiembre del 2016, los países miembros de la Organización Panamericana de la Salud aprobaron el Plan de Acción para prevenir y controlar la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021, con el propósito de poner fin a estas epidemias que generan gran preocupación en el sector salud y en la Región de las Américas para el 2030 <sup>(6)</sup>.

A nivel de Latinoamérica, el país con más casos nuevos de VIH - como ITS- es Argentina (7,8%), seguido por Paraguay (4,9%), Bolivia (4,8%), Colombia (4,6%) y Ecuador (3,19%) <sup>(7)</sup>.

A nivel de Ecuador, se ha apreciado, en los últimos años, un incremento en el índice de ITS y las provincias más afectadas son Guayas, Manabí, Los Ríos, Cotopaxi y Pichincha <sup>(8)</sup>; esta situación se explica por la baja percepción de riesgo <sup>(9)</sup>. Desde el 2006, a las ITS se las atiende como manejo sindrómico. Según anuario estadístico del Ministerio de Salud Pública del 2016, se han reportado 240.003 casos de ITS, distribuidas de la siguiente manera: gonorrea, 503; VIH, 2.716; SIDA, 1354; sífilis, 1.001; herpes genital, 2.026; hepatitis, 591; y, otras ITS, 231.812 casos <sup>(9)</sup>. A nivel local, esto es, cantón Daule, la prevalencia de ITS, es elevada, no apartándose de las estadísticas.

“El Estado ecuatoriano, a través del Ministerio de Salud Pública, estima conveniente mejorar e incorporar en los servicios del sector salud el manejo total de las ITS, en todos los niveles de atención, para que, mediante el empleo adecuado y oportuno de los recursos diagnósticos de los que se dispone, se establezcan técnicas estratégicas de prevención y tratamiento que hayan demostrado ser efectivas” <sup>(10)</sup>.

Debido a la magnitud de esta problemática sanitaria, manifestada durante las visitas domiciliarias de seguimiento y en las consultas solicitadas por las usuarias, en la Ciudadela Assad Bucaram, del cantón Daule, este estudio se propone investigar los conocimientos y prácticas sexuales, que poseen sobre las ITS, para diseñar una estrategia educativa en salud que permita actuar sobre los mismos, acordes a la edad, sexo y cultura de este grupo poblacional, con la finalidad de concienciar a las mujeres sobre las consecuencias de una conducta permisiva y así disminuir la morbimortalidad, debida a esta causa.

Otro punto primordial a valorar es que muchos pacientes tienen la enfermedad de manera asintomática, por lo que los médicos familiares deben poner énfasis en detectar factores y conductas de riesgo en ITS de manera sistemática para evitar futuras complicaciones y la transmisión sostenida en la comunidad.

La ardua tarea del médico familiar va mucho más allá de lo aparentemente visible, porque debe tener especial atención en determinar las ITS acorde a la evaluación del riesgo personal de un individuo en función de factores de comportamiento, como los individuos transgéneros -cuyo género es diferente del sexo con el que nacieron-, en cuyo caso debe tener en cuenta la anatomía del individuo (es decir, una mujer transgénero a hombre puede tener vagina, cuello uterino y útero y, por lo tanto, estar en riesgo de cáncer cervical asociado al virus del papiloma humano y a las secuelas de otras ITS); mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres, en cuyo caso tiene que determinar cuáles son las prácticas sexuales involucradas ( digital-vaginal, digital-anal, objetos compartidos de sexo con penetración) para determinar el medio posible para la transmisión de ciertas ITS<sup>(11)</sup>.

Es importante que las mujeres sean capaces de identificar las anormalidades en su salud sexual, de solicitar atención médica y de hacer prevalecer sus derechos que se encuentran garantizados en la Constitución.

El empoderamiento de la población en general en el proceso salud- enfermedad como individuo que forma parte de una familia y que está inmerso en una comunidad, en este caso, de las infecciones de transmisión sexual, cómo prevenirlas, cuáles son los riesgos y complicaciones que llevan y la búsqueda activa de información correcta a través de la promoción y prevención, constituyen estrategias fundamentales para aumentar la percepción de riesgo y con ello la disminución de la morbi-mortalidad.

## 9 EL PROBLEMA

### 1.1 9.1 Identificación, Valoración y Planteamiento

A nivel mundial, las ITS destacan como un importante problema de salud pública y nuestro país no es ajeno a esta situación.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), ha realizado una serie de intervenciones que consisten en charlas educativas sobre medidas de protección, entrega gratuita de preservativos a la población, colocación de dispensadores de preservativos en las unidades de salud, propagandas en los medios de comunicación, entre otras; siendo importante recalcar que la efectividad de estas intervenciones depende del comportamiento, del nivel de conocimientos y de la percepción de riesgo que cada individuo posea <sup>(12)</sup>. Es por eso, que la prevención y la promoción de salud, en esta esfera, es responsabilidad de todos los sectores de la sociedad <sup>(13)</sup>.

En el cantón Daule, se aprecia similar problemática, así podemos mencionar, que entre las diversas mujeres que acceden a los servicios de salud de este centro de atención, por causas no ginecológicas, muchas de ellas padecen de algún tipo de infección de transmisión sexual, que no consultan, producto de tabúes, ignorancia y temor, asociados a conductas como inicio a edades tempranas de las relaciones sexuales, promiscuidad, no utilización del preservativo, entre otras, constituyéndose como factores favorecedores del incremento de estas enfermedades.

El diseño de una estrategia educativa ayudará a promover un comportamiento sexual sano, y por lo tanto traerá como resultado que las relaciones sexuales sean protegidas, el conocimiento de los factores de riesgo, disminuirá la prevalencia de las ITS, así como aumentaría la prevención de las mismas, con el objetivo de disminuir la morbimortalidad, prevenir la infección por VIH, prevenir infecciones graves en las mujeres, prevenir los resultados adversos del embarazo, entre otros.

### 9.2 Formulación

¿Cuáles serían los componentes que formarían parte de una estrategia educativa para la prevención de las ITS en las mujeres de 20 a 49 años de edad, de la ciudadela Assad Bucaram, del centro de salud anidado de Daule en el año 2018?

## **10 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS**

### **10.1 General**

Diseñar una estrategia educativa para la prevención de las infecciones de transmisión sexual en las mujeres de 20 a 49 años. Ciudadela Assad Bucaram. Daule. Año 2018.

### **10.2 Específicos**

- 1.- Caracterizar a la población de estudio según variables sociodemográficas.
- 2.- Determinar el conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual en la población de estudio.
- 3.- Identificar las prácticas sexuales de riesgo en la población de estudio.
- 4.- Identificar los componentes para el diseño de la estrategia educativa sobre las infecciones de transmisión sexual en las mujeres de 20 a 49 años.
- 5.- Elaborar una estrategia educativa para la prevención de las infecciones de transmisión sexual en la población de estudio.

## 11 MARCO TEÓRICO

### 11.1 Infecciones de transmisión sexual

#### 11.1.1 Antecedentes. –

Las infecciones de transmisión sexual, antes de los años 70, conocidas como enfermedades venéreas, son entidades clínicas que, por su magnitud y trascendencia para el enfermo, grupo familiar y la colectividad, han adquirido gran significado para la salud pública mundial <sup>(2)</sup>.

Las ITS se presentan como un grupo de infecciones cuya etiología responde a más de 30 agentes patógenos: bacterias, virus, hongos, parásitos y ectoparásitos transmitidos por vía sexual, principalmente, sin dejar de mencionar otros mecanismos de contagio, como la transmisión perinatal o por vía parenteral <sup>(14)</sup>.

Los datos epidemiológicos existentes en nuestro país, no son una demostración fehaciente de la prevalencia de la enfermedad, esto se debe a fallas en el sistema de vigilancia epidemiológica, dificultades de acercamiento a los servicios de salud, barreras relacionadas con el género, estigmas sociales, escasez frecuente de insumos para realizar diagnósticos, ante la sospecha clínica, temores y desconocimiento de los usuarios/as a la asistencia sanitaria, entre otros. Así mismo la familia compromete la salud sexual del joven al no brindar información de esta índole, favoreciendo dicha búsqueda fuera del contexto familiar, entre personas no adecuadas <sup>(15)</sup>.

Estas enfermedades son más frecuentes en la etapa de adulto joven ( de 20 a 39 años), lo que se atribuye a numerosas causas, entre las que destacan, la insuficiente información que tienen sobre las ITS, que por temor, ignorancia, timidez o inexperiencia, no solicitan información, ni tratamiento, de manera que se exponen a contraer cualquier ITS desde su primera vez, por tener sexo sin uso de preservativo; jóvenes con conductas de riesgo como los usuarios de drogas ilegales, hombres que tienen sexo con hombres y mujeres profesionales del sexo <sup>(16)</sup>.

Además, la violencia y explotación sexual, la incapacidad de negociar con sus parejas sobre las decisiones sexuales y la falta de acceso a los servicios de salud reproductiva se combinan para poner a las jóvenes en una situación especial de alto riesgo, por lo que urge trabajar con los jóvenes y adolescentes con acciones

educativas interactivas y participativas acordes a las características poblacionales en el marco de la salud sexual y reproductiva.

Existen múltiples investigaciones relacionadas con nivel de conocimiento y conducta sexual de riesgo de las ITS, que constituyen variables de este estudio.

Se define al conocimiento como la cantidad de información que un individuo ha adquirido mediante la experiencia o el aprendizaje.

La conducta sexual de riesgo se refiere a toda práctica sexual que un individuo realiza y lo hace vulnerable de adquirir una ITS, como relación sexual sin usar preservativo tanto masculino como femenino, actividad sexual temprana, tener múltiples parejas sexuales, practicar sexo oral y anal, tener relaciones sexuales con una pareja que se inyecta o se ha inyectado droga, tener relaciones sexuales a cambio de drogas o dinero, entre otros.

Se menciona un estudio realizado en el año 2012 sobre estrategia de intervención educativa en enfermedades de transmisión sexual, en donde la población estudiada posee los conocimientos, pero no comprenden los efectos negativos en su salud sexual al adquirir una de estas enfermedades<sup>(13)</sup>.

En otro estudio, del año 2013, titulado estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios, realizado en la Habana, Cuba, cuyo propósito fundamental era mejorar la salud sexual y reproductiva de la población en estudio, se encontró deficiencias en la educación sexual, baja apreciación de riesgo de enfermar por ITS, promiscuidad masculina y femenina, inicio temprano de las relaciones sexuales y bajo uso del condón, unido a poca comunicación entre padres e hijos. Concluye este estudio que la implantación de la estrategia educativa ha brindado buenos resultados y que además la formación que obtuvieron los hace capaces de realizar actividades de promoción, prevención y educación para la salud<sup>(17)</sup>.

La importancia de educar a los jóvenes desde edades tempranas radica en que se preparen para vivir una sexualidad plena, protegida y con conocimientos acerca de los peligros a los que se pueden enfrentar. Esta educación debe comenzar antes de los diez años de edad y mantenerse durante el transitar de la adolescencia hasta llegar a la juventud<sup>(18)</sup>.

En referencia a la prevención de las ITS, son muchos los intentos realizados, mediante la aplicación de diferentes programas de educación sexual y de los intentos emprendidos en los centros educacionales, pero no han resuelto totalmente las

dificultades existentes y aún persisten problemas en este sentido, pues continúa existiendo falta de conocimientos, mitos, tabúes, falta de percepción de riesgo y estereotipos, en un aspecto tan importante como la sexualidad en la sociedad ecuatoriana.

### *11.1.2 Concepto. –*

Las infecciones de transmisión sexual son entidades clínicas frecuentemente asintomáticas, cuyo agente infeccioso involucrado -bacterias, virus, parásitos, hongos-, afecta sin distinción a todos los niveles sociales, económicos y culturales con grave repercusión para el enfermo, su grupo familiar y la sociedad, cuyo principal mecanismo de transmisión son las relaciones sexuales.

### *11.1.3 Clasificación. –*

Las ITS para su estudio se clasifican en curables y no curables.

ITS curables: sífilis, gonorrea, chancro blando, linfogranuloma venéreo, granuloma inguinal, uretritis no gonocócica, tricomoniasis, escabiosis, pediculosis pubis, candidiasis, y la vaginosis bacteriana.

ITS incurables: herpes genital, condilomas acuminados, hepatitis B, VIH/SIDA.

### *11.1.4 Modo de transmisión. –*

Las formas de transmisión de estas infecciones, son las relaciones sexuales no protegidas, con o sin penetración vaginal, anal u oral, con una persona infectada.

Otros medios de transmisión menos frecuentes incluyen:

- ✓ Transmisión perinatal: cuando la madre durante el embarazo, el parto y lactancia (VIH, sífilis), transmite la enfermedad a su hijo.
- ✓ Transmisión parenteral: transfusiones u otro contacto con sangre y hemoderivados contaminados <sup>(19)</sup>.

### 11.1.5 Factores de riesgo. –

Los factores de riesgo para las infecciones de transmisión sexual incluyen tanto el **comportamiento sexual** que aumenta el riesgo de exposición a enfermedades de transmisión sexual y los **grupos de riesgo** que tiene una alta prevalencia de infecciones de transmisión sexual<sup>(11)</sup>.

Desde un enfoque de la atención primaria en salud podemos clasificar los riesgos, de la siguiente manera<sup>(10)</sup>:

**Factores condicionantes biológicos.** – En la biología del ser humano existen ciertas características que lo hacen susceptible a las ITS, como son la edad, el sexo, el estado inmunológico del huésped y la virulencia del agente infeccioso.

Las mujeres jóvenes y adolescentes son más susceptibles a las ITS debido a que el epitelio vaginal y el tejido cervical son inmaduros. En la etapa del climaterio, los cambios hormonales, también la hacen más vulnerable<sup>(20)</sup>.

Las mujeres tienen mayor riesgo de adquirir ITS debido a:

- ✓ Mayor superficie de exposición del epitelio vaginal.
- ✓ Cambios hormonales en diferentes etapas de la vida.
- ✓ Inmunodepresión por menstruación, embarazo.

Los adultos jóvenes y adolescentes, en cambio tienen mayor exposición a las ITS, por el frecuente cambio de pareja sexual, escasa oportunidad a la información preventiva y un menor acercamiento a los servicios de salud.

**Factores conductuales.** –

- ✓ Nueva pareja sexual en los últimos 60 días
- ✓ Múltiples parejas sexuales o parejas sexuales con múltiples parejas sexuales concurrentes
- ✓ Uso de condón no consistente o inconsistente cuando no está en una relación sexual mutuamente monógama
- ✓ Comercio de sexo por dinero o drogas
- ✓ Contacto sexual (oral, anal, pene o vaginal) con trabajadoras sexuales
- ✓ Reunión de socios anónimos en internet
- ✓ El consumo de alcohol u otras drogas antes o durante el contacto sexual disminuye la capacidad de reaccionar ante el riesgo y el uso del preservativo.

**Factores sociales.** –

- ✓ Escasos conocimientos sobre la prevención de las ITS

- ✓ Poca predisposición al uso de condones masculinos y femeninos
- ✓ Insuficiente capacidad de negociación del uso del condón por parte de la mujer
- ✓ Baja percepción del riesgo
- ✓ Inclinación machista que dificultan el uso de condón en varones
- ✓ Violencia sexual
- ✓ Inicio precoz de relaciones sexuales
- ✓ Dependencia económica y social de las mujeres
- ✓ Migración interna y externa
- ✓ Cambios de valores y costumbres sexuales
- ✓ Actitud permisiva de la sociedad para tolerar a los varones con múltiples parejas sexuales.

Grupos poblacionales prioritarios. –

- ✓ Profesionales del sexo, sus parejas y clientes
- ✓ Hombres y mujeres que tienen varias parejas sexuales
- ✓ Hombres que tienen sexo con hombres
- ✓ Personas transgéneros
- ✓ Personas privadas de libertad y sus parejas.
- ✓ Usuarios de drogas.

#### *11.1.6 Complicaciones. –*

Gran parte de las ITS pueden ocasionar complicaciones a hombres y mujeres, a saber:

En las mujeres. – Enfermedad pélvica inflamatoria, infertilidad, dolor pélvico crónico, abortos, mayor riesgo de embarazos ectópicos, muerte fetal intrauterina, rotura prematura de membranas, corioamnionitis, parto prematuro, cáncer cervical (21).

En los hombres. – Epididimitis, prostatitis, infertilidad.

En los recién nacidos. –

La infección por clamidia puede causar pulmonía en los neonatos.

La afectación gonocócica a nivel ocular puede provocar ceguera.

La sífilis congénita es causa importante y significativa de morbilidad infantil: osteítis de huesos largos, tibias en sable, retardo mental, hidrocefalia, sordera neurosensorial, micrognatia, fisuras periorales.

El herpes virus puede ocasionar aborto espontáneo, ruptura prematura de membranas, retardo de crecimiento intrauterino, infección intrauterina, herpes neonatal.

La hepatitis B puede ocasionar en los recién nacidos hepatitis crónica, cirrosis y cáncer de hígado.

### *11.1.7 Manejo etiológico. –*

#### *11.1.7.1 Sífilis. –*

Es una infección causada por la bacteria *Treponema pallidum* (22). La mayoría de los casos nuevos de sífilis se adquieren sexualmente. Otra forma de transmisión lo constituye la vía trasplacentaria y las transfusiones sanguíneas. Acorde a la etapa en que se presenta la enfermedad se evidencian las manifestaciones clínicas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que, en el 2012, a nivel mundial, hubo 18 millones de casos de sífilis en adolescentes y adultos de 15 a 49 años, y 5,6 millones de casos nuevos <sup>(23)</sup>.

De 2000 a 2016, el aumento en la tasa de casos de sífilis informados se atribuye principalmente al aumento de casos entre hombres que tienen sexo con hombres.

De 2013 a 2016, las tasas de sífilis primaria y secundaria también aumentaron entre mujeres. También se están incrementado los casos de sífilis congénita, con 15,7 casos por cada 100.000 nacidos vivos reportados en 2016.

**Infección local temprana.** – La infección se inicia cuando el *treponema pallidum* accede a los tejidos subcutáneos a través de abrasiones microscópicas. La espiroqueta evade las respuestas inmunitarias tempranas del huésped y establece la lesión ulcerativa inicial, el chancro. Posteriormente, se generan respuestas inmunes humorales, que conducen al desarrollo de una variedad de anticuerpos que pueden detectarse relativamente temprano en el curso de la sífilis.

En algunos aspectos, la respuesta inmune a *T. pallidum* es paradójica. Por un lado, las diversas respuestas inmunes durante la infección temprana parecen ser eficaces,

ya que coinciden con la resolución del chancro primario, incluso en ausencia de tratamiento. Sin embargo, a pesar de este control inmune aparente, la diseminación extendida de espiroquetas se produce al mismo tiempo, lo que lleva a manifestaciones clínicas posteriores de sífilis secundaria o terciaria en pacientes no tratados.

Infección tardía. -El periodo de latencia prolongado que es característico de la mayoría de los tipos de sífilis tardía sugiere que los mecanismos inmunes pueden estar involucrados en una de dos formas. La disminución de la inmunidad con el envejecimiento puede facilitar el recrudecimiento de un pequeño número de treponemas que han sobrevivido en sitios secuestrados. Alternativamente, un huésped hipersensible parcialmente inmune puede reaccionar a la presencia de treponemas, generando una respuesta inflamatoria crónica.

Las gomas, o sífilis benigna tardía que a menudo afectan a la piel, vísceras u otros tejidos (huesos, cerebro, vísceras abdominales), se caracterizan patológicamente por la presencia de granulomas, un hallazgo que es compatible con una reacción de hipersensibilidad celular.

La sífilis cardiovascular con afectación del arco ascendente de la aorta y la válvula aórtica es una consecuencia de la vasculitis del vasa vasorum. La vasculitis de vasos pequeños es una manifestación común de las etapas secundarias y posteriores de la sífilis.

Etapas de la enfermedad. – Los pacientes con sífilis pueden presentar una amplia gama de síntomas dependiendo de la etapa de la enfermedad. Otros tendrán evidencia serológica de sífilis basada en pruebas de laboratorio, pero no tendrán síntomas, es decir, sífilis latente.

La sífilis generalmente se divide en etapas tempranas y tardías.

Sífilis temprana: la sífilis precoz comprende la sífilis primaria y secundaria, así como la sífilis latente temprana. Las manifestaciones clínicas de la sífilis temprana generalmente ocurren dentro de semanas o meses después de la infección inicial.

Sífilis tardía: cuando los pacientes no reciben tratamiento durante las primeras etapas de la sífilis, pueden progresar a una enfermedad latente tardía (que es asintomática) o desarrollar complicaciones importantes de la infección. Los eventos clínicos que ocurren como consecuencia de la sífilis tardía pueden aparecer en cualquier momento de 1 a 30 años después de la infección primaria y pueden involucrar una amplia variedad de tejidos.

Manifestaciones clínicas. -

Sífilis temprana: Sífilis primaria (chancro): La manifestación clínica inicial de la infección es una lesión cutánea localizada que se inicia como pápula generalmente indolora en el sitio de la inoculación, que luego se ulcera, cuya base no exudativa y se asocia a linfadenopatía regional leve a moderada, generalmente bilateral. El período de incubación desde la inoculación es en término medio de 21 días. Los chancros se curan espontáneamente dentro de tres a seis semanas, pero la sífilis se vuelve rápidamente sistémica y se disemina ampliamente, constituyendo la base fisiopatológica de la sífilis secundaria y / o tardía.

Sífilis secundaria: los pacientes con sífilis secundaria pueden no tener antecedentes de chancro precedente, ya que la infección primaria puede haber sido asintomática y/o haber pasado desapercibida.

La sífilis secundaria puede producir una amplia variedad de signos y síntomas:

Síntomas generalizados:

- Síntomas constitucionales: fiebre, dolor de cabeza, malestar general, anorexia, dolor de garganta, mialgias y pérdida de peso.
- Adenopatía: de la región posterior cervical, axilar, inguinal y femoral. El hallazgo de ganglios epitrocleares es particularmente sugerente del diagnóstico.

Hallazgos dermatológicos:

- Erupción: Es el hallazgo más característico de la sífilis secundaria. Es clásicamente una erupción macular o papular simétrica y difusa que afecta a todo el tronco y las extremidades, incluidas las palmas y las plantas, de color cobre, rojo o marrón rojizo y miden de 0,5 a 2 cm de diámetro.
- Alopecia: Puede apreciarse en cuero cabelludo, cejas, barba, y generalmente es reversible con el tratamiento.

Hallazgos gastrointestinales:

- Hepatitis: se caracteriza por alto nivel de fosfatasa alcalina, a menudo con transaminasas normales.
- Anormalidades gastrointestinales: Infiltración o ulceraciones extensas, que puede ser mal diagnosticado como linfoma.

Anomalías musculoesqueléticas: sinovitis, osteítis y periostitis, que se resuelven luego del tratamiento.

Anomalías renales: albuminuria leve transitoria, síndrome nefrótico o nefritis aguda con hipertensión e insuficiencia renal aguda.

Hallazgos neurológicos/oculares:

- Dolor de cabeza: por invasión de la espiroqueta al líquido cefalorraquídeo.
- Meninges y manifestaciones vasculares: los pacientes pueden presentar meningitis, déficit del nervio craneal, enfermedad meningovascular o accidente cerebrovascular.
- Hallazgos oculares: la afectación ocular es más común entre personas infectadas por el VIH. Pueden desarrollar uveítis anterior, uveítis posterior o panuveítis, a menudo granulomatosa.

Sífilis tardía. – Aproximadamente del 25 al 40 por ciento de los pacientes con sífilis no tratada pueden desarrollar una enfermedad tardía. Los eventos clínicos pueden aparecer en cualquier momento de 1 a 30 años después de la infección primaria. No es necesario que las personas hayan experimentado sífilis primaria o secundaria clínicamente sintomática antes de desarrollar la sífilis tardía.

Las manifestaciones clínicas más comunes incluyen:

- Sífilis cardiovascular (especialmente aortitis)
- Sífilis gomosa (lesiones nodulares granulomatosas que son raras, pero pueden ocurrir en una variedad de órganos, generalmente piel y huesos)
- Afectación del sistema nervioso central (especialmente paresia y tabes dorsal)

Sífilis terciaria: Describe pacientes con sífilis tardía que tienen manifestaciones sintomáticas que implican el sistema cardiovascular o enfermedad gomosa (enfermedad granulomatosa de la piel y los tejidos subcutáneos, los huesos o vísceras).

Cardiovascular: Involucra clásicamente a la aorta torácica ascendente que resulta en una aorta dilatada y regurgitación de la válvula aórtica. Los aneurismas sífilíticos raramente conducen a la disección.

Enfermedad gomosa: Es poco común. Sin embargo, se han reportado varios casos de gomas en personas infectadas con VIH.

Sistema nervioso central: La neurosífilis puede ocurrir en cualquier momento después de la infección inicial<sup>(24)</sup>.

Sífilis latente: asintomática: Se refiere al período en que un paciente está infectado con *T. pallidum* (demostrado por pruebas serológicas) pero no presenta síntomas.

La sífilis latente puede ser temprana (si la infección se produjo en los últimos 12 meses) y tardía (si la infección ocurrió después de 12 meses).

#### *11.1.7.2 Gonorrea. –*

La gonorrea es una enfermedad de transmisión sexual, causada por *Neisseria gonorrhoeae*, causando uretritis en los hombres y cervicitis en las mujeres <sup>(25)</sup>.

Los factores de riesgo incluyen nueva pareja sexual reciente, múltiples parejas sexuales, siendo la edad soltera, joven, los bajos niveles educativos y socioeconómicos, abuso de sustancias, y una historia de gonorrea anterior.

Infección urogenital en mujeres. – La infección del cérvix uterino, puede ascender y afectar a los órganos reproductivos, causando enfermedad inflamatoria pélvica y/o complicaciones del embarazo.

Cervicitis: El cuello del útero es el sitio más común de infección de la mucosa con *N. gonorrhoeae* en las mujeres. Los síntomas genitales se desarrollan dentro de los 10 días de exposición y se caracterizan por prurito vaginal y/o secreción mucopurulenta. En el examen, el cuello uterino puede parecer normal o mostrar signos de secreción franca. La mucosa a menudo es friable.

Uretritis: *N. gonorrhoeae* puede invadir la uretra femenina, pudiendo ser asintomática o sintomática. Cuando produce síntomas la disuria es el principal.

Enfermedad inflamatoria pélvica: Del 10 al 20 % de las mujeres con gonorrea cervical presentan enfermedad inflamatoria pélvica (EPI). Los síntomas incluyen dolor pélvico/abdominal, sangrado vaginal anormal y dispareunia.

Los signos de EPI en el examen incluyen sensibilidad abdominal, sensibilidad uterina, hiperextensión anexial o cervical.

Perihepatitis (síndrome de Fitz-Hugh-Curtis): La inflamación de la cápsula de Glisson puede estar asociada con EPI, aunque no es frecuente. Los síntomas y signos son dolor agudo pleurítico localizado en el cuadrante superior derecho, que puede estar acompañado de náuseas, vómitos y fiebre. Las pruebas de función hepática con frecuencia son normales o solo levemente elevadas.

Bartholinitis: Las glándulas de Bartholin, pueden afectarse con *N. gonorrhoeae* y en un 6% presentar síntomas como dolor y secreción perilabial, edema, agrandamiento y

sensibilidad de la glándula, mientras que la afectación asintomática puede ocurrir en hasta un tercio.

Complicaciones del embarazo: Las infecciones gonocócicas urogenitales se han asociado con corioamnionitis, ruptura prematura de membranas, parto prematuro, bajo peso al nacer o niños pequeños para la edad gestacional y abortos espontáneos.

Además, la transmisión de *N. gonorrhoeae* de una madre infectada no tratada a su bebé puede ocurrir en 30 a 50% de los casos. Estos bebés pueden tener conjuntivitis neonatal, faringitis, artritis y gonococcemia.

Infección urogenital en hombres: Las infecciones gonocócicas urogenitales sintomáticas en hombres incluyen uretritis y epididimitis <sup>(26)</sup>.

Uretritis: *N. gonorrhoeae* es una causa común de uretritis, la misma que puede ser sintomática o asintomática (60%). De presentarse, los síntomas son disuria, secreción en el meato uretral, purulenta y copiosa. Las complicaciones pueden incluir linfangitis peneana, edema peneano, abscesos periuretrales y estenosis uretrales postinflamatorias.

Epididimitis: Puede aparecer como complicación de la infección gonocócica. Pueden presentar dolor testicular unilateral y edema.

Infección extragenital: Puede infectar el recto y la faringe. Las infecciones en estos sitios suelen ser asintomáticas.

Conjuntivitis. Afecta principalmente a los bebés nacidos de madres no tratadas. La conjuntivitis gonocócica varía desde infecciones paucinoasintomáticas leves hasta infecciones agresivas caracterizadas por inyección conjuntival, secreción purulenta y edema periorbitario, que, si no se trata, puede progresar a ulceración, perforación y ceguera corneales.

#### *11.1.7.3 Chancro Blando. –*

Es producido por el *Haemophilus ducreyi*, un cocobacilo anaerobio gramnegativo, transmitido en un 70 % de los casos por vía sexual. Se cree que los organismos tienen acceso a los tejidos a través de microabrasiones en la piel que se producen durante las relaciones sexuales, ya que el *H. ducreyi* no suele afectar la piel intacta. Después de un período de incubación de 4 a 10 días, aparecen en los genitales, unas pápulas suaves, redondas, sobre una base eritematosa, que en 24 a 48 horas se transforman en pústulas y erosionan, formándose úlceras sucias, de 1 a 2 cm de diámetro, dolorosas, de bordes mal definidos, usualmente cubiertas por un exudado

purulento gris o amarillo y sangra cuando se raspa <sup>(2)</sup>. Los sitios más comunes para el chancroide en los hombres son el pene prepucio, corona o glande. En las mujeres, los labios mayores, el introito vaginal y las áreas perianales son los más comúnmente afectados.

Linfadenopatía: la linfadenitis inguinal está presente en aproximadamente la mitad de los hombres infectados, pero es algo menos común en las mujeres. Los nódulos involucrados pueden experimentar licuefacción y presentarse como bubones fluctuantes. La mayoría de los bubones aparecen una o dos semanas después de la aparición de la úlcera primaria y, a menudo, son bastante dolorosos. Los bubones no tratados pueden romperse espontáneamente y descargar pus franco <sup>(27)</sup>.

#### *11.1.7.4 Linfogramuloma venéreo. -*

El linfogramuloma venéreo es una enfermedad ulcerosa genital causada por las srovariedades L1, L2 y L3 de *Chlamydia trachomatis*. Esta infección se presenta con mayor frecuencia en hombres que tienen sexo con hombres. El linfogramuloma venéreo es predominantemente una enfermedad del tejido linfático: inducen una reacción linfoproliferativa. Esto generalmente se logra mediante la extensión directa desde el sitio de infección primaria hasta los ganglios linfáticos que drenan.

Etapas de infección: Se han identificado tres etapas <sup>(28)</sup>:

Infección primaria: Después de un período de incubación de 3 a 12 días se presenta una úlcera genital o una reacción inflamatoria de la mucosa en el sitio de la inoculación, que cicatriza espontáneamente en pocos días.

Infección secundaria: Aparece dos a seis semanas más tarde y puede causar inflamación grave e infección masiva, a menudo con síntomas sistémicos por diseminación hematogena con fiebre, mialgia, anorexia, y vómitos; fotosensibilidad hasta en un 30 % de los casos y menos frecuentemente, meningoencefalitis, hepatoesplenomegalia, artralgia e iritis. En la región inguinal aparecen linfadenopatías eritematosas e induradas, frecuentemente unilaterales, que crecen y forman una masa firme y sensible que puede romperse y drenar, formándose tractos sinuosos. Se puede producir un síndrome anorrectal agudo, con prurito anal, sangramiento rectal; tenesmo, diarrea, constipación y dolor abdominal bajo.

Infección terciaria o tardía: Lo que caracteriza a este estadio es la fibrosis y estenosis en el tracto anogenital, que puede surgir si las etapas tempranas de la infección no se tratan o se tratan de manera insuficiente. Las complicaciones tardías incluyen elenfatiasis genital, fístulas y estenosis anales, pelvis congelada e infertilidad.

#### *11.1.7.5 Granuloma inguinal. –*

El granuloma inguinal (donovanosis) es una infección genital que generalmente se adquiere por vía sexual y es producida por la *klebsiella granulomatis*, la que puede causar pseudo bubones en el área inguinal que típicamente se asocian con úlceras en los genitales. Existen varios tipos de úlceras, pero la variedad ulcero-vegetativa es más común y se caracteriza por una úlcera grande, no dolorosa, de color rojo carnosos que sangra fácilmente, con tejido de granulación y mal olor, cuyos bordes pueden ser hipertróficos o verrugosos con aspecto condilomatoso <sup>(29)</sup>.

La primera línea de tratamiento es la azitromicina, seguida de una segunda línea con las posibilidades de doxiciclina, sulfaprim, ciprofloxacina y eritromicina. Si a los pocos días no se observa mejoría, se adiciona la gentamicina al tratamiento elegido de inicio <sup>(2)</sup>.

#### *11.1.7.6 Uretritis no gonocócica. –*

*Clamidia trachomatis* es generalmente la causa más común de uretritis no gonocócica (NGU), siendo *M. genitalium* la segunda más común; sin embargo, casi la mitad de todos los casos de NGU no tienen una etiología específica <sup>(30)</sup>.

Algunos estudios sugieren una asociación entre NGU en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y las bacterias asociadas con la vaginosis bacteriana. Las prácticas sexuales pueden contribuir a las diferencias en los agentes causantes de NGU en HSH en comparación con los hombres que tienen relaciones sexuales con mujeres <sup>(30)</sup>.

La infección por *Trichomonas* es común en mujeres y ocasional en hombres. Clínicamente se presenta en el hombre, disuria, exudado uretral de aspecto mucoso en el meato más prominente durante la mañana antes de la primera orina y prurito. Las mujeres con UNG suelen ser asintomáticas, pero el examen pélvico revela cervicitis que se manifiesta con eritema y edema del cérvix y flujo cervical

mucopurulento. Se trata con tetraciclina o bien doxiciclina, eritromicina, metronidazol o secnidazol.

#### *11.1.7.7 Tricomoniasis: -*

La Tricomoniasis es la enfermedad de transmisión sexual más común en todo el mundo, causada por el protozoo flagelado *Trichomona vaginalis*, que infecta principalmente el epitelio escamoso en el tracto urogenital: vagina, uretra y glándulas para uretrales. Otros sitios menos comunes incluyen el cuello uterino, la vejiga, las glándulas de Bartholin y la próstata. El período de incubación es desconocido; sin embargo, los estudios in vitro sugieren un período de incubación de 4 a 28 días <sup>(31)</sup>.

La infección cursa asintomática con gran frecuencia. En la mujer se presenta eritema vulvar y secreción amarillo verdosa con mal olor, además de unas pequeñas e individuales hemorragias que dan el llamado aspecto de vagina o cérvix en fresa. En el hombre puede ocasionar uretritis, epididimitis o prostatitis. En ambos sexos el paciente puede aquejar prurito.

La *trichomona vaginalis* se ha asociado con una serie de resultados adversos para la salud reproductiva, incluida la neoplasia cervical, celulitis del manguito pos histerectomía o absceso, enfermedad inflamatoria pélvica, entre otras. Durante el embarazo se asocia con resultados adversos que incluyen ruptura prematura de membranas, parto prematuro y bajo peso al nacer. Los bebés nacidos de madres infectadas pueden contraer infección durante el parto. Los signos y síntomas en los recién nacidos pueden incluir fiebre, problemas respiratorios, infección del tracto urinario, secreción nasal y, en las niñas flujo vaginal.

En los hombres, la *trichomona vaginalis* se ha asociado a prostatitis, blanopostitis, epididimitis, infertilidad y cáncer de próstata.

#### *11.1.7.8 Escabiosis. -*

La sarna es una infestación de la piel por el ácaro *Sarcoptes scabiei*.

Es una infestación relativamente común que puede afectar a individuos de cualquier edad y nivel socioeconómico. Las condiciones de hacinamiento aumentan el riesgo de infestación de sarna. Presentan una distribución característica: los lados y las

redes de los dedos, las muñecas, las axilas, las areolas y los genitales están entre los sitios comunes de participación <sup>(32)</sup>.

La transmisión de la sarna generalmente ocurre a través del contacto directo y prolongado piel con piel, como puede ocurrir entre los miembros de la familia o parejas sexuales.

Los síntomas generalmente comienzan de tres a seis semanas después de la infestación primaria. Clínicamente se produce un síndrome polimorfo lesional donde un grupo de lesiones dependen de la acción directa del parásito en el huésped, y otro depende de la reacción del mismo frente al parásito por mecanismo de hipersensibilidad. Se producen pápulas, surcos o galerías de pocos mm de longitud, rectos o algo incurvados, con una elevación en uno de los extremos, llamada eminencia acariana de Bazin, dos estructuras patognomónicas de esta dermatosis. También pueden verse nódulos, excoriaciones, costras, y en los genitales se producen nódulos con exulceraciones en la superficie, llamados chancros escabiósicos, que resultan muy pruriginosos y pueden persistir días o semanas después de curado el paciente.

Sarna costrosa (también conocidos como la sarna crustosa, sarna noruega, sarna Boeck, o sarna queratóticas) pueden ocurrir en la presencia de condiciones que la inmunidad celular comprometido, tales como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), T humano virus linfotrópico de células tipo 1 (HTLV-1) infección, lepra y linfoma.

El diagnóstico de sarna se confirma mediante la detección de ácaros, huevos o pellets fecales (también conocido como "scybala") a través de un examen microscópico. Sin embargo, dado que estos hallazgos no siempre se detectan fácilmente dado el bajo número de ácaros en pacientes con sarna clásica, a veces se realiza un diagnóstico presuntivo basado en una historia y un examen físico constantes. La dermatoscopia es una útil herramienta de diagnóstico adjunta.

#### ***11.1.7.9 Pediculosis. -***

Es una zoo parasitosis, producida por el *Pthirus pubis*, de la familia Pthiridae. Altamente contagiosa, generalmente se transmite sexualmente y puede extenderse más allá del área púbica para afectar otras áreas del cuerpo, incluidas las pestañas

(pediculosis ciliaris). Además de la transmisión sexual, lo hace a través de fómites como ropas, colchones, etc. El prurito es la principal queja en adultos, principalmente en el área púbica, pero también en las axilas. En las personas peludas, ninguna área que tenga vello es inmune a la participación <sup>(33)</sup>. El cuero cabelludo se salva en la mayoría de los casos, pero ocasionalmente está involucrado en individuos con cabello grueso y rizado. Clínicamente lo más ostensible son unos puntos carmelita oscuros en la piel del pubis, que al pincharlos se mueven y se trata de los parásitos fijados a la piel, también pueden verse los huevos prendidos a los pelos, no sólo en los pubianos, sino que pueden aparecer en las márgenes del ano, el abdomen, e incluso en las pestañas. A los lados del tronco y en muslos pueden verse manchas color azul cielo de 0,5 a 1 cm.

#### *11.1.7.10 Candidiasis. –*

La Cándida se considera parte de la flora normal en los tractos gastrointestinal y genitourinario de los humanos, tienen la propensión a invadir y causar enfermedad cuando se crea un desequilibrio en el nicho ecológico en el que estos organismos existen habitualmente <sup>(34)</sup>.

La candidiasis vulvovaginal es una de las causas más comunes de picor y secreción vulvovaginal. Ocurre con mayor frecuencia en situaciones asociadas con niveles aumentados de estrógeno, como el uso de anticonceptivos orales y el embarazo; los antibióticos, los glucocorticoides, la diabetes mellitus, la infección por VIH, los dispositivos intrauterinos y el uso del diafragma también son factores de riesgo <sup>(35)</sup>.

Las formas mucosas vulvo vaginal y balanítica son las consideradas de transmisión sexual, producidas por la Cándida albicans.

El examen físico de los genitales externos, la vagina y el cuello uterino a menudo revela eritema de la vulva y la mucosa vaginal y edema vulvar, y puede haber poca o ninguna descarga; cuando está presente es blanca, espesa, adherente a las paredes laterales de la vagina y grumoso, con aspecto de leche cortada en la mujer; acompañada de prurito. En el hombre se muestra la zona balanoprepucial con eritema y secreción blanquecina. La candidiasis vulvovaginal es la segunda causa más común de síntomas de vaginitis (después de la vaginosis bacteriana) y representa aproximadamente un tercio de los casos de vaginitis <sup>(36)</sup>.

#### *11.1.7.11 Vaginosis bacteriana. -*

Las vaginitis infecciosas se producen por la alteración de la flora habitual de la mucosa vaginal <sup>(37)</sup>.

La vaginosis bacteriana (VB) es la principal causa de disbacteriosis vaginal de la mujer en edad reproductiva.

Los principales síntomas son el aumento de la secreción vaginal y su desagradable olor. Puede comportar graves consecuencias para la mujer, como un mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyendo el virus de la inmunodeficiencia humana, así como complicaciones del tracto genital superior y durante el embarazo. La tinción de Gram es el método de referencia para el diagnóstico microbiológico de la VB. No se debe considerar una ITS, sino una patología altamente relacionada con el sexo. La recidiva es el principal problema médico de su tratamiento <sup>(38)</sup>.

#### *11.1.7.12 Herpes genital. –*

Es una enfermedad infecciosa inflamatoria de tipo vírico, se caracteriza por lesiones cutáneas formadas por vesículas agrupadas en racimo y rodeadas de un halo rojo. Es causada por el virus herpes simple, de tipo I (VHS-1) que afecta cara, labios, boca y parte superior del cuerpo, y de tipo II (VHS-2) que se presenta más frecuentemente en genitales y parte inferior del cuerpo.

Las infecciones por el virus del herpes simple genital (HSV) son un importante problema de salud pública mundial:

- ✓ Se ha documentado un aumento dramático en las infecciones genitales por HSV a partir de los estudios de seroprevalencia.
- ✓ Existe una gran diversidad del espectro clínico de la enfermedad genital por HSV.
- ✓ Como todas las cepas del virus del herpes, el VHS establece un estado latente seguido de reactivación viral y enfermedad local recurrente.
- ✓ La transmisión perinatal de HSV puede conducir a una morbilidad y mortalidad fetales significativas.

- ✓ Se estableció un vínculo entre la úlcera genital relacionada con el VHS y la transmisión sexual del VIH.

Tipos de infección: las designaciones clínicas de la infección por el virus del herpes simple genital (VHS) son: primer episodio primario, no primario y recurrente.

Primaria: la infección primaria se refiere a la infección en un paciente sin anticuerpos preexistentes al virus del herpes simple tipo 1 (VHS-1) o al virus del herpes simple tipo 2 (VHS-2).

No primaria: la infección de primer episodio no primaria se refiere a la adquisición de HSV-1 genital en un paciente con anticuerpos preexistentes al HSV-2 o la adquisición de HSV-2 genital en un paciente con anticuerpos preexistentes al HSV-1  
Recurrente: la infección recurrente se refiere a la reactivación del VHS genital en el que el tipo de VHS recuperado en la lesión es del mismo tipo que los anticuerpos en el suero.

Cada uno de estos tipos puede ser sintomático o asintomático (también llamado subclínico). La infección asintomática se detectará solo si el paciente se analiza mediante cultivo o reacción en cadena de la polimerasa (PCR).

La transmisión del virus del herpes simple (HSV) puede ocurrir rápidamente en nuevas relaciones sexuales.

Las manifestaciones clínicas del virus del herpes simple genital (VHS) varían ampliamente según si la infección es primaria, no primaria o recurrente.

Infección primaria: las manifestaciones clínicas de la infección genital primaria por HSV son muy variables. La presentación inicial puede ser grave con úlceras genitales dolorosas, disuria, fiebre, linfadenopatía local inguinal sensible y dolor de cabeza. En otros pacientes, sin embargo, la infección es leve, subclínica o completamente asintomática.

El período de incubación promedio después de la exposición es de cuatro días (rango de dos a doce días). Los síntomas tienden a ser más severos en las mujeres que en los hombres.

Infección no principal: no primario primera infección episodio está asociado con un menor número de lesiones y síntomas menos sistémicos que la infección primaria, presumiblemente debido a anticuerpos contra una oferta tipo HSV cierta protección contra el otro

Infección recurrente: las recurrencias clínicas de HSV genital son comunes, pero típicamente son menos graves que las infecciones primarias o no primarias. La duración media de las lesiones generalmente es más corta con recurrencias que en la infección primaria y la duración de la diseminación viral suele ser de dos a cinco días

HSV-2 y riesgo de transmisión del VIH: la úlcera genital del virus del herpes simple tipo 2 (HSV-2) se ha relacionado definitivamente con un mayor riesgo de infección por VIH-1 en regiones con altas tasas de seroprevalencia de infección por HSV-2

Diagnóstico. - Un diagnóstico clínico de herpes genital debe confirmarse con pruebas de laboratorio. La presentación clásica con vesículas múltiples en una base eritematosa a menudo está ausente en muchos pacientes. Por lo tanto, es importante confirmar el diagnóstico de infección por el virus del herpes simple (VHS) con cualquiera de las siguientes técnicas: cultivo viral, reacción en cadena de la polimerasa (PCR), anticuerpos de fluorescencia directa y pruebas serológicas específicas del tipo. La elección de la prueba varía con la presentación clínica. El cultivo celular y las pruebas basadas en PCR son las pruebas preferidas para un paciente que presenta lesiones activas, aunque las pruebas basadas en PCR tienen la mayor sensibilidad y especificidad global <sup>(39)</sup>.

Las infecciones por el virus del herpes simple tipo II son prevenibles y éstas incluyen educación del paciente, uso de protección de barrera y terapia supresora crónica <sup>(40)</sup>.

#### *11.1.7.13 Condilomas acuminados. –*

La infección por el virus del papiloma humano (VPH) es la enfermedad de transmisión sexual más común en el mundo.

El VPH es una causa frecuente de infección cutánea y de la mucosa, es un virus de ADN bicatenario no encapsulados pertenecientes a la familia Papillomaviridae. Los investigadores han identificado más de 200 tipos de VPH, de los cuales más de 40 pueden transmitirse por contacto sexual e infectar la región anogenital. El virus

invade las células de la capa basal epidérmica a través de microabrasiones. Las verrugas no son necesarias para la transmisión, pero son altamente infecciosas debido a su alta carga viral.

Manifestaciones clínicas. -Las verrugas anogenitales externas se encuentran típicamente en la vulva, el pene, la ingle, el perineo, la piel perianal y / o la piel suprapúbica. Las verrugas pueden ser simples o múltiples, planas, en forma de cúpula, con forma de coliflor, filiformes, fungonadas, pedunculadas, cerebriformes, similares a placas, lisas (especialmente en el eje del pene), verrugosas o lobuladas. El color varía; las verrugas pueden ser blancas, de color de piel, eritematosas (rosadas o rojas), violáceas, marrones o hiperpigmentadas. Las verrugas anogenitales generalmente son suaves a la palpación y pueden oscilar entre 1 mm y más de varios centímetros de diámetro. Las verrugas son típicamente asintomáticas, pero pueden ser pruriginosas.

Las verrugas anogenitales externas pueden acompañarse de afectación del cuello uterino o la uretra.

Las verrugas uretrales pueden provocar hemorragia uretral (incluido sangrado durante el coito) y, en casos excepcionales, obstrucción urinaria. Los efectos psicológicos del condiloma acuminado no deben descontarse. Los pacientes con condiloma acuminado a menudo experimentan estigmatización, ansiedad, depresión, angustia y culpa, así como también preocupaciones sobre la fertilidad futura y el riesgo de cáncer. El impacto emocional en las parejas sexuales también es sustancial y puede conducir a la finalización del conflicto y la relación <sup>(41)</sup>

En la mayoría de los casos, los médicos familiarizados con las manifestaciones clínicas del condiloma acuminado pueden diagnosticar la condilomatosis basándose en el examen físico. El examen con una luz brillante es útil.

Factores de riesgo de infección. – Las infecciones genitales y cervicales por VPH se transmiten principalmente por contacto genital-genital o anal-genital. El predictor más consistente de infección genital por VPH ha sido la actividad sexual. La mayoría de los estudios se han realizado en mujeres jóvenes en quienes se han observado los siguientes hallazgos:

- El riesgo de infección por VPH en las mujeres está directamente relacionado con el número de parejas sexuales masculinas y con el número de parejas sexuales femeninas de los hombres.

- Al igual que con otras infecciones de transmisión sexual, el sexo con una nueva pareja es un factor de riesgo más fuerte que el sexo con una pareja a largo plazo.

#### *11.1.7.14 Hepatitis B. –*

La infección por el virus de la hepatitis B (VHB) es un problema de salud pública mundial. La implementación de programas efectivos de vacunación en muchos países ha resultado en una disminución significativa en la incidencia de nuevas infecciones por hepatitis B. Sin embargo, la infección por VHB sigue siendo una causa importante de morbilidad y mortalidad.

El modo predominante de transmisión del VHB varía en diferentes áreas geográficas. La transmisión de madre a hijo es el modo predominante de transmisión en áreas de alta prevalencia. En comparación, la transmisión horizontal, especialmente en la primera infancia, representa la mayoría de los casos de infección crónica por VHB en áreas de prevalencia intermedia, mientras que las relaciones sexuales sin protección y el uso de drogas inyectables en adultos son las principales vías de propagación en áreas de baja prevalencia.

la Organización Mundial de la Salud sugiere el cribado con HBsAg y anticuerpos contra la hepatitis B (anti-HBc). El riesgo de transmisión del VHB a través de transfusiones de sangre se redujo significativamente después de la introducción del cribado serológico de donantes para HBsAg.

La transmisión sexual sigue siendo una fuente común de transmisión del VHB. Los hombres no vacunados que tienen relaciones sexuales con hombres y personas heterosexuales que tienen múltiples parejas sexuales o el contacto con trabajadoras sexuales corren un riesgo particularmente alto. En los Estados Unidos, la transmisión sexual se había considerado la principal fuente de transmisión; sin embargo, de 2006 a 2011, la mayoría de los nuevos casos de VHB aguda se asociaron con el consumo de drogas <sup>(42)</sup>.

Factores de riesgo. – contactos sexuales de personas HBsAg-positivas, personas que alguna vez se han inyectado drogas, personas con múltiples parejas sexuales o

antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, hombres que tienen sexo con hombres, entre otros.

El diagnóstico de infección aguda por VHB se basa en la detección del antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg) y el anticuerpo IgM contra el antígeno central de la hepatitis B (anti-HBc). El diagnóstico de infección crónica por VHB se basa en la persistencia del antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg) durante más de seis meses <sup>(43)</sup>.

#### *11.1.7.15 VIH/SIDA. –*

El agente etiológico es un virus ARN, que pertenece al género retrovirus de la familia retroviridae.

La epidemia de VIH/sida ha afectado todas las esferas estructurales de las sociedades y ha evidenciado la necesidad de comprender la infección como un fenómeno social. El virus de la inmunodeficiencia humana VIH continúa siendo uno de los agentes infecciosos más mortíferos del mundo.

El virus de la inmunodeficiencia humana, infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH <sup>(44)</sup>.

El VIH puede transmitirse por las relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada, los hombres que tienen sexo con otros hombres, así como la presencia de alguna infección de transmisión sexual al momento de las relaciones sexuales desprotegidas; 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 <sup>(45)</sup>.

Las conductas y prácticas de riesgo específicas son responsables de la propagación del VIH/SIDA, sospecha de sexo extramarital por sus parejas, parejas sexuales múltiples, falta de reconocimiento de los síntomas <sup>(46)</sup>.

Características clínicas. -

Infección asintomática: Se estima que del 10 al 60 por ciento de las personas con infección temprana por VIH no experimentarán síntomas

Tiempo transcurrido: en pacientes con infección sintomática aguda, el tiempo habitual desde la exposición al VIH hasta el desarrollo de los síntomas es de dos a cuatro semanas, aunque se han observado períodos de incubación de hasta diez meses.

La mayoría de los síntomas asociados con la infección aguda por VIH se resuelven por sí solos; sin embargo, la gravedad y la duración de los síntomas varían ampliamente de paciente a paciente.

Signos y síntomas: se pueden observar una variedad de síntomas y signos en asociación con la infección por VIH sintomática aguda. Esta constelación de síntomas también se conoce como el síndrome retroviral agudo. Los hallazgos más comunes son fiebre, linfadenopatía, dolor de garganta, erupción cutánea, mialgia / artralgia, diarrea, pérdida de peso y dolor de cabeza. Ninguno de estos hallazgos es específico para la infección aguda por VIH, pero ciertas características, especialmente la duración prolongada de los síntomas y la presencia de úlceras mucocutáneas, son sugestivos del diagnóstico.

La presencia y el aumento de la gravedad y la duración de los síntomas parecen ser factores de mal pronóstico

Síntomas constitucionales: la fiebre, la fatiga y las mialgias son los síntomas más comunes informados por pacientes con infección aguda por VIH. La fiebre en el rango de 38 a 40°C está presente en la gran mayoría de los pacientes con infección aguda por VIH sintomática

Adenopatía - No dolorosa. Linfadenopatía que afecta principalmente a los ganglios axilares, cervicales, y occipital es también común. La adenopatía a menudo se desarrolla durante la segunda semana de la enfermedad, concomitante con la aparición de una respuesta inmune específica al VIH. Los ganglios disminuyen de tamaño después de la presentación aguda, pero un grado modesto de adenopatía tiende a persistir. Hepatoesplenomegalia leve también puede ocurrir.

Hallazgos orofaríngeos: El dolor de garganta es una manifestación frecuente de infección aguda por VIH. El examen físico revela edema faríngeo e hiperemia, generalmente sin agrandamiento amigdalino o exudado. Sin embargo, la amigdalitis unilateral o bilateral también se ha descrito.

La ulceración mucocutánea dolorosa es una de las manifestaciones más distintivas de la infección aguda por VIH, las que se pueden presentar en la mucosa oral, anal, en el pene o en el esófago. Estas úlceras son poco profundas y marcadas, con bases blancas rodeadas por un área delgada de eritema.

Erupción: Una erupción generalizada también es un hallazgo frecuente en la infección aguda por VIH sintomática. La erupción generalmente ocurre de 48 a 72 horas después del inicio de la fiebre y persiste de cinco a ocho días. La parte superior del tórax, la región del cuello y la cara suelen estar involucradas, aunque el cuero cabelludo y las extremidades, incluidas las palmas y las plantas, pueden verse afectadas. Las lesiones son característicamente pequeñas (5 a 10 mm), bien circunscritas, ovaladas o redondas, de máculas de color rosa a rojo intenso o maculopápulas. También se han notificado erupciones vesiculares, pustulosas y urticariales, pero no son tan comunes como una erupción maculopapular. El prurito es inusual y solo leve cuando está presente.

Síntomas gastrointestinales: Los pacientes con infección aguda por VIH a menudo se quejan de náuseas, diarrea, anorexia y pérdida de peso, con un promedio de 5 kg. Manifestaciones gastrointestinales más serias son raras e incluyen pancreatitis y hepatitis.

Hallazgos neurológicos: El dolor de cabeza, a menudo descrito como dolor retroorbital exacerbado por el movimiento ocular, a menudo acompaña a la infección aguda por VIH.

El primer síndrome neurológico grave que se reconoció fue la meningitis aséptica, con cefalea intensa, meningismo, fotofobia y pleocitosis linfocítica en el análisis del líquido cefalorraquídeo.

El sistema nervioso periférico también puede verse afectado por la infección aguda por VIH. Como ejemplo, síndrome de Guillain-Barré. El nervio facial y las parálisis braquiales también se han observado.

Otro: Aparte de las quejas de tos seca, las manifestaciones pulmonares son poco comunes durante la infección aguda por VIH. Se han notificado casos poco frecuentes de neumonitis en este entorno, que se manifiestan como tos, disnea e hipoxia sin evidencia de otras etiologías infecciosas

La rabdomiólisis aguda y la vasculitis son otras manifestaciones inusuales.

Infecciones oportunistas: Aunque generalmente se asocian con la enfermedad del VIH en una etapa posterior, las infecciones oportunistas raramente pueden ocurrir durante la linfopenia CD4 transitoria de la infección temprana por VIH.

La candidiasis oral y esofágica es la infección oportunista más frecuente en estos pacientes. Los factores responsables de la frecuencia de la candidiasis esofágica durante la inmunosupresión de la infección aguda por VIH no se conocen bien. Dos posibilidades son que la ulceración esofágica proporciona un entorno local que promueve el crecimiento de especies de *Cándida*, y que la administración de antibióticos para tratar empíricamente los síntomas del VIH agudo puede alterar la flora oro faríngea normal <sup>(46)</sup>.

## **11.2 Conocimiento**

Proceso a través del cual un individuo se hace consciente de su realidad <sup>(47)</sup>.

Como todo proceso, para que éste se dé, se deben relacionar cuatro elementos: el sujeto que conoce, el objeto de conocimiento, la operación misma de conocer y el resultado que no es más que la información recabada acerca del objeto <sup>(47)</sup>, es decir el aprendizaje, la interiorización de conceptos, productos de su vivencia y la comprensión de los fenómenos que se presentan a su alrededor.

Según Marco Ávalos el conocimiento es el que otorga el poder y proporciona la capacidad de acción y decisión <sup>(48)</sup>.

### **11.2.1 Definición**

El conocimiento ha sido objeto de estudios filosóficos y epistemológicos desde la época griega.

Autores como Muñoz y Riverola definen el conocimiento como la capacidad para resolver un determinado conjunto de problemas <sup>(49)</sup>.

La Real Academia de la Lengua Española define conocer como el proceso de averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas” <sup>(50)</sup>.

### **11.2.2 Niveles de conocimiento**

El hombre mediante el conocimiento, construye su realidad, la misma que presenta diferentes niveles que proceden del avance en la elaboración del saber y simbolizan un incremento en la complejidad con que se explica o comprende la realidad <sup>(51)</sup>.

El primer nivel de conocimiento denominado instrumental, parte de la búsqueda de información respecto de un objeto de estudio o investigación mediante el uso de instrumentos; el segundo nivel: técnico, se caracteriza por tener establecidas reglas para el uso de dichos instrumentos; el tercer nivel: metodológico hace uso crucial del método para leer la realidad; el nivel teórico, representado por el conocimiento que se construye y reconstruye del objeto de estudio; las formas de construir el conocimiento dan por resultado el nivel epistemológico; las categorías en que nos acercamos a la realidad nos ubican en el nivel gnoseológico, y, finalmente, la concepción del mundo y del hombre que se sustenta constituye el nivel filosófico del conocimiento <sup>(51)</sup>.

Los tres primeros niveles de conocimiento (instrumental, técnico y metodológico) son aplicables a la educación básica (primaria y secundaria); el cuarto y el quinto (teórico y epistemológico) a la educación media superior, y los dos últimos (gnoseológico y filosófico) a la educación superior.

### **11.2.3 Características del conocimiento**

El conocimiento tiene un carácter individual y social, basado en la experiencia.

Otra característica es la subjetividad en la que se basa para describir los fenómenos y la vinculación directa de los resultados con la actividad práctica.

Se caracteriza además por describir los acontecimientos que influyeron en la producción de los efectos deseados <sup>(51)</sup>.

Es acumulativo, carece de la posibilidad de generalizar constituyéndose en una barrera al desarrollo del conocimiento en el contexto de la gestión del conocimiento <sup>(52)</sup>.

En cuanto a las características del conocimiento científico <sup>(53)</sup> las siguientes:

El conocimiento científico no es exacto, es fragmentario, acumulativo, positivo, los datos del conocimiento son independientes del propósito por los que fueron

estudiados y obtenidos, no es monopolista, carece de connotaciones teleológicas y es ambiguo en sus posibilidades de aplicación.

El avance en el conocimiento se produce a partir de este saber acumulado, del cual surgen nuevas interrogantes, nuevas inquietudes que conllevan al desarrollo de nuevas investigaciones <sup>(54)</sup>

### **11.3 Estrategia educativa**

Las estrategias educativas o de enseñanza se conceptualizan como el conjunto de procedimientos, acciones o técnicas planificadas que conducen a la consecución de las metas trazadas para lograr que su temática sea comprendida, validada y empleada, es decir, que integre los principales objetivos, para lograr aprendizajes significativos <sup>(55)</sup>.

Mintzberg (1987) concibe la estrategia como un plan, y por lo tanto, tiene características desarrolladas sobre la base de un propósito y se realizan, anticipadamente, a las acciones para las cuales aplican <sup>(56)</sup>.

En nuestro país, dentro de las estrategias de Promoción de la Salud, la educación para la salud constituye su principal componente <sup>(57)</sup>.

La educación en salud sexual juega un papel fundamental, ya que permiten el desarrollo de destrezas y habilidades en la toma de decisiones y a adoptar patrones y comportamientos acordes a su forma de interpretar la sexualidad <sup>(58)</sup>.

También es importante destacar, a nivel nacional, la participación de los medios de comunicación por su labor en la difusión de las actividades de educación para la salud que se llevan adelante con la celebración de los “días mundiales”, ya que invitan a la ciudadanía a empoderarse en los temas de salud y su autocuidado <sup>(57)</sup>.

La edad de adulto joven es favorable para modificar enseñanzas rígidas, mitos, tabúes, creencias y formas de conductas que hayan influido en su formación, contribuyendo a éstos a aumentar la percepción de riesgo, a la protección de las relaciones sexuales, entre otras <sup>(59)</sup>.

Durante el proceso de aprendizaje se pueden usar diversas técnicas cuyo propósito es captar la atención de la audiencia y facilitar la comprensión de los contenidos <sup>(60)</sup>. Su

empleo promoverá la participación activa del educando en los procesos de aprendizaje <sup>(61)</sup>

Las técnicas educativas se clasifican en <sup>(62)</sup>:

a.- Individuales.- Entrevista, demostración, charla educativa, y

b.- Grupales.- Panel, mesa redonda, técnicas dramáticas y dinámica de grupo.

Todos los pasos o actividades que se realizan durante el proceso enseñanza-aprendizaje, se plasman en la estrategia de educación, la cual consta de cinco etapas <sup>(63)</sup>

1. Diagnóstico de la situación actual: Informe de la situación real del problema para el cual se desarrolla la estrategia educativa.

2. Descripción del estado deseado: Construcción de objetivos en tiempo y contexto determinado.

3. Planificación estratégica: Describir actividades y acciones que den respuesta a los objetivos propuestos y a los recursos logísticos y materiales a emplear.

4. Instrumentación de la estrategia: Consiste en explicar en qué tiempo y cómo se aplicará la estrategia.

5.- Evaluación de la estrategia: Expresado a través de indicadores de proceso y de impacto.

#### **11.4 Marco legal**

Nuestro país, Ecuador, cuenta con un marco legal y normativo, en donde se garantiza el derecho a la salud.

Así lo expresa el artículo 32, de la Constitución de la República del Ecuador: “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente,

oportuno y sin exclusión a programas acciones y servicios de promoción y atención integral en salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional”<sup>(64)</sup>.

La Ley Orgánica de Salud manda “Art. 3.- La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado: y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables”<sup>(65)</sup>.

La Constitución dispone el cumplimiento del derecho a la salud, a través del uso de otros derechos interdependientes cuyo fin es lograr el buen vivir: Sumak Kawsay. La condición del Buen Vivir plasmada en la Constitución del 2008, es el “goce pleno de los derechos de los ciudadanos y ciudadanas que, en el caso de salud, significa garantizar el acceso universal, gratuito y solidario a la atención de salud, y brindar inexcusablemente una atención humanizada y oportuna a todas las personas que concurren a un establecimiento de salud”.

Es deber del Estado “formular e implementar políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo al ciclo de vida que permitan la vigencia, respeto y goce de los derechos, tanto sexuales como reproductivos, y declarar la obligatoriedad de su atención en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera”<sup>(65)</sup>, así lo expresa la Ley Orgánica de -Salud, en el numeral sexto del artículo 6. En cumplimiento con este articulado, dentro de su Plan Nacional de Desarrollo, el Ecuador se comprometió a eliminar la transmisión de VIH madre-hijo hasta el 2021, convirtiéndose en una meta del gobierno nacional<sup>(66)</sup>.

El Ecuador, Estado miembro de la OMS, ha suscrito Acuerdos Internacionales que orientan a la garantía y cuidado integral de la salud de la población, es así que participa de la estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual para 2016-2021 que está en consonancia con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible<sup>(67)</sup>.

En la estrategia propuesta se explicita el compromiso de la OMS de cumplir con una serie de objetivos y metas que contribuyan a poner fin a la amenaza para la salud pública que representan las infecciones de transmisión sexual, dentro del objetivo general de garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades <sup>(67)</sup>.

## 12 MÉTODOS

### 12.1 Justificación de la elección del método

El estudio se realizó con la participación de la población de mujeres de 20 a 49 años de edad, de la Ciudadela Assad Bucaram del cantón Daule, con la finalidad de identificar el nivel de conocimientos que poseen, en infecciones de transmisión sexual(ITS), para elaborar una estrategia educativa como herramienta de prevención de las ITS; de nivel investigativo descriptivo porque interviene una sola variable de estudio (univariado), observacional, porque no existe intervención del investigador; transversal porque las variables de estudio se miden en una sola ocasión y prospectivo porque los datos se recogen de una fuente de información primaria .

### 12.2 Diseño de la investigación

#### *12.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio*

La población de este estudio está constituida por las 100 mujeres de 20 a 49 años de edad, que pertenecen a la ciudadela Assad Bucaram, en el año 2018.

#### **Criterios de inclusión.**

Las que firmen el consentimiento informado, para participar en el estudio.

#### **Criterios de exclusión.**

Las que presenten discapacidad intelectual/mental, que les impida responder el cuestionario.

Mujeres que no hayan iniciado actividad sexual.

### *12.2.2 Procedimiento de recolección de la información*

La recolección de datos se inició con la autorización de las participantes del estudio, por medio de la firma del consentimiento informado.

En primer lugar, para situar a las mujeres de las edades comprendidas entre 20 y 49 años de la ciudadela Assad Bucaram, se utilizaron las fichas familiares, realizadas mediante el proceso de dispensarización. La información se recogió a partir del mes de enero hasta marzo del año 2018.

En segundo lugar, para dar salida a los objetivos, se aplicó una encuesta elaborada por la autora, con lenguaje sencillo, fácilmente entendible para el nivel cultural de la población objeto del estudio y previamente revisada y validada, por expertos especialistas en Medicina General Integral y una bioestadística, todos con cuarto nivel académico. Una vez construido dicho instrumento, se sometió a una prueba piloto, en la que participaron mujeres pertenecientes a otras ciudadelas del cantón Daule, para determinar dificultades en la aplicación del instrumento.

El cuestionario estuvo formado por cuatro componentes: 1.- Datos sociodemográficos, 2.- Conocimientos, que constó de cinco preguntas de respuesta múltiple; 3.- Prácticas sexuales, constituida por cinco preguntas, una de respuesta directa y cuatro de respuesta múltiple; y, 4.- Información sobre la estrategia educativa, que estuvo constituida por cinco preguntas de respuesta múltiple.

El instrumento así confeccionado fue aplicado, por la autora de la investigación, a la población de estudio, tanto en los domicilios como en la consulta, garantizando la privacidad entre la encuestada y la investigadora.

Se utilizó el puntaje cuantitativo para valorar el conocimiento y prácticas sexuales, en la población de estudio.

La variable conocimiento constituida por cinco preguntas (de la 1 a la 5); valora en la primera, identificación de las ITS, compuesta por nueve ítems, la segunda, vías de contagio, compuesta por siete ítems, la tercera, síntomas formada por seis ítems, la cuarta, prevención con cuatro ítems y la quinta, factores de riesgo con cinco ítems. A cada una de ellas se le otorgó un valor de 100 y se consideró con conocimiento cuando el 70 por ciento o más de las respuestas fueran correctas.

La variable prácticas sexuales, se consideró de riesgo cuando de las cinco preguntas (de la 6 a la 10), al menos 3 de ellas tuvieran respuestas positivas de riesgo. La

pregunta número 6, se consideró de riesgo cuando las encuestadas contestaron que su primera relación sexual la tuvieron antes de los 15 años de edad.

Por último, para el diseño de la estrategia educativa, que permita el aprendizaje y prevención de las ITS en la población intervenida, se realizó un análisis estadístico de la información correspondiente a las diferentes variables del estudio.

### *12.2.3 Técnicas de recolección de información*

Las Técnicas empleadas para recolectar la información fueron:

Variables	Tipo de Técnica
Edad	Encuesta
Nivel de instrucción	Encuesta
Estado civil	Encuesta
Ocupación	Encuesta
Conocimiento sobre identificación de ITS	Encuesta
Conocimiento sobre vías de contagio de ITS	Encuesta
Conocimiento sobre síntomas de ITS	Encuesta
Conocimiento sobre prevención de ITS	Encuesta
Conocimiento sobre factores de riesgo de ITS	Encuesta
Prácticas sexuales	
Edad de la primera relación sexual	Encuesta
Con quién tuvo su primera relación sexual	Encuesta
Uso del preservativo	Encuesta
Número de parejas sexuales en los últimos 3 meses	Encuesta
Prácticas sexuales habiendo consumido drogas o alcohol	Encuesta
Estrategia didáctica	Encuesta
Frecuencia de la estrategia	Encuesta
Duración de la estrategia	Encuesta
Lugar de la estrategia	Encuesta
Horario de la estrategia	Encuesta

#### *12.2.4 Técnicas de análisis estadístico*

Los datos obtenidos se ingresaron en una hoja de cálculo de Microsoft Excel, luego se transportaron al programa estadístico SPSS versión 20, para procesarlos. Los resultados se presentaron en tablas, de forma resumida, en valores absolutos y porcentos.

## 13 Variables

### 13.1 Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Unidades categorías, o Valor final	Tipo de Escala
Edad	Organizado por grupos decenales	20 a 29 30 a 39 40 a 49	Numérica discreta
Nivel de instrucción	Último nivel escolar aprobado	Ninguno Alfabetizado Primaria Secundaria Bachiller Universitario	Categórica ordinal politómica
Estado civil	Condición social relacionada con la pareja	Soltera Casada Unión libre Separada	Categórica nominal politómica
Ocupación	Actividad laboral que realiza clasificada por la ficha familiar	Ama de casa Empleada doméstica Empleada pública Empleada privada	Categórica nominal politómica
Conocimiento sobre identificación de ITS	70 puntos y más Menos de 70 puntos	Conoce No conoce	Categórica nominal dicotómica
Conocimiento sobre vías de contagio	70 puntos y más Menos de 70 puntos	Conoce No conoce	Categórica nominal dicotómica
Conocimiento sobre síntomas de ITS	70 puntos y más Menos de 70 puntos	Conoce No conoce	Categórica nominal dicotómica
Conocimiento sobre prevención de ITS	70 puntos y más Menos de 70 puntos	Conoce No conoce	Categórica nominal dicotómica
Conocimiento sobre factores de riesgo de ITS	70 puntos y más Menos de 70 puntos	Conoce No conoce	Categórica nominal dicotómica
Prácticas sexuales	Antes de los 15 años A los 15 años o más	De riesgo No riesgo	Categórica nominal dicotómica

Edad de la primera relación sexual			
Con quién tuvo su primera relación sexual	Contacto casual Pareja estable	De riesgo No riesgo	Categoría nominal dicotómica
Uso del preservativo	No usa Usa	De riesgo No riesgo	Categoría nominal dicotómica
Número de parejas sexuales en los últimos 3 meses	2 o más 1	De riesgo No riesgo	Categoría nominal dicotómica
Prácticas sexuales habiendo consumido drogas o alcohol	Si No	De riesgo No riesgo	Categoría nominal dicotómica
Estrategia didáctica	Videos Juegos populares Uso de títeres Dinámica de grupo Charlas educativas Lluvia de ideas Discusiones grupales	Si No	Categoría nominal dicotómica
Frecuencia de la estrategia	Frecuencia con que se realizara	Una vez a la semana Una vez cada quince días	Categoría nominal dicotómica
Duración de la estrategia	Tiempo que dura la actividad	Una hora por reunión Dos horas por reunión	Categoría nominal dicotómica
Lugar de la estrategia	Lugar donde se realizara la actividad	Centro de salud Casa Comunal	Categoría nominal dicotómica
Horario de la estrategia	Horario de día para realizar la actividad	Mañana Tarde	Categoría nominal dicotómica

## 14 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), según sus análisis estadísticos establece que cada día más de 1 millón de personas contraen una infección de transmisión sexual <sup>(5)</sup>, datos preocupantes que nos llevan a la necesidad de realizar un estudio para identificar características en la población que le hagan más susceptibles de enfermar, para que conociendo estas deficiencias poder construir una estrategia de educación que supere estas dificultades.

La investigación realizada sobre el tema, en la población de estudio, en lo referente a la caracterización sociodemográfica y para dar salida al primer objetivo, proporcionó los siguientes resultados, los cuales se plasmaron en las primeras cuatro tablas.

**Tabla 1. Distribución de la población femenina entre 20 a 49 años según rango de edades. Ciudadela Assad Bucaram. Año 2018.**

<b>EDAD</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>20 a 29 años</b>	28	28
<b>30 a 39 años</b>	41	41
<b>40 a 49 años</b>	31	31
<b>Total</b>	100	100

En la tabla 1, se representa la distribución de la población femenina de estudio, en las edades comprendidas entre los 20 a 49 años, agrupadas en 3 rangos, siendo el más significativo de 30 a 39 años con 41 pacientes, que representó el 41%, y el menor rango de edades de entre 20 a 29 años, con 28 pacientes, para un 28 %.

Muñoz en un estudio realizado en la provincia de Zamora-Ecuador, en el año 2014, indicó que la edad promedio de las participantes era de 30 a 39 años, lo que concuerda con esta investigación <sup>(68)</sup>. Así mismo lo refleja la investigación realizada en la parroquia Pascuales del cantón Guayaquil, por la Dra. Escobar en el año 2015 <sup>(69)</sup>, en cuyo caso la edad promedio de las encuestadas fue de 36 años. Sin embargo estos resultados difieren a los obtenidos por Caballero y colaboradores <sup>(70)</sup>

en Paraguay en el año 2015, en la cual la edad que predominó estuvo en el rango de 20 a 29 años.

**Tabla 2. Distribución de la población femenina entre 20 a 49 años según el nivel de instrucción. Ciudadela Assad Bucaram. Año 2018.**

<b>Nivel de instrucción</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>Ninguno</b>	4	4
<b>Primaria</b>	34	34
<b>Secundaria</b>	16	16
<b>Bachiller</b>	33	33
<b>Universitaria</b>	13	13
<b>Total</b>	100	100

En la tabla No. 2 relacionada con el nivel de instrucción, la educación primaria (34 pacientes) fue la que predominó con un 34% y la menos significativa con ningún nivel de instrucción, la cual representa el 4 %.

Los resultados obtenidos concuerdan con el estudio de la Dra. Escobar <sup>(69)</sup> y difieren de los publicados en un artículo de la Revista Biomédica de México, del año 2012, en donde se dio a conocer que de la población estudiada, el 24,5% de las mujeres eran analfabetas <sup>(71)</sup>, y el trabajo de Caballero <sup>(70)</sup> que refleja que el nivel educativo predominante fue la secundaria con 42%.

**Tabla 3. Distribución de la población femenina entre 20 a 49 años según el estado civil. Ciudadela Assad Bucaram. Año 2018.**

<b>Estado civil</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>Unión libre</b>	55	55
<b>Soltero</b>	25	25
<b>Casado</b>	11	11
<b>Separado</b>	9	9
<b>Total</b>	100	100

En la tabla 3 podemos apreciar que la mayoría de las mujeres de nuestro estudio 55 vivían con su pareja en unión libre, lo que equivale al 55% y el porcentaje mínimo

está constituido por un 9% de la población de estudio que corresponde a las que están separadas de sus parejas sentimentales.

Caballero, menciona que el 69% de las mujeres participantes de su trabajo investigativo, estaban casadas o tenían pareja sexual, lo que concuerda con los resultados obtenidos en este estudio <sup>(70)</sup>. Sin embargo difiere del estudio realizado por Muñoz en el 2014 quién reportó que el 47,05% son solteros <sup>(68)</sup>.

**Tabla 4.- Distribución de la población femenina entre 20 a 49 años según actividad laboral. Ciudadela Assad Bucaram. Año 2018.**

<b>Actividad laboral</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>Ama de casa</b>	77	77
<b>Empleada privada</b>	8	8
<b>Empleada pública</b>	7	7
<b>Empleada doméstica</b>	5	5
<b>No responde</b>	3	3
<b>Total</b>	100	100

Respecto a la actividad laboral de las mujeres en estudio graficada en la tabla 4, se pudo apreciar que 77 son amas de casa, lo que equivale al 77%, y el menor porcentaje se aprecia en el grupo de empleadas domésticas.

Así mismo lo demuestra la Dra. Escobar <sup>(69)</sup>

El segundo objetivo de esta investigación, lo constituyó la evaluación de conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual, y para darle salida al mismo se elaboraron las siguientes tablas:

**Tabla 5.- Distribución de la población femenina entre 20 a 49 años según conocimientos sobre identificación de las infecciones de transmisión sexual. Ciudadela Assad Bucaram. Año 2018**

<b>Identificación de las ITS</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>No conoce</b>	54	54,0
<b>Conoce</b>	46	46,0
<b>Total</b>	100	100,0

Al explorar los conocimientos de las encuestadas –tabla 5- en relación a identificación de las afecciones que se pueden adquirir como resultado de las prácticas sexuales: 54 féminas, que corresponden a un 54% de la población de estudio, las desconoce. Este desconocimiento podría deberse al pobre nivel de educación formal recibida, a la falta de inclusión de una cátedra de Educación Sexual en el pensum educativo, a la falta de comunicación con los padres sobre esta temática, poco acceso a los medios de información, entre otros.

Peña <sup>(70)</sup>, en el 2013, en el trabajo investigativo que realizó en la ciudad de Quito, en mujeres de 20 a 40 años, demostró que el 21% de su población, pudo identificar correctamente al virus del papiloma humano como una infección de transmisión sexual.

Calderón y colaboradores <sup>(71)</sup> realizaron en Guatemala un trabajo de intervención en gestantes sobre el conocimiento de las ITS, encontrando un 73,9% de respuestas incorrectas sobre identificación de las diferentes ITS.

La similitud de los resultados obtenidos en ambos países, puede deberse a que presentan características sociodemográficas semejantes considerando sobre todo el nivel de escolaridad y ocupación de las participantes.

Silva <sup>(72)</sup>, en el año 2014, en su estudio investigativo realizado en México, en una población de 286 adolescentes, encontró que el 77,6% pudo identificar las diferentes ITS, resultados que difieren de los nuestros.

**Tabla 6.- Distribución de la población femenina entre 20 a 49 años según conocimientos de vías de contagio de las infecciones de transmisión sexual.**

**Ciudadela Assad Bucaram. Año 2018.**

<b>Conocimiento de vías de contagio</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>No conoce</b>	58	58,0
<b>Conoce</b>	42	42,0
<b>Total</b>	100	100,0

En la tabla 6 se divisa que un 58% de las participantes no conoce sobre las vías de contagio de las ITS. Resultados similares expone Calderón <sup>(71)</sup> y colaboradores, quienes demostraron que el 42,3% respondieron correctamente a esta pregunta.

En cuanto a conocimientos sobre identificación de los mecanismos de transmisión del VIH/SIDA como ITS, Pavía <sup>(73)</sup>, en el 2012, demostró resultados no significativos en la investigación realizada a los padres de familia de los Centros Coordinadores del Instituto Nacional Indigenista en Yucatán, México.

Salinas, Loaiza y Morán <sup>(74)</sup> mencionan resultados obtenidos en el año 2012, en referencia a las vías de transmisión del VIH/SIDA, un 49,15% cree que es a través de las relaciones sexuales; el 27,97%, por medio de las transfusiones sanguíneas; el 13,56% indica mediante la lactancia materna; y, el 1,69%, por medio de la picadura del mosquito.

Todos los trabajos investigativos descritos reportan desconocimiento de las vías de transmisión de las ITS, se piensa deberse a los mitos y tabúes que existe en la población para dialogar sobre esta temática, sumado en la mayoría de los casos a la escasa escolaridad que presentan los y las participantes.

Resultados opuestos a los manifestados anteriormente, los refleja Caballero <sup>(75)</sup>, en la investigación realizada en mujeres en edad fértil, en Paraguay, quien revela alto nivel de conocimientos sobre prevención y transmisión de sífilis e infección por el VIH.

**Tabla 7.- Distribución de la población femenina entre 20 a 49 años según conocimientos de síntomas de las infecciones de transmisión sexual. Ciudadela Assad Bucaram. Año 2018.**

<b>Conocimiento de síntomas de ITS</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>No conoce</b>	46	46,0
<b>Conoce</b>	53	53,0
<b>Total</b>	100	100,0

En cuanto a síntomas de las ITS, la tabla 7 demuestra que un 46% del universo de estudio, los desconoce. Ortiz, en el 2015 <sup>(76)</sup>, concluye que existen insuficientes conocimientos sobre este tema. Lo mismo refleja André <sup>(77)</sup>, en el 2013, en su trabajo investigativo realizado en mujeres que venden sexo en Brasil, siendo más de un tercio de ellas las que desconocen dicha sintomatología.

El bajo nivel cultural, la falta de información, la despreocupación, la baja autoestima, hacen que la mayoría de nuestra población latinoamericana, sobre todo de los estratos socioeconómicos más bajos, no tengan interés en el autocuidado de su salud sexual y reproductiva, a pesar del esfuerzo que realizan los países por disminuir la incidencia y prevalencia de las ITS.

**Tabla 8.- Distribución de la población femenina entre 20 a 49 años según conocimientos de prevención de las infecciones de transmisión sexual. Ciudadela Assad Bucaram. Año 2018.**

<b>Conocimiento de prevención de ITS</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>No conoce</b>	35	35,0
<b>Conoce</b>	65	65,0
<b>Total</b>	100	100,0

En la tabla 8 se refleja los conocimientos en cuanto a prevención de las ITS, así un 35% desconoce sobre este tema.

Calderón <sup>(71)</sup>, pudo apreciar en su estudio que el 76,9% de las gestantes desconocían del tema, lo que se contrapone a los resultados obtenidos en nuestro trabajo investigativo.

A pesar de que la mayoría conocen acerca del tema aún existe un tercio de la población que carece de conocimientos acerca del mismo, lo que puede traer consigo el riesgo de adquirir las ITS. En cuanto a esto el Ministerio de Salud Pública como ente rector de salud, ha trazado estrategias como campañas informativas, ha dotado a cada unidad de salud de un dispensador de condones, se brinda consejería, actividades que tienen como finalidad disminuir las ITS y sus complicaciones tanto maternas como fetales.

**Tabla 9.- Distribución de la población femenina entre 20 a 49 años según conocimientos de factores de riesgo de las infecciones de transmisión sexual. Ciudadela Assad Bucaram. Año 2018**

<b>Conocimiento de factores de riesgo de ITS</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>No conoce</b>	91	91,0
<b>Conoce</b>	9	9,0
<b>Total</b>	100	100,0

El conocimiento sobre los factores de riesgo de las ITS, se ve reflejado en la tabla 9, en donde el 91% de las participantes desconoce del mismo.

Caballero observó como factor de riesgo, la menor escolarización, lo que lo llevó a pensar que la diseminación de estas infecciones está influenciada por el bajo nivel educativo<sup>(75)</sup>.

Peña identificó, en el 2013, que el 41% del grupo más representativo de su estudio, mujeres de 20 a 25 años, conocían sobre los factores de riesgo de adquirir el virus del papiloma humano, seguido de las mujeres de entre 26 y 30 años, con un 30%<sup>(70)</sup>.

Las infecciones de transmisión sexual afectan considerablemente la salud sexual y reproductiva de las mujeres, incrementando su riesgo de infertilidad, embarazo ectópico, cáncer cervico-uterino, abortos, entre otros. La prevención, detección y tratamiento oportuno es un pilar fundamental de los servicios de salud.

Nuestro país cuenta con programas de prevención y control de las ITS, para lo cual se realizan acciones de información masiva, consejería, amplio acceso a condones, estudio y control de contactos, entre otros.

Este programa se implementa como respuesta a una de las principales metas de salud de los Objetivos de Desarrollo Sostenible establecidas en la agenda 2030, con la finalidad de disminuir las ITS, complicaciones y las muertes relacionadas con estas infecciones, logrando el bienestar de hombres y mujeres en cuanto a salud sexual y reproductiva.

En términos generales, las participantes desconocen sobre las Infecciones de transmisión sexual. Así lo demuestra Pernaz, en Lima encontró buen nivel de conocimiento sobre las ITS, incluida la infección por VIH<sup>(78)</sup>, en menos de la mitad de las mujeres encuestadas, resultados parecidos a los nuestros. Capote cita que el

principal resultado de la investigación de Corona Lisboa es que la población encuestada registra escasos conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual (79).

El tercer objetivo analizado, se ve reflejado en la siguiente tabla:

**Tabla 10. Distribución de la población femenina entre 20 a 49 años según edad de la primera relación sexual. Ciudadela Assad Bucaram. Año 2018.**

Edad de primera relación sexual	No.	%
No contesta	5	5
13	1	1
14	2	2
15	16	16
16	13	13
17	20	20
18	16	16
19	9	9
20	9	9
21	2	2
22	2	2
23	1	1
24	1	1
25	2	2
37	1	1
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

En la tabla 10 se evidencia que la mayoría de las mujeres que participaron en esta investigación iniciaron su actividad sexual en las edades comprendidas entre 15 y 20 años, con un mayor porcentaje (20%) a la edad de 17 años, lo que se correlaciona con la tendencia mundial.

Ortiz en un estudio realizado en Matanzas Cuba, en el año 2015, evidenció que de 33 participantes, 29 reconocieron haber tenido relaciones sexuales antes de los quince

años <sup>(76)</sup>. Así lo demuestran varios estudios como el de Escobar <sup>(69)</sup>, Silva <sup>(72)</sup>, Barros <sup>(80)</sup>, Cardona <sup>(81)</sup>, Mendoza y colaboradores <sup>(82)</sup>, que han obtenido resultados semejantes a esta investigación.

El inicio a edades tempranas de la actividad sexual, se debe a múltiples factores, entre los que destacan los de tipo social, como curiosidad, baja autoestima, influencia de grupo, el consumo de drogas y/o alcohol; por lo que se recomienda el diálogo abierto, preciso, informativo y confidencial entre padres e hijos para liberar las ansiedades y satisfacer curiosidades que generan los temas sexuales en los adolescentes.

**Tabla 11. Distribución de la población femenina entre 20 a 49 años según con quién tuvo su primera relación sexual. Ciudadela Assad Bucaram. Año 2018.**

<b>Con quién tuvo su primera relación sexual</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>Pareja estable</b>	96	96
<b>Contacto casual</b>	3	3
<b>No contesta</b>	1	1
<b>Total</b>	100	100

El 96% del universo manifestó que tuvieron su primera relación sexual con pareja estable, tal como se demuestra en la tabla 11. Resultados que se contraponen a los evidenciados por Capote <sup>(79)</sup> en los que el 74,5% eran promiscuos y por Ortiz <sup>(76)</sup> en que el 22,2 % de las féminas y 26,7 % de los varones tuvieron relaciones sexuales con contactos casuales.

Generalmente este tipo de conductas se aprecia en personas que practican el libertinaje, en las que consumen alcohol y/o drogas, en aquellas con baja autoestima, entre otros factores, lo que incrementa el riesgo de adquirir alguna de las infecciones de transmisión sexual.

**Tabla 12. Distribución de la población femenina entre 20 a 49 años según uso de preservativo en la relación sexual. Ciudadela Assad Bucaram. Año 2018.**

<b>Uso de preservativo durante las relaciones sexuales</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>Nunca</b>	56	56
<b>algunas veces</b>	34	34
<b>Siempre</b>	7	7
<b>No responde</b>	3	3
<b>Total</b>	100	100

En relación al uso de preservativo durante la relación sexual, la tabla 12, nos indica que el 56% nunca lo usa, y sólo 7 mujeres lo usa siempre, por lo que apreciamos que existe poca cultura en cuanto a la utilización del condón, tanto masculino como femenino, quizás porque no les gusta, o por complacer a su pareja, tal como lo demuestra un estudio realizado por Ortiz en el año 2015 en Cuba<sup>(76)</sup>; sin embargo difiere en su totalidad en la conducta de los guatemaltecos del Instituto de Magisterio de Fray Bartolomé, quienes tienen un alto nivel de conocimientos sobre medidas de prevención basadas en el uso del condón, por ser práctica, útil y la más conocida por ellos<sup>(83)</sup>.

**Tabla 13. Distribución de la población femenina entre 20 a 49 años según número de parejas sexuales en los últimos 3 meses. Ciudadela Assad Bucaram. Año 2018.**

<b>NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>Una</b>	87	87
<b>Dos</b>	7	7
<b>Tres</b>	1	1
<b>No responde</b>	5	5
<b>Total</b>	100	100

La tabla 13 describe que el 87% de las participantes declaró tener una sola pareja sexual. Peña<sup>(70)</sup> y Caballero<sup>(75)</sup>, arrojan resultados similares a esta investigación. Por lo que se piensa que existen otros factores de riesgo que pudieran estar influyendo en la aparición de estas infecciones, como el número de parejas sexuales que tienen sus

esposos o concubinos y que se considera otro factor importante de riesgo para adquirir una ITS.

**Tabla 14. Distribución de la población femenina entre 20 a 49 años según prácticas sexuales bajo consumo de drogas y alcohol. Ciudadela Assad Bucaram. Año 2018**

<b>Relaciones sexuales consumiendo drogas o alcohol</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>Si</b>	12	12
<b>No</b>	87	87
<b>No responde</b>	1	1
<b>Total</b>	100	100

En la tabla 14 se evidencia la práctica de relaciones sexuales habiendo consumido drogas y/o alcohol, arrojando resultados muy bajos (12%). Se considera que el consumo de sustancias psicotrópicas y de alcohol aumentan la actividad sexual, al desinhibir y bloquear al consumidor.

Estos resultados no concuerdan con lo mencionado por Grisales, ya que en su estudio realizado en el año 2017, obtuvo que cerca de la mitad de la población tenía relaciones sexuales bajo el efecto de una sustancia psicoactiva. <sup>(84)</sup>.

Referente a este tema podemos establecer que son pocas las encuestadas que presentan conductas de riesgo, aunque carecen de la percepción del mismo. Contrario a lo manifestado por Grisales en su investigación, donde a pesar del vasto conocimiento que poseen su población de estudio, predominan las prácticas sexuales peligrosas <sup>(84)</sup>, las mismas se presentan principalmente en familias donde hay violencia, abuso sexual, promiscuidad y drogadicción.

**Tabla 15. Distribución de la población femenina entre 20 a 49 años según métodos didácticos a utilizar en el aprendizaje sobre ITS. Ciudadela Assad Bucaram. Año 2018**

<b>Didáctica a utilizar</b>	<b>Nº</b>
<b>Charlas educativas</b>	65
<b>Video</b>	49
<b>Discusiones grupales</b>	11
<b>Lluvia de ideas</b>	9
<b>Dinámica de grupo</b>	6
<b>Juegos populares</b>	1
<b>Uso de títeres</b>	1

Respecto al método didáctico que les gustaría que se empleara para recibir la información, acerca de las enfermedades de transmisión sexual, el 65% manifestó el uso de charlas educativas y un 49% mediante videos.

Cobos, en su trabajo investigativo realizado en la parroquia Pascuales, en el año 2016, manifiesta que las técnicas didácticas a utilizar para la estrategia educativa preferidas por la población de su estudio son las charlas <sup>(85)</sup> en un porcentaje similar a los obtenidos en este estudio.

Cuzco, en el mismo año 2016, obtuvo resultados similares a los obtenidos en este trabajo, es decir, la mayoría prefieren las charlas como técnica didáctica para recibir las capacitaciones <sup>(86)</sup>.

**Tabla 16. Distribución de la población femenina entre 20 a 49 años según frecuencia para recibir la información. Assad Bucaram. Año 2018**

<b>Frecuencia para recibir la información</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>Una vez por semana</b>	46	46
<b>Una vez cada quince días</b>	43	43
<b>No responde</b>	11	11
<b>Total</b>	100	100

En la tabla 16 se representa la frecuencia con que las pacientes en estudio desean recibir la información, el 46% refirió una vez por semana, mientras que un 43% lo prefiere cada 15 días.

En investigación realizada por Cobos en el año 2016, en una población de características similares a la nuestra, describe que la mayoría prefirieron recibir la información en forma semanal <sup>(85)</sup>.

Cuzco, en el trabajo de investigación que realizó en la parroquia Pascuales, en el año 2016, encontró resultados parecidos a los anteriores, o sea, la frecuencia semanal para recibir las capacitaciones educativas <sup>(86)</sup>.

**Tabla 17. Distribución de la población femenina entre 20 a 49 años según disponibilidad de tiempo y horario para recibir la información. Ciudadela Assad Bucaram. Año 2018**

Disponibilidad de tiempo para recibir información.	Horario para recibir información							
	En horas de la mañana		En horas de la tarde		No responde		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Una hora por reunión	22	22	58	58	0	0	80	80
Dos horas por reunión	3	3	6	6	0	0	9	9
No responde	0	0	0	0	11	11	11	11
<b>Total</b>	25	25	64	64	11	11	100	100

En lo referente al tiempo de que disponen para recibir la información, el 80% manifiesta una hora por reunión y el 64% lo prefiere en horas de la tarde versus horas de la mañana.

Cobos, obtuvo resultados opuestos a los nuestros, ya que su población objeto de estudio, manifestó preferir el horario de la mañana y de disponer de 30 minutos para recibir las capacitaciones <sup>(85)</sup>.

Cuzco, en su trabajo investigativo, describe que la mayoría de su población dispone de 30 minutos para recibir capacitaciones, sin embargo no hay datos si lo harán en horario matutino o vespertino <sup>(86)</sup>.

**Tabla 18. . Distribución de la población femenina entre 20 a 49 años según lugar para recibir la información. Ciudadela Assad Bucaram. Año 2018.**

<b>Lugar donde prefiere recibir información sobre ITS</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>Centro de Salud</b>	11	11,0
<b>Casa Comunal de la Ciudadela</b>	89	89,0
<b>Total</b>	100	100,0

La tabla 18 nos representa el lugar preferido por las participantes para instruirse en los temas relacionados a las ITS, siendo el más representativo con un 89% la casa comunal de la Ciudadela Assad Bucaram.

Estudio realizado por Cuzco, en el 2016, obtuvo que la mayoría de la población de su estudio prefirió capacitarse en el centro de salud <sup>(86)</sup>, resultados opuestos a los descritos por nosotros.

Todas las variables con sus respectivas categorías fueron analizadas detalladamente para realizar el diagnóstico concienzudo de las necesidades educativas de la población en estudio para realizar el diseño de la estrategia educativa.

Las técnicas didácticas, horarios, duración, frecuencia y temas a impartir, se formularon acorde a lo manifestado por las participantes, en la encuesta que se realizó.

Con todos los datos recogidos y analizados se diseña la estrategia educativa con el objetivo de generar conocimientos adecuados, y promover prácticas sexuales

saludables en la población, crear dominio de los temas relacionados con la sexualidad para que puedan transmitir ampliamente esos conocimientos a sus hijos.

## **15 Conclusiones**

En la población estudiada predominan el rango de edades de entre 30 a 39 años, nivel de instrucción primaria, estado civil unión libre, y la ocupación amas de casa.

Poseen poco conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual, sin embargo la mayoría no tiene prácticas sexuales de riesgo.

Los componentes de la estrategia educativa que prefirió la población de estudio son: en las técnicas didácticas, las charlas educativas y videos, que se impartirán una vez por semana, en horas de la tarde y una hora por encuentro.

Se diseña la estrategia educativa de manera oportuna en la población estudiada acorde a sus necesidades de aprendizaje y así lograr la prevención de las infecciones de transmisión sexual.

## **16 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN**

La investigación llevada a efecto por la autora, ha despertado en la misma, la curiosidad por descubrir situaciones, actitudes o comportamientos que puedan influir positiva o negativamente en la calidad de vida del individuo, de la familia y de la comunidad.

Se presentaron varias dificultades a la hora de recolección de los datos mediante la encuesta, por ejemplo, se tuvo que visitar por dos o más ocasiones un mismo domicilio, para poder encontrar a la participante del estudio y llenar la encuesta, una vez informada del propósito de la investigación y con la firma del consentimiento informado, documento habilitante para tal fin.

Se pudo además palpar el desinterés de ciertas féminas por adquirir conocimientos que influyan en el mejoramiento de la salud sexual y reproductiva, que constituye uno de los pilares fundamentales en la consecución de una mejor calidad de vida.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anzalone L y Mattera A. Infecciones de transmisión sexual. [internet] [consultado 30 abr 2018]. pp: 227-243. Disponible en: <http://www.higiene.edu.uy/cefa/2008/infeccionestrasmitedassexualmente.pdf>
2. Alvarez M., de la Torre L. y Domínguez J. Las infecciones de transmisión sexual: una revisión dirigida a la atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2014 jul-sep; 30(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252014000300008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000300008)
3. Villegas N, Cianelli R, Santisteban D, Lara L y Vargas J. Factores que Influencian la Adquisición de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH en Mujeres Jóvenes Chilenas que Participaron en la Intervención Online I-STIPI. Hisp Health Care Int. 2016 mar; 14(1): 47-56. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27257190>
4. Gutiérrez-Sandí W, Blanco-Chan C. Las enfermedades de transmisión sexual y la salud sexual del costarricense. Tema I. SIDA/VIH. Tecnología en Marcha. 2016 jul-sep; 29(3): 117-131. DOI: 10.18845/tm.v29i3.2892. Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/tem/v29n3/0379-3982-tem-29-03-00117.pdf>
5. OMS. Infecciones de transmisión sexual. Nota descriptiva No. 110. 2016 ago. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>
6. Pisani E, Cuchí P, Zacarías F, Schwartlander B, Stanecki K, Castilho E., et al. VIH y SIDA en las Américas: una epidemia multifacética. [internet]. 2016. Disponible en: [http://www.who.int/hiv/strategic/en/amr\\_map\\_01.pdf?ua=1](http://www.who.int/hiv/strategic/en/amr_map_01.pdf?ua=1)
7. Estimates of global, regional and national incidence, prevalence and mortality HIV, 1980-2015: The Global Burden of Disease Study 2015. Lancet HIV 2016; 3:e361–87 Published Online July 19, 2016. Despoiled in: <http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanhiv/PIIS2352-3018%2816%2930087-X.pdf>
8. Anuario de vigilancia epidemiológica 1994 -2016. Enfermedades de transmisión sexual. 2016. Disponible en: <https://public.tableau.com/profile/vvicentee80#!/vizhome/ITS-2016/ANUARIO>
9. Henry M. Infecciones de transmisión sexual en pacientes de 15 a 49 años de edad que acuden al centro de salud de la parroquia Timbara, durante el año 2014. (Tesis doctoral). Zamora, Ecuador. Universidad nacional de Loja. 2015. Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/9136/1/Henry%20David%20Mu%C3%B1oz%20Zuquinaula.pdf>
10. Andrade Z, Cárdenas M, Centeno J, Fernández T, Loo M, Morales L, et al. Guía de atención integral de las infecciones de transmisión sexual 2011. MSP Ecuador.

11. Ghanem K y Tuddenham S. Detection of sexually transmitted infections. UpToDate [internet]. 2017 [citado 1 de noviembre del 2017]. Disponible en: [https://www21.ucsg.edu.ec:2128/contents/screening-for-sexually-transmitted-infections?source=search\\_result&search=factores%20de%20riesgo%20para%20las%20infecciones%20de%20transmisi%C3%B3n%20sexual&selectedTitle=2~150](https://www21.ucsg.edu.ec:2128/contents/screening-for-sexually-transmitted-infections?source=search_result&search=factores%20de%20riesgo%20para%20las%20infecciones%20de%20transmisi%C3%B3n%20sexual&selectedTitle=2~150)
  
12. Fernández M. Relación entre el conocimiento de los mecanismos de transmisión del VIH y la percepción del riesgo de infección en Guayaquil, Ecuador. *Rev Chil Salud Pública* 2012;16(2):107-114. Disponible en: <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/20283/21462>
  
13. Sarmiento M., Gómez I., Ordaz A., García C y Casanova M. Estrategia de intervención educativa en enfermedades de transmisión sexual. *Rev Ciencias Médicas.* 2012 ene-feb; 16(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942012000100006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000100006)
  
14. Díez M y Díaz A. Infecciones de transmisión sexual: epidemiología y control. *Rev esp sanid penit.* Barcelona. 2011 jul-oct; 13(2). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1575-06202011000200005#bajo](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202011000200005#bajo)
  
15. Álvarez M, Domínguez J y de la Torre L. Factores relacionados con el contagio de las infecciones de transmisión sexual en la adolescencia. *Rev. Hab de Cien Med.* 2014; 13(2): 270-283. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1804/180431105011.pdf>
  
16. Matos M, Amorim K, da Silva D, Silva R, Carneiro R y Araujo S. La vulnerabilidad a las enfermedades de transmisión sexual en mujeres que venden sexo en ruta de prostitución y turismo sexual en Brasil Central. *Rev Latino-Am. Enfermagem.* 2013 jul-ago; 21(4): [07 pantallas]. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/es\\_0104-1169-rlae-21-04-0906.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/es_0104-1169-rlae-21-04-0906.pdf)
  
17. Rodríguez A., Sanabria G., Contreras M. y Perdomo B. Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. *Rev Cubana Salud Pública.* 2013 ene-mar; 39(1):161-174. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/214/21425613009/>
  
18. Cortés A., García R. Lazo Z, Bolaños J, Ochoa R y Pérez Dania. Intervención en el conocimiento, creencias y percepción de riesgo sobre infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA. *Medicentro Electrónica.* 2014 en-mar; 18(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30432014000100003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432014000100003)
  
19. Quinn T. Global epidemiology of HIV infection. UpToDate [internet]. 2016 [citado 22 de nov de 2017]. Disponible en: [https://www21.ucsg.edu.ec:2128/contents/global-epidemiology-of-hiv-infection?source=search\\_result&search=modo%20de%20transmission%20de%20las%20infecciones%20sexuales&selectedTitle=3~150](https://www21.ucsg.edu.ec:2128/contents/global-epidemiology-of-hiv-infection?source=search_result&search=modo%20de%20transmission%20de%20las%20infecciones%20sexuales&selectedTitle=3~150)

20. Biro F y Chan Yee-Ming. Normal puberty. UpToDate [internet]. 2016 [citado 22 de noviembre de 2017]. Disponible en : [https://www21.ucsg.edu.ec:2128/contents/normal-puberty?source=search\\_result&search=complicaciones%20de%20las%20infecciones%20de%20transmisi%C3%B3n%20sexual&selectedTitle=8~150](https://www21.ucsg.edu.ec:2128/contents/normal-puberty?source=search_result&search=complicaciones%20de%20las%20infecciones%20de%20transmisi%C3%B3n%20sexual&selectedTitle=8~150)
21. Villegas-Castaño A y Tamayo-Acevedo L. Prevalencia de infecciones de transmisión sexual y factores de riesgo para la salud sexual de adolescentes escolarizados. Medellín- Colombia. Iatreia. 2016 ene-mar; 29 (1): pp. 5-17. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1805/180543043001.pdf>
22. López-Hontangas J y Frasset-Artes J. Sífilis: una revisión actual. SEIMC. Disponible en: <https://www.seimc.org/contenidos/ccs/revisionestematicas/serologia/sifilis.pdf>
23. Hicks Ch y Clement M. Syphilis: Epidemiology, pathophysiology and clinical manifestations in patients not infected with HIV. UpToDate [internet]. 2017 [citado 22 de noviembre de 2017]. Disponible en: [https://www21.ucsg.edu.ec:2128/contents/syphilis-epidemiology-pathophysiology-and-clinical-manifestations-in-hiv-uninfected-patients?source=search\\_result&search=sifilis&selectedTitle=3~150](https://www21.ucsg.edu.ec:2128/contents/syphilis-epidemiology-pathophysiology-and-clinical-manifestations-in-hiv-uninfected-patients?source=search_result&search=sifilis&selectedTitle=3~150)
24. Marra Ch. Neurosyphilis. UpToDate [internet]. 2017 [citado 22 de noviembre de 2017]. Disponible en: [https://www21.ucsg.edu.ec:2128/contents/neurosyphilis?source=search\\_result&search=sifilis&selectedTitle=9~150](https://www21.ucsg.edu.ec:2128/contents/neurosyphilis?source=search_result&search=sifilis&selectedTitle=9~150)
25. Price G y Bash M. Epidemiology and pathogenesis of Neisseria gonorrhoeae infection. UpToDate [internet]. 2017 [citado 22 de noviembre de 2017]. Disponible en: [https://www21.ucsg.edu.ec:2128/contents/epidemiology-and-pathogenesis-of-neisseria-gonorrhoeae-infection?source=search\\_result&search=gonorrea&selectedTitle=3~150](https://www21.ucsg.edu.ec:2128/contents/epidemiology-and-pathogenesis-of-neisseria-gonorrhoeae-infection?source=search_result&search=gonorrea&selectedTitle=3~150)
26. Ghanem K. Clinical manifestations and diagnosis of Neisseria gonorrhoeae infection in adults and adolescents. UpToDate [internet]. 2016 [citado 22 de noviembre de 2017]. Disponible en: [https://www21.ucsg.edu.ec:2128/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-neisseria-gonorrhoeae-infection-in-adults-and-adolescents?source=search\\_result&search=gonorrea&selectedTitle=2~150](https://www21.ucsg.edu.ec:2128/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-neisseria-gonorrhoeae-infection-in-adults-and-adolescents?source=search_result&search=gonorrea&selectedTitle=2~150)
27. Hicks Ch. Chancroid. UpToDate [internet]. 2017 [citado 22 de noviembre de 2017]. Disponible en: [https://www21.ucsg.edu.ec:2128/contents/chancroid?source=search\\_result&search=Hicks%20Ch.%20Chancroid.&selectedTitle=1~150](https://www21.ucsg.edu.ec:2128/contents/chancroid?source=search_result&search=Hicks%20Ch.%20Chancroid.&selectedTitle=1~150)
28. Zenilman J. Lymphogranuloma venereum. UpToDate [internet]. 2017 [citado 23 de noviembre de 2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5864252/>
29. Mathison D. Evaluation of inguinal swelling in children. UpToDate [internet]. 2017 [citado 23 de noviembre de 2017]. Disponible en:

[https://www21.ucsg.edu.ec:2128/contents/evaluation-of-inguinal-swelling-in-children?source=search\\_result&search=Mathison%20D.%20Evaluation%20of%20inguinal%20swelling%20in%20children.&selectedTitle=1~150](https://www21.ucsg.edu.ec:2128/contents/evaluation-of-inguinal-swelling-in-children?source=search_result&search=Mathison%20D.%20Evaluation%20of%20inguinal%20swelling%20in%20children.&selectedTitle=1~150)  
[https://www21.ucsg.edu.ec:2128/contents/lymphogranuloma-venereum?source=search\\_result&search=Zenilman%20J.%20Lymphogranuloma%20venereum.%202017%20oct.%20UpToDate&selectedTitle=1~150](https://www21.ucsg.edu.ec:2128/contents/lymphogranuloma-venereum?source=search_result&search=Zenilman%20J.%20Lymphogranuloma%20venereum.%202017%20oct.%20UpToDate&selectedTitle=1~150)

30. Seña A, Cohen M y Swygard H. Urethritis in adult men. UpToDate [internet]. 2017 [citado 22 de noviembre de 2017]. Disponible en: [https://www21.ucsg.edu.ec:2128/contents/urethritis-in-adult-men?source=search\\_result&search=Se%C3%B1a%20A,%20Cohen%20M%20y%20Swygard%20H.%20Urethritis%20in%20adult%20men&selectedTitle=1~150](https://www21.ucsg.edu.ec:2128/contents/urethritis-in-adult-men?source=search_result&search=Se%C3%B1a%20A,%20Cohen%20M%20y%20Swygard%20H.%20Urethritis%20in%20adult%20men&selectedTitle=1~150)
31. Sobel J. Trichomoniasis. UpToDate [internet]. 2017 [citado 22 de noviembre de 2017]. Disponible en: [https://www21.ucsg.edu.ec:2128/contents/trichomoniasis?source=search\\_result&search=Trichomoniasis&selectedTitle=1~51](https://www21.ucsg.edu.ec:2128/contents/trichomoniasis?source=search_result&search=Trichomoniasis&selectedTitle=1~51)
32. Goldstein B y Goldstein A. Scabies: Epidemiology, clinical features and diagnosis. UpToDate [internet]. 2017 [citado 22 de noviembre de 2017]. Disponible en: <https://www21.ucsg.edu.ec:2128/contents/scabies-epidemiology-clinical-features-and-diagnosis?source=machineLearning&search=escabiosis&selectedTitle=1~84&sectionRank=1&anchor=H5#H5>
33. Goldstein A y Goldstein B. Pediculosis pubis y pediculosis ciliaris. Disponible en: [https://www21.ucsg.edu.ec:2128/contents/pediculosis-pubis-and-pediculosis-ciliaris?source=search\\_result&search=Goldstein%20A%20y%20Goldstein%20B.%20Pediculosis%20pubis%20y%20pediculosis%20ciliaris.%202017%20oct&selectedTitle=1~150](https://www21.ucsg.edu.ec:2128/contents/pediculosis-pubis-and-pediculosis-ciliaris?source=search_result&search=Goldstein%20A%20y%20Goldstein%20B.%20Pediculosis%20pubis%20y%20pediculosis%20ciliaris.%202017%20oct&selectedTitle=1~150)
34. Kauffman C. Overview of Candida infection. UpToDate [internet]. 2017 [citado 23 de noviembre de 2017]. Disponible en: [https://www21.ucsg.edu.ec:2128/contents/overview-of-candida-infections?source=search\\_result&search=Kauffman%20C.%20Overview%20of%20Candida%20infection.&selectedTitle=1~150](https://www21.ucsg.edu.ec:2128/contents/overview-of-candida-infections?source=search_result&search=Kauffman%20C.%20Overview%20of%20Candida%20infection.&selectedTitle=1~150)
35. Tapia C. Candidiasis vulvovaginal. Rev chil infectol. Santiago. 2008; 25 (4): 312. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0716-10182008000400016](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182008000400016)
36. Sobel J. Candida vulvovaginitis: Clinical manifestations and diagnosis. UpToDate [internet]. 2017 [citado 23 de noviembre de 2017]. Disponible en: [https://www21.ucsg.edu.ec:2128/contents/candida-vulvovaginitis-clinical-manifestations-and-diagnosis?source=search\\_result&search=36.%09%20Sobel%20J.%20Candida%20vulvovaginitis:%20Clinical%20manifestations%20and%20diagnosis.&selectedTitle=2~150](https://www21.ucsg.edu.ec:2128/contents/candida-vulvovaginitis-clinical-manifestations-and-diagnosis?source=search_result&search=36.%09%20Sobel%20J.%20Candida%20vulvovaginitis:%20Clinical%20manifestations%20and%20diagnosis.&selectedTitle=2~150)

37. Peñas C, Sánchez N, Olmo F, Muniáim M y Suárez A. Protocolo diagnóstico y terapéutico de las vaginitis infecciosas: vulvovaginitis candidiásica, tricomoniasis y vaginosis bacteriana. ELSEVIER. 2014 mar; 11, Issue 51:3029-3032. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541214707346>
38. Romero D y Andreu A. Vaginosis bacteriana. ELSEVIER. 2016 jul;34 suplemento 3:14-18. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213005X16302142>
39. Albrecht M. Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of genital herpes simplex virus infection. UpToDate [internet]. 2017 [citado 23 de noviembre de 2017]. Disponible en: [https://www21.ucsg.edu.ec:2128/contents/epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-genital-herpes-simplex-virus-infection?source=search\\_result&search=39.%09Albrecht%20M.%20Epidemiology,%20clinical%20manifestations,%20and%20diagnosis%20of%20genital%20herpes%20simplex%20virus%20infection&selectedTitle=1~150](https://www21.ucsg.edu.ec:2128/contents/epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-genital-herpes-simplex-virus-infection?source=search_result&search=39.%09Albrecht%20M.%20Epidemiology,%20clinical%20manifestations,%20and%20diagnosis%20of%20genital%20herpes%20simplex%20virus%20infection&selectedTitle=1~150)
40. Wald A. Prevention of genital herpes virus infections. UpToDate [internet]. 2017 [citado 23 de noviembre de 2017]. Disponible en: [https://www21.ucsg.edu.ec:2128/contents/prevention-of-genital-herpes-virus-infections?source=search\\_result&search=.%20Prevention%20of%20genital%20herpes%20virus%20infections&selectedTitle=1~150](https://www21.ucsg.edu.ec:2128/contents/prevention-of-genital-herpes-virus-infections?source=search_result&search=.%20Prevention%20of%20genital%20herpes%20virus%20infections&selectedTitle=1~150)
41. Palefsky J. Infections for human papillomavirus: Epidemiology and disease associations. UpToDate [internet]. 2017 [citado 23 de noviembre de 2017]. Disponible en: [https://www21.ucsg.edu.ec:2128/contents/human-papillomavirus-infections-epidemiology-and-disease-associations?source=search\\_result&search=Infections%20for%20human%20papillomavirus:%20Epidemiology%20and%20disease%20associations.&selectedTitle=1~150](https://www21.ucsg.edu.ec:2128/contents/human-papillomavirus-infections-epidemiology-and-disease-associations?source=search_result&search=Infections%20for%20human%20papillomavirus:%20Epidemiology%20and%20disease%20associations.&selectedTitle=1~150)
42. Eng-Kiong T y Lok A. Epidemiology, transmission, and prevention of hepatitis B virus infection. UpToDate [internet]. 2017 [citado 23 de noviembre de 2017]. Disponible en: [https://www21.ucsg.edu.ec:2128/contents/epidemiology-transmission-and-prevention-of-hepatitis-b-virus-infection?source=search\\_result&search=Epidemiology,%20transmission,%20and%20prevention%20of%20hepatitis%20B%20virus%20infection&selectedTitle=1~150](https://www21.ucsg.edu.ec:2128/contents/epidemiology-transmission-and-prevention-of-hepatitis-b-virus-infection?source=search_result&search=Epidemiology,%20transmission,%20and%20prevention%20of%20hepatitis%20B%20virus%20infection&selectedTitle=1~150)
43. Lok A. Hepatitis B virus: overview of management. UpToDate [internet]. 2017 [citado 23 de noviembre de 2017]. Disponible en: [https://www21.ucsg.edu.ec:2128/contents/hepatitis-b-virus-overview-of-management?source=search\\_result&search=Hepatitis%20B%20virus:%20overview%20of%20management.&selectedTitle=1~150](https://www21.ucsg.edu.ec:2128/contents/hepatitis-b-virus-overview-of-management?source=search_result&search=Hepatitis%20B%20virus:%20overview%20of%20management.&selectedTitle=1~150)
44. OMS. VIH/SIDA. Nota descriptiva. Disponible en: [http://www.who.int/topics/hiv\\_aids/es/](http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/)
45. Lamotte J. Infección por VIH/sida en el mundo actual. MEDISAN versión online ISSN1029-3019. Cuba. 2014 jun-jul; 18(7). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192014000700015](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000700015)

46. Etukumana E, Thacher T y Sagay A. HIV Risk Factors among Pregnant Women in a Rural Nigerian Hospital. *West Indian Med J.* 2010; 59 (4): 424. Disponible en: <http://caribbean.scielo.org/pdf/wimj/v59n4/v59n4a15.pdf>
47. Martínez A. Ríos F. Los conceptos de conocimiento, epistemología y paradigma, como base diferencial en la orientación metodológica del trabajo de grado. *Rev Epistemología de Cien Soc [Internet]* 2006; 25:111-121. Disponible en: [www.moebio.uchile.cl/25/martinez.html](http://www.moebio.uchile.cl/25/martinez.html)
48. Avalos M. La sociedad del conocimiento. [Internet] San Luis Potosí, México; 2013 ago. Disponible en: <https://static1.squarespace.com/static/51ede959e4b0de4b8d24e8a9/t/5213aa19e4b0750ce7ecb4c6/1377020441113/1.+La+sociedad+del+conocimiento.pdf>
49. Flores M. Gestión del conocimiento organizacional en el taylorismo y en la teoría de las relaciones humanas. *Rev Espac.* 2005; 26(2). Disponible en: [www.revistaespacios.com/a05v26n02/05260242.html](http://www.revistaespacios.com/a05v26n02/05260242.html)
50. Diccionario de la Real Academia de Lengua Española. Disponible en: <http://www.rae.es/obras-academicas/diccionarios/diccionario-de-la-lengua-espanola>
51. González J. Los niveles de conocimiento El Aleph en la innovación curricular. *Innovación Educativa* 2014 may-ago [Citado 4 de diciembre de 2018]; 14(65). Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/ie/v14n65/v14n65a9.pdf>
52. González E. Conocimiento empírico y conocimiento activo transformador: algunas de sus relaciones con la gestión del conocimiento. *Rev cub ACIMED.* 2011; 22(2):110-120. Disponible en: [scielo.sld.cu/pdf/aci/v22n2/aci03211.pdf](http://scielo.sld.cu/pdf/aci/v22n2/aci03211.pdf)
53. Ramírez J. La naturaleza del conocimiento científico. Introducción a la Psicología. [Internet]: pp 1-25. Disponible en: <http://www4.ujaen.es/~eramirez/Descargas/tema1>
54. Silamani J y Guirao A. Utilidad y tipos de revisión de literatura. [Internet] ISSN 1988-348X Santa Cruz de la Palma 2015; 19(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2015000200002>
55. Londoño P y Calvache J. Las estrategias de enseñanza: aproximación teórico-conceptual. Universidad de La Salle. 2010; 11-27. Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/fce-unisalle/20170117011106/Estrategias.pdf>
56. Montoya I. La formación de la estrategia en Mintzberg y las posibilidades de su aportación para el futuro. *Rev fac cienc econ.* 2009 dic; XVII(2); pp 23-44. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfce/v17n2/v17n2a03.pdf>

57. Puertas B, Herrera M y Aguinaga G. La Promoción de Salud en el ECUADOR. En: La Promoción de Salud en América Latina: modelos, estructuras y visión crítica. Centers for Disease Control, Universidad de Puerto Rico. San Juan, 2004. Disponible en: <http://www.benjaminpuertas.net/media/pdf/capituloecu.pdf>
58. Díaz F. Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. Capítulo 5. Ed. Trillas. Disponible en: <http://formacion.sigeyucatan.gob.mx/formacion/materiales/4/4/d2/p1/5.%20estrategias%20docentes%20para%20un%20aprendizaje%20significativo.pdf>
59. Rodríguez A, Sanabria G, Contreras M y Perdomo B. Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba. 2012. Disponible en: [https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0864-34662013000100015&script=sci\\_arttext&tlng=es](https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0864-34662013000100015&script=sci_arttext&tlng=es)
60. OPS. Manual de técnicas para una estrategia de comunicación en salud. 1985. [Internet]. Disponible en: <file:///C:/Users/Dra.%20Susana%20Villegas/Downloads/Manual%20de%20tecnicas%20para%20una%20estrategia%20de%20comunicacion%20en%20salud%2011.pdf>
61. Delgado C y Palacios P. Técnicas educativas. Universidad del Azuay. [Internet]. Disponible en : <https://www.educar.ec/servicios/tecnicas-delgado-palacios.pdf>
62. Díaz Y, Pérez J, Báez F y Conde M. Generalidades sobre promoción y educación para la salud. Rev MGI. Camaguey-Cuba; 28(3). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol28\\_3\\_12/mgi09312.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol28_3_12/mgi09312.htm)
63. Tapia E. “Diseño de estrategia de intervención educativa sobre los riesgos de infecciones de transmisión sexual en la población de 20 a 49 años. Chanchahuán, enero a junio 2016. Disponible en: <http://dspace.epoch.edu.ec/bitstream/123456789/6006/1/10T00172.pdf>
64. Constitución de la República del Ecuador. 2008. Decreto legislativo #0. Publicado: Registro Oficial #449. Disponible en: [http://www.inocar.mil.ec/web/images/lotaip/2015/literal\\_a/base\\_legal/A\\_Constitucion\\_republica\\_ecuador\\_2008constitucion.pdf](http://www.inocar.mil.ec/web/images/lotaip/2015/literal_a/base_legal/A_Constitucion_republica_ecuador_2008constitucion.pdf)
65. Ley Orgánica de Salud. Registro Oficial Suplemento 423 de 22-dic.-2006. Última modificación: 24-ene.-2012. Disponible en: [http://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/SALUD-LEY\\_ORGANICA\\_DE\\_SALUD.pdf](http://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/SALUD-LEY_ORGANICA_DE_SALUD.pdf)
66. MSP. Ecuador libre de transmisión de VIH de madre a hijo. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/ecuador-libre-de-transmision-de-vih-de-madre-a-hijo/>

67. OMS. Proyectos de estrategias mundiales del sector de la salud Infecciones de transmisión sexual, 2016-2021. Disponible en: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_33-sp.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_33-sp.pdf?ua=1&ua=1)
68. Muñoz H. Infecciones de transmisión sexual en pacientes de 15 a 49 años de edad que acuden al centro de salud de la parroquia Timbara, durante el año 2014. Monografía. Disponible en: <http://studylib.es/doc/8739367/henrry-david-mu%C3%B1oz-zuquinaula>
69. Escobar P. Asociación entre factores de riesgo de cáncer cervicouterino y resultados de citología orgánica de cérvix. Consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Pascuales 2015.
70. Peña R. Incidencia de diagnósticos y conocimientos sobre los factores de riesgo que contribuyen en el contagio de VIH en mujeres entre 20 - 40 años que acuden al área de Ginecología del centro de salud No. 1. Tesis UDLA. 2013. Disponible en: <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/7264/1/UDLA-EC-TLE-2013-03.pdf>
71. Calderón B, Badía A y Martínez W. Estudio de intervención en gestantes sobre el conocimiento de las infecciones de transmisión sexual. Joyabaj Guatemala agosto 2010–enero 2011. Ciencias Holguin 2013 abr-jun; 19(2):1-11. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1815/181527530002.pdf>
72. Silva J, Andrade K, Palacios E, Rojas V y Mendonca J. Nivel de conocimientos y comportamientos de riesgo relacionados con infecciones de transmisión sexual entre adolescentes mujeres. Rev Enferm univ. México oct-dic 2014; 11(4). Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632014000400004](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632014000400004)
73. Pavía-Ruz N, Góngora-Biachi R, Vera-Gamboa L, Moguel-Rodríguez W y González-Martínez P. Conocimientos, actitudes y percepción de riesgo en referencia al VIH/SIDA en población rural de Yucatán, México. Rev Biomed 2012 may-ago; 23:53-60. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2012/bio122c.pdf>
74. Salinas I, Loayza J y Durán E. Nivel de conocimiento y fuente de información que poseen los estudiantes de gestión pública de la U.M.R.S.P.S.F.X.CH de la localidad de Serrano acerca VIH-SIDA durante el periodo comprendido entre los meses de octubre a diciembre de 2012. Arch Boliv Med. Sucre 2013; 19(87). Disponible en: [http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S0004-05252013000100004&script=sci\\_arttext](http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S0004-05252013000100004&script=sci_arttext)
75. Caballero S, Valenzuela A, Orihuela S y Mendoza L. Infecciones de transmisión sexual en mujeres de edad fértil usuarias del Hospital Regional de Villa Hayes, Paraguay. Mem Inst Investig Cienc Salud. Asunción ago 2015; 13(2). Disponible en: [http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1812-95282015000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1812-95282015000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

76. Ortiz N, Rodríguez D, Vásquez M, Álvarez M y Sánchez L. Intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes. Rev Med Electron. 2015 sep-oct; 37(5). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242015000500002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242015000500002)
77. André M, Amorim K, Dias D, Silva R y Carneiro L. La vulnerabilidad a las enfermedades de transmisión sexual en mujeres que venden sexo en ruta de prostitución y turismo sexual en Brasil Central. Rev Latino-Am Enfermagen. 2013 jul-ago; 21(4). Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/es\\_0104-1169-rlae-21-04-0906.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/es_0104-1169-rlae-21-04-0906.pdf)
78. Pernaz-Linsuy G y Cárcamo-Cavagnaro. Conocimientos, actitudes y prácticas de la mujer peruana sobre la infección por VIH/SIDA. Rev Perú med exp salud pública. Lima oct 2015; 32(4). Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342015000400006](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342015000400006)
79. Capote A., Martín A., García A. y Pérez J. Necesidades educativas sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes de La Habana Vieja, Cuba. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud, abr-jun 2017; Vol. 43(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662017000200004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000200004)
80. Barros T et al. Un modelo de prevención primaria de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/sida en adolescentes. Rev Panam Salud Pública. 2001; 10(2). Disponible en: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpsp/v10n2/5861.pdf>
81. Cardona D, Ariza A, Gaona C y Medina O. Conocimientos sobre sexualidad en adolescentes escolares en la ciudad de Armenia, Colombia. Rev AMC. Camagüey nov-dic 2015; 19(6). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552015000600003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552015000600003)
82. Mendoza L et al. Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública en una ciudad colombiana. REV CHIL OBSTET GINECOL 2012; 77(4): 271 – 279. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262012000400006](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000400006)
83. García R, Alonso J, Carbonell M, Agramonte A y García M. Infecciones de transmisión sexual: intervención educativa en adolescentes de una escuela de enseñanza técnica profesional. Medwave. 2014; 14(1):5891. Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/5891>
84. Grisales H, Castaño G, Colorado L, Rodas J. Factores asociados a las prácticas sexuales de riesgo en estudiantes de colegios públicos y privados de la ciudad de

Medellín, (Colombia) 2011. Rev. Investigaciones Andinas. 29 (16): 150 p.  
Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/inan/v16n29/v16n29a04.pdf>

85. Cobos A. Diseño de estrategia de intervención educativa sobre autoexamen de mama y riesgo para cáncer mamario en el consultorio N° 12. Centro de Salud Pascuales. 2016. Tesis de especialidad. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/7385/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-3.pdf>
86. Cuzco L Propuesta de estrategia de intervención educativa para modificar factores de riesgo de hipertensión arterial en adultos jóvenes. Consultorio médico 11. Centro de Salud Pascuales. 2015 – 2016. Tesis de especialidad. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/7416/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-28.pdf>
87. Vera L. Historia de la sexualidad. Rev Biomed 1998; 9:116-121. Disponible en: <http://www.cirbiomedicas.uady.mx/revbiomed/pdf/rb98927.pdf>

## ANEXO 1

### **Consentimiento Informado para Participantes de Investigación**

El propósito de esta ficha de consentimiento informado es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por la Dra. Susana Villegas Castro, de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil. La meta de este estudio es diseñar estrategia educativa para elevar el nivel de conocimientos que tienen las mujeres de 20 a 49 años, sobre las infecciones de transmisión sexual y los factores de riesgo para adquirirlas.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar una encuesta. Esto tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si algunas de las preguntas del cuestionario le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

---

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por la Dra. Susana Villegas Castro. He sido informada de que la meta de este estudio es diseñar una estrategia para elevar el nivel de conocimientos de las infecciones de transmisión sexual en las mujeres de 20 a 49 años de la Ciudadela Assad Bucaram.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios, lo cual tomará aproximadamente 30 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informada de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto cause perjuicio alguno para mi persona.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha:

ANEXO 2

**ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.**

**CUESTIONARIO**

**CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.**

❖ **Datos Sociodemográficos:**

Por favor lea detenidamente y responda cada una de las preguntas.

**Escriba su edad:**

\_\_\_\_\_

**¿Qué nivel escolar tiene terminado?:**

Ninguno( )                      Alfabetización( )                      Primaria( )  
Secundaria( )                      Bachillerato( )                      Universitario( )

**Estado Civil:**

Soltero/a ( )    Casado/a ( )    Unión libre ( )    Separado/a ( )

**¿A qué actividad laboral usted se dedica?**

Ama de casa ( )                      Empleada doméstica ( )  
Empleada pública ( )                      Empleada privada ( )

❖ **Conocimientos:**

**1.- Marque con una X, las enfermedades que Ud. Considera, son infecciones transmisión sexual. (Escoja 1 ó varias opciones)**

Sífilis ( )    Resfriado común ( )    VIH/SIDA ( )    Gonorrea ( )  
Condiloma ( )    Hepatitis B ( )    Apendicitis ( )    Tricomoniasis ( )  
Migrañas ( )

**2.- Marque con X las opciones que considere vías de contagio para infecciones de transmisión sexual. (Escoja una o varias opciones)**

Por un beso ( )    Por compartir jeringuillas ( )    Durante el parto ( )  
Relaciones sexuales sin protección con personas infectadas ( )

Por transfusiones ( ) Lactancia materna ( ) Estrecharse las manos ( )

**3.- Ponga una X a lo que usted considere son síntomas de las infecciones de transmisión sexual.** (Elija una o varias opciones)

Secreción vaginal ( ) Dolor en el pecho ( )

Dolor en bajo vientre ( ) Comezón en la vagina ( )

Verrugas en los genitales ( ) Llaga en los genitales ( )

**4.- Marque con X las opciones que Ud. considere previenen las infecciones de transmisión sexual.** (Elija una o más opciones)

No tener relaciones sexuales ( ) Pareja única ( )

Usando preservativo ( ) Usar píldoras anticonceptivas ( )

**5.- Marque con X las opciones que Ud. considere son riesgos que favorecen el contagio de infecciones de transmisión sexual.** (Elija una o más opciones)

Tener varias parejas sexuales ( ) Sentarse en baños desconocidos ( )

No usando preservativos en las relaciones sexuales ( )

Inicio precoz (antes de los 15 años) de las relaciones sexuales ( )

Hábitos tóxicos como el uso de alcohol y drogas ( )

❖ **Prácticas sexuales:**

**6.- A qué edad tuvo su primera relación sexual.**

-----

**7.- Señale con una X si su primera relación sexual la tuvo con:**(elija una opción)

Pareja estable ( ) Contacto casual ( )

**8.- ¿Usa preservativo al tener relaciones sexuales?** (elija una opción)

Nunca ( ) Algunas veces ( ) Siempre ( )

**9.- Ponga una X al número de parejas sexuales que usted ha tenido en los últimos 3 meses.** (Elija una opción)

Una ( ) Dos ( ) Tres ( ) + de tres ( )

**10.- Anote con una X si alguna vez tuvo relaciones sexuales habiendo consumido drogas o alcohol. (Elija una opción)**

Si ( ) No ( )

❖ **Estrategia educativa:**

**11.- Coloque una X sobre cómo desearía recibir información sobre ITS. Mediante: (elija una o varias opciones)**

Video ( ) Juegos populares ( ) Uso de títeres ( )  
Dinámica de grupo ( ) Charlas educativas ( )  
Lluvia de ideas ( ) Discusiones grupales ( )

**12.- ¿Con qué frecuencia usted podría recibir información sobre ITS? (elija una sola opción)**

Una vez por semana ( ) Una vez cada quince días ( )

**13.- ¿En qué horario usted podría recibir información sobre ITS?**

En horas de la mañana ( ) En horas de la tarde ( )

**14.- ¿De cuánto tiempo dispone usted para recibir información sobre ITS?**

Una hora por reunión ( ) Dos horas por reunión ( )

**15.- ¿En qué lugar prefiere usted recibir las capacitaciones sobre ITS?**

Centro de salud ( ) Casa comunal ( )

## ANEXO 3

### **Estrategia educativa.-**

#### **Fundamento.-**

El hombre a lo largo de la historia y del momento socio-cultural que atravesaba, ha tenido diversas formas de manifestar su sexualidad <sup>(63)</sup>. En la prehistoria se conoce que la sexualidad tenía principalmente carácter reproductor <sup>(87)</sup>. En la antigua Grecia, se sumó la connotación educativa, procreativa y placentera, existiendo nula represión a la infidelidad y homosexualidad. Los judíos fueron los primeros en reprimir la sexualidad y es a partir de la institucionalización de la religión católica, que solo era permitido el sexo procreador. En la edad Media, la Iglesia refrenda el matrimonio monógamo.

A finales del siglo XV aparecen en Europa las enfermedades de transmisión sexual, que fueron consideradas como un castigo celestial, por los excesos sexuales.

A mediados de siglo XIX, Sigmund Freud, médico vienés, demostró la trascendencia que la sexualidad tiene para los individuos, y afirmó que “la mayoría de las fobias y miedos tenían relación con las frustraciones sexuales” <sup>(87)</sup>.

Es a partir de estos hechos que se iniciaron una serie de estudios y publicaciones en torno a la respuesta sexual tanto de hombres como de mujeres con y sin problemas sexuales.

Actualmente, la sexualidad tiene un lugar significativo en la sociedad, y cada día acrecienta el interés colectivo, como parte fundamental de la esencia humana.

Las infecciones de transmisión sexual en personas de 20 a 49 años constituyen hoy un importante problema de salud, de causa multifactorial, que afecta a todo el mundo y al Ecuador en particular, para lo cual la prevención es el camino para darle solución.

La estrategia se fundamenta en el limitado conocimiento que tiene esta población sobre generalidades, síntomas, vías de contagio, factores de riesgo y prevención de las ITS.

Una vez realizado el análisis de los resultados obtenidos, mediante la aplicación de la encuesta, se realiza el diagnóstico de la situación de salud sexual actual.

#### **Diagnóstico educativo.-**

- Escasos conocimientos de las mujeres de 20 a 49 años pertenecientes a la ciudadela Assad Bucaram sobre las infecciones de transmisión sexual.
- La necesidad de proporcionar a dichas mujeres los conocimientos necesarios sobre infecciones de transmisión sexual, que les permitan tomar decisiones y adoptar comportamientos sexuales seguros.

#### **Objetivo General.-**

Educar a las mujeres de 20 a 49 años de la ciudadela Assad Bucaram sobre generalidades, síntomas, vías de contagio, factores de riesgo y prevención de las infecciones de transmisión sexual, para incrementar conocimientos y comportamientos sexuales positivos.

### **Objetivos Específicos.-**

- Impartir información sobre infección de transmisión sexual a las mujeres de 20 a 49 años de la ciudadela Assad Bucaram que le permitan comprender la importancia de la autorresponsabilidad por la salud.
- Explicar a la población femenina de 20 a 49 años de la ciudadela Assad Bucaram, los factores de riesgo para adquirir una infección de transmisión sexual.
- Impartir a la población intervenida, las medidas de prevención de las ITS, su importancia y los eventos que pueden estar relacionados con el desconocimiento de los mismos.
- Contribuir al incremento de la percepción del riesgo y la formación de comportamientos saludables reforzando la responsabilidad individual y colectiva en las acciones de control de las ITS.

### **Estructura.-**

La estrategia se estructuró con acciones de tipo instructivo-educativas, considerando las preferencias de las participantes, recogidas mediante la encuesta realizada, describiendo a los responsables de las actividades, y estableciendo períodos de cumplimiento de la misma.

La metodología a emplearse es la enseñanza, mediante la utilización de técnicas didácticas como las charlas, dinámicas grupales, lluvia de ideas y videos, promoviendo la participación activa, consciente y creadora de todas las participantes, con la finalidad de promover el desarrollo de las capacidades grupales e individuales.

Se consideró además el lugar, horarios y tiempo para las reuniones, ítems analizados a través de la encuesta realizada.

Los contenidos se impartirán con lenguaje claro, sencillo, incluyendo todos los elementos necesarios para su comprensión, estimulando la participación activa a través de realización de preguntas para dar salida a las dudas existentes o profundizar en aspectos precisos, interrelacionando conocimientos con práctica, ahondando en la motivación de las participantes para lograr un cambio de actitud.

### **Actividades.-**

Las actividades a desarrollar son las siguientes <sup>(13)</sup>:

- Informativas.- Informar a las participantes y al equipo de salud sobre esta problemática a nivel mundial, nacional y comunitaria, para que participen activamente en la solución de este problema de salud.

- Educativas.- Capacitar a la población de estudio sobre las ITS, para que adquieran comportamientos sexuales positivos y se conviertan en generadores de cambio.
- Comunicativas.-
  - ✓ Intensificar la comunicación cara a cara entre el médico y las participantes del estudio para propiciar la adopción de prácticas sexuales menos riesgosas.
  - ✓ Confeccionar materiales gráficos que refuercen la actividad educativa: carteles y trípticos.
  - ✓ Elaborar mensajes cortos y difundirlos a través de las redes sociales (whatsapp), como mecanismo para promover permanentemente la autoprotección.

Recursos materiales.- Computadora, proyector, videos, carteleras, trípticos, teléfonos móviles.

Talento humano.- Integrantes del equipo de salud, población femenina de 20 a 49 años de la ciudadela Assad Bucaram, la autora del trabajo investigativo.

Control y evaluación de la estrategia.-

El modo de ejercer el control será el siguiente:

- ✓ Verificar el cumplimiento de las actividades establecidas en la estrategia.
- ✓ Inspeccionar la producción y difusión de materiales educativos.
- ✓ Examinar contenido y frecuencia de los mensajes transmitidos por las redes sociales.

Para la evaluación de la estrategia se procederá mediante:

- ✓ La aplicación del cuestionario que se realizó al inicio de la investigación.

Todo este proceso se medirá a través de indicadores de proceso y de impacto.

## Cronograma.-

<b>Estrategia Educativa</b>					
<b>Temas</b>	<b>Metodología didáctica</b>	<b>Duración</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Hora</b>	<b>Lugar</b>
<b>Introducción al programa educativo, generalidades sobre ITS</b>	Dinámica grupal Video	1 hora	Semana uno	2 a 3 pm	Ciudadela Assad Bucaram
<b>Tipos de ITS y vías de transmisión</b>	Lluvia de ideas Ilustraciones gráficas	1 hora	Semana dos	2 a 3 pm	Ciudadela Assad Bucaram
<b>Factores de riesgo</b>	Discusión grupal y video	1 hora	Semana tres	2 a 3 pm	Ciudadela Assad Bucaram
<b>Signos y síntomas de las principales ITS</b>	Charla educativa	1 hora	Semana cuatro	2 a 3 pm	Ciudadela Assad Bucaram
<b>Prevención y conclusiones</b>	Charla educativa video	1 hora	Semana cinco	2 a 3 pm	Ciudadela Assad Bucaram

La estrategia se la estructuró de la siguiente manera:

Tema 1: Introducción y generalidades sobre ITS

Objetivo: Incentivar a las participantes creando una atmósfera agradable y de confianza para difundir información básica sobre las ITS

Metodología: Dinámica grupal, video

Hora: 2:00 a 3:00 pm

Lugar: Ciudadela Assad Bucaram

Tema 2: Tipos de ITS y vías de transmisión.

Objetivo: Conocer las de vías de contagio de las ITS

Metodología: Lluvia de ideas,

Hora: 2:00 a 3:00 pm

Lugar: Ciudadela Assad Bucaram

Tema 3: Factores de riesgo de ITS.

Objetivo: Conocer las situaciones que predisponen a adquirir una ITS

Metodología: Discusión grupal y video

Hora: 2:00 a 3:00 pm

Lugar: Ciudadela Assad Bucaram

Tema 4: Signos y síntomas de las ITS

Objetivo: Identificar los síntomas que se presentan cuando una persona adquiere una ITS

Metodología: Charla educativa

Hora: 2:00 a 3:00 pm

Lugar: Ciudadela Assad Bucaram

Tema 5: Prevención y conclusiones

Objetivo: Conocer las medidas de prevención de las ITS en la población vulnerable e inducir actitudes favorables hacia una sexualidad más responsable.

Metodología: Charla educativa y video

Hora: 2:00 a 3:00 pm

Lugar: Ciudadela Assad Bucaram



Presidencia  
de la República  
del Ecuador



Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes



SENESCYT  
Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Susana Emperatriz Villegas Castro**, con C.C: # **0912197944** autor/a del trabajo de titulación: **Diseño de una estrategia educativa para la prevención de las infecciones de transmisión sexual en las mujeres de 20 a 49 años. Ciudadela Assad Bucaram. Daule. Año 2018** previo a la obtención del título de **Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **17 de diciembre de 2018**

f. \_\_\_\_\_



## **REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

### **FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN**

<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	<b>Diseño de una estrategia educativa para la prevención de las infecciones de transmisión sexual en las mujeres de 20 a 49 años. Ciudadela Assad Bucaram. Daule. Año 2018.</b>		
<b>AUTOR(ES)</b>	Susana Emperatriz Villegas Castro		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Reinerio Rubio Rojas		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Escuela de Graduados en Ciencias de la Salud		
<b>CARRERA:</b>	Medicina Familiar y Comunitaria		
<b>TÍTULO OBTENIDO:</b>	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	17 de diciembre de 2018	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	80 páginas
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Medicina, Medicina Familiar y Comunitaria y Ciencias de la Salud		
<b>PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:</b>	Infecciones de transmisión sexual, conocimiento, riesgo, prácticas sexuales, prevención.		
<b>RESUMEN/ABSTRACT</b>			
<p>Antecedentes: Las infecciones de transmisión sexual constituyen un problema de salud a nivel mundial y en Ecuador las provincias más afectadas son: Guayas, Manabí, Los Ríos, Cotopaxi y Pichincha. Materiales y métodos: Se realiza investigación descriptiva, observacional, transversal y prospectiva, cuyo fin es recolectar mediante encuesta los conocimientos sobre el tema y determinar los componentes para diseñar la estrategia, cuyas participantes son mujeres de 20 a 49 años de la ciudadela Assad Bucaram del cantón Daule. Los datos obtenidos se procesarán en hojas de cálculo de Excel y luego se vaciarán al programa estadístico SPSS. Resultados: Las mujeres participantes del estudio, en su mayoría amas de casa, tienen 35 años, como edad promedio, un nivel de instrucción primaria y conviven con su pareja en unión libre. Se encontró deficiencias en el conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual; así como prácticas sexuales riesgosas entre las que destaca el bajo uso del condón (93%). En la elaboración de la estrategia, la didáctica a utilizar es la charla educativa (65%), los temas a impartir son las ITS más frecuentes, que se dictarán una vez por semana (46%), una hora por reunión (80%) y en horas de la tarde (62%). Conclusiones: El diseño de la estrategia educativa va encaminada a generar conductas sexuales responsables, con su implementación</p>			
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> 593989730124	E-mail: suvica 2009@hotmail.com	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b>	<b>Nombre:</b> Dr. Xavier Landívar Varas		
	<b>Teléfono:</b> +593-4-3804600 ext: 1830 - 1811		
	<b>E-mail:</b> xavier.landivar@cu.ucsg.edu.ec		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>			