



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA MATERNOINFANTIL



¿QUÉ FACTORES INFLUYEN EN EL CONOCIMIENTO SOBRE ITS EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE AGOSTO- SETIEMBRE 2010?

AUTORES:

Br. Cereani, José

Br. Cuña, Jhonatan

Br. Gómez, Juan

Br. Romero, Alvaro

Br. Viera, Julio

TUTOR:

Prof. Lic. Enf: Pérez, Mercedes

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

Montevideo, 2010

Agradecimientos

Se agradece por la colaboración a todas las instituciones por la información brindada y por el tiempo que nos dedicaron (Institución de Enseñanza Pública, Nivel Secundario, M.S.P, MI.DE.S, I.M.M, INE, Planificación Familiar).

A nuestra tutora Lic. Mercedes Pérez, por su paciencia, amabilidad y disponibilidad para con nosotros.

A nuestras familias por el apoyo y acompañamiento incondicional durante toda nuestra carrera y sobre todo en esta última instancia.

Resumen

El siguiente trabajo de investigación se realizó en los meses de agosto setiembre en un liceo público del interior del país y en un liceo privado de la ciudad de Montevideo y el mismo tuvo como objetivo poder identificar cuáles son los factores que ejercen mayor influencia en el conocimiento sobre ITS en los adolescentes varones entre 15 y 18 años escolarizados, siendo el propósito comparar 2 poblaciones de los centros educativos antes mencionados.

Para ello se realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal, prospectivo, utilizándose como instrumento el cuestionario semi cerrado. Dicho instrumento se aplicó de manera aleatoria a adolescentes varones escolarizados en 2 centros educativos y que se encontraban dentro de los criterios de inclusión previamente definidos.

A través de este trabajo se logró concluir que de los adolescentes elegidos en su gran mayoría conocen sobre ITS y aplican dicho conocimiento viéndose reflejado esto en el uso del preservativo. No se encontró diferencias en el ámbito del tipo de educación de la población siendo muy similares los resultados en el liceo público como en el privado, ocurriendo lo mismo con el resto de las variables seleccionadas.

Indice

Autores.....	Pág. 2
Agradecimientos.....	Pág. 3
Resumen.....	Pág. 4
Introducción.....	Pág. 6
Planteamiento del Problema.....	Pág. 7
Fundamento Teórico.....	Pág. 8
Objetivos.....	Pág. 9
Marco Conceptual.....	Pag.10
Metodología de la investigación.....	Pág. 38
Tabulación de datos.....	Pág. 44
Análisis.....	Pág. 74
Conclusiones.....	Pág. 82
Propuestas y Sugerencias.....	Pág. 84
Dificultades durante el proceso de investigación.....	Pág. 85
Bibliografía.....	Pág. 86
Anexo 1 Lista de listas.....	Pag.91
Anexo 2 Cronograma de Actividades.....	Pág. 92
Anexo 3 Diagrama de Gantt.....	Pág. 93
Anexo 4 Cuestionario de recolección de datos.....	Pág. 94
Anexo 5 Carta de Autorización a los Centros Educativos.....	Pág. 97
Anexo 6 Protocolo de Investigación.....	Pag.98
Anexo 7 Presupuesto.....	Pág. 107

Introducción

El presente trabajo de investigación se realizó por 5 estudiantes de la carrera Licenciatura en Enfermería, de la Facultad de Enfermería, Universidad de la República. El mismo consistió en la realización de un estudio descriptivo, prospectivo, de corte transversal, llevado a cabo entre los meses de agosto setiembre de 2010 en un liceo público del interior y uno privado de Montevideo.

El mismo tuvo como propósito conocer cuáles son los factores que influyen en el conocimiento sobre ITS los individuos de sexo masculino, que concurren a dichas Instituciones.

Para ello se aplicó un formulario anónimo, semi - cerrado, a cada uno de los integrantes de la población objeto.

Posteriormente se tabularon los datos obtenidos, pudiendo realizarse así las conclusiones de este trabajo.

Planteamiento del Problema

Línea de investigación: Salud sexual y reproductiva en el hombre.

Área Temática: Conocimiento del hombre sobre ITS (*).

Pregunta Problema: ¿Qué factores influyen en el conocimiento sobre ITS en adolescentes escolarizados en el período comprendido entre Agosto-Setiembre 2010?

Justificación

El motivo por el cual se decidió realizar esta investigación, se debe a que luego de haber hecho una extensa revisión bibliográfica, no se encontró registros sobre ITS en hombres, exceptuando los realizados sobre HIV (*), pero no del resto de las mismas. En el MSP (*) existen diversos proyectos realizados (**), pero se enfocan mayoritariamente a la población femenina, por lo que no se encontró registros específicos sobre ITS en la población masculina, siendo esto el principal causal para la realización de ésta investigación.

Se consideró importante investigar este tema, dentro de la salud sexual y reproductiva, ya que los sistemas de salud actuales no integran al hombre en sus programas, y no solo es la mujer quien “se ve afectada” a la hora de contraer o transmitir ITS, sino que el hombre se encuentra en iguales condiciones.

No se encuentran centros de referencia específicos que orienten al hombre en cuanto al control y asistencia de su salud sexual y reproductiva.

Según estadísticas del INE (*) (Instituto Nacional de Estadística), se observó que el inicio de las relaciones sexuales se produce en edades tempranas (***), por lo que se consideró importante poder abordar esta franja etaria.

Debido a la corta edad que tienen no cuentan con la información adecuada, lo que en muchos casos lleva a no identificar los riesgos sobre éste tema, esto es vital para luego prevenir y/o disminuir las ITS, el embarazo adolescente, los embarazos no deseados y lograr involucrar al hombre en la planificación familiar.

Es de conocimiento general que el consumo de drogas sociales en adolescentes, influyen a la hora de tomar decisiones, no solo en sus conductas habituales sino también en su salud sexual y reproductiva, aumentando considerablemente los riesgos.

Con esto se pretende fomentar la implementación del programa nacional del adolescente, que recién el año pasado se comenzó a trabajar con él, contribuir a disminuir la incidencia y prevalencia de las ITS en el hombre, promover la participación del hombre en la planificación familiar y fomentar a las autoridades a que se creen programas específicos de salud sexual y reproductiva en el hombre.

(*) Ver listado de siglas

(**) Referencia: <http://www.unfpa.org.uy/proyectos/index.php?Projects=1&All=1> 13/7

(***) Referencia: <http://www.ine.gub.uy/biblioteca/reproduccion/FolletoEncuesta.pdf>

Fundamento Teórico

Se creyó conveniente para este trabajo de investigación aplicar la Teoría de Dorothea Orem, esta resalta la importancia del autocuidado, entendiendo por este como la actividad del individuo aprendida y orientada hacia un objetivo.

Nuestra investigación tiene como meta contribuir a la prevención de las ITS en adolescentes y para ello creemos fundamental que se pueda educar de la forma más temprana posible a dicha población en ambos sexos como para lograr que adquieran los cuidados necesarios para protegerse así mismo y a su pareja sexual, tal como lo expresa Orem.

En este sentido nosotros formamos parte directa e indirecta del autocuidado de esta población, nuestro papel como educadores es formar agentes de autocuidado, definiendo al mismo según Orem como el individuo que proporciona autocuidado. Para lograr esto hacemos hincapié en lo que refiere la autora cuando menciona los sistemas de enfermería creyendo conveniente utilizar el sistema de apoyo educativo, el cual brinda las herramientas necesarias para lograr el autocuidado. También consideramos que para cuidar o cuidarse hay que saber cómo hacerlo, o sea el agente de autocuidado debe tener o adquirir la información necesaria para “cuidarse” y como educadores tenemos el papel preponderante para brindarles dichos conocimientos.

Además la población a estudiar y como lo nombramos anteriormente, es por sus características vulnerable tanto a los cambios propios como a los del entorno.

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

- Determinar qué factores influyen sobre el conocimiento de las ITS en adolescentes entre 15 a 18 años de edad en un liceo público y privado en el período comprendido entre Agosto-Setiembre 2010.

Objetivos Específicos

- Caracterizar la población de estudio.
- Identificar las fuentes de información sobre las ITS que posee la población de estudio.
- Establecer si el adolescente aplica la información sobre las ITS para la prevención de las mismas.
- Analizar cuál de los factores ejerce mayor influencia en el conocimiento de las ITS.
- Comparar el conocimiento que poseen los adolescentes sobre las ITS entre las poblaciones abordadas.

Marco Conceptual

Comenzando con este marco teórico, debemos describir el significado del término **hombre**, ya que es el sujeto de nuestra investigación. “Este tiene varias acepciones, puede utilizarse para referirse a los **homínidos**, a cualquier varón de la especie humana o, en un ámbito histórico, a los humanos en general, sin distinción de género”.

En su uso habitual, la palabra hombre identifica a las personas que pertenecen al género masculino. También se utiliza el término varón para designar biológicamente al macho humano, pero la palabra hombre abarca un mayor número de conceptos.

Siguiendo dentro del mismo género describiremos el término **Adolescencia**, ya que será la población a trabajar en nuestra investigación, esta hace referencia a la edad que sucede a la niñez y que abarca desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo es conocida como **adolescencia**. El término proviene de la palabra latina *adolescencia*, cabe destacar que la adolescencia no es lo mismo que la pubertad, la cual comienza a una edad determinada debido a los cambios hormonales. La adolescencia varía su duración en cada **persona**.

De acuerdo a la **OMS (*)**, una de cada cinco personas en el mundo es adolescente.

Entre los principales cambios que experimenta una persona en su adolescencia, aparecen el desarrollo del pensamiento abstracto y formal, el establecimiento de la identidad sexual y la solidificación de amistades con la probable experimentación grupal con las bebidas alcohólicas, el cigarrillo e incluso las drogas. Lo que promueve aún más nuestra participación, y abordaje por parte del personal de enfermería.

Continuamos definiendo el término **salud** ya que será lo que trataremos de valorar mediante nuestro trabajo. La **OMS** en su Constitución de 1948, define “salud como el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales.

Una definición más dinámica de salud podría añadir que es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad.

Ahora definiremos **promoción de la salud**, la cual es una función vital de nuestra profesión, ésta según la carta de Ottawa en 1986 consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma. En 1990 para la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** es concebida, cada vez en mayor

(*) Ver Listado de Siglas

grado, como la suma de las acciones de la población, los [servicios de salud](#), las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores [condiciones de salud](#) individual y colectiva.

La promoción de la salud se nutre de muchas disciplinas y crea una innovadora teoría y práctica de salud pública que permite cumplir con metas y objetivos sociales, como conseguir comunidades e individuos que actúen más “salutogénicamente”, alcanzando mayor bienestar con equidad social y mejorando su calidad de vida. Los Principios básicos para la promoción de la salud según la OMS son, implicar a la población en su conjunto y en el contexto de su vida diaria, en lugar de dirigirse a grupos de población con riesgo de enfermedades específicas, centrarse en la acción sobre las causas o determinantes de la salud para asegurar que el ambiente que está más allá del control de los individuos sea favorable a la salud, combinar métodos o planteamientos diversos pero complementarios, incluyendo comunicación, educación, legislación, medidas fiscales, cambio organizativo y desarrollo comunitario, aspirar a la participación efectiva de la población, favoreciendo la autoayuda y animando a las personas a encontrar su manera de promocionar la salud de sus comunidades.

Aunque la promoción de la salud es básicamente una actividad del ámbito de la salud y del ámbito social, y no un servicio médico, los profesionales sanitarios, especialmente los de atención primaria, desempeñan un papel importante en apoyar y facilitar la promoción de la salud.

Las Áreas de acción establecidas en la Carta de Ottawa en la promoción de la salud son, construir políticas públicas saludables, debe formar parte de los temas y de la agenda política, los sectores involucrados en la generación de políticas deben estar conscientes de las implicaciones a la salud de sus decisiones. Para ello el activismo social es crucial, crear ambientes que favorezcan la salud. Los medios ambientes físicos y sociales influyen en la salud. Pueden influir directamente como cuando hay químicos nocivos en el ambiente o bien indirectamente, como cuando promueven ciertos hábitos de alimentación. Un ejemplo es el concepto de ambiente obesigénico, reforzar la acción comunitaria. La participación activa de la comunidad se puede dar en la definición de prioridades, de programas de acción, la toma de decisiones y la ejecución de los programas de promoción. Sin esta acción comunitaria, se puede caer en programas asistencialistas, que no son promoción de la salud, desarrollar habilidades personales. Mediante el aprendizaje, el desarrollo de aptitudes y conductas en la población, también se puede realizar promoción de la salud. Estas actividades se pueden realizar a través de ciertos canales, como las escuelas, los lugares de trabajo y la familia.

Reorientar los servicios de salud. Existía o existe un énfasis en la atención médica curativa, la atención secundaria y terciaria de la salud. Esto se puede ver en los presupuestos, en la distribución del personal y en otros indicadores. Es necesario que los servicios y los sistemas de salud se reorienten hacia atención promotora de la salud y a la atención primaria.

Habiendo hablado de promoción de la salud, debemos hacer referencia a la prevención de la enfermedad, por la estrecha relación que tiene con el concepto de prevención, es muy frecuente que la promoción de la salud se confunda con este concepto o se le asemeje. Al respecto, Milton Terris (1991: 2-3) plantea: “la razón para la confusión que ahora presenciamos nace de la publicación Gente Sana, Informe del Cirujano General sobre promoción de la salud y prevención de la enfermedad, 1979. Existe inconsistencia en estas apreciaciones; la prevención también empieza con personas que están sanas. Además la promoción de la salud se interesa más allá de los estilos de vida; ella incluye como dijo Sigerist, “un nivel adecuado de vida, buenas condiciones de trabajo, educación, actividad física, descanso y recreación”. Aunque el capítulo 10 se titula “Promoción de la Salud” se refiere fundamentalmente a la prevención de la enfermedad a través de programas como cesación de fumar, reducción del abuso del consumo de alcohol y de drogas, mejoramiento de la nutrición, ejercicio físico y actividad física y control del estrés. Aún en estas tres últimas áreas, las cuales están verdaderamente relacionadas con la salud positiva, el énfasis mayor se hace en la prevención de la “enfermedad”.

A pesar de que la frontera entre estos conceptos es difícil de determinar en la práctica diaria, cuando se realizan acciones para evitar que se produzca determinada enfermedad, se está haciendo prevención. El desarrollo de acciones orientadas a causar impacto en las condiciones sociales de la población o en su bienestar general, sin actuar en función de enfermedades concretas sino más bien por la salud positiva, es en esencia la promoción de la salud. Sencillamente es promover Salud, teniendo claro que también, de ésta manera, se previene la enfermedad. Existen tres niveles de prevención que los pasaremos a detallar.

Al primer nivel se le denomina Prevención Primaria, ya que son conjunto de actividades sanitarias que se realizan tanto por la comunidad o los gobiernos como por el personal sanitario antes de que aparezca una determinada enfermedad. Comprende: 1) La **promoción de la salud**, que es el fomento y defensa de la salud de la **población** mediante acciones que inciden sobre los individuos de una comunidad, como por ejemplo las campañas antitabaco para prevenir el **cáncer de pulmón** y otras enfermedades asociadas al tabaco, 2) La **protección específica de la salud** como por ejemplo la sanidad ambiental y la higiene alimentaria. Las actividades de promoción y protección de la salud que inciden sobre el **medio ambiente** no las ejecuta el médico ni la enfermera, sino otros profesionales de la salud pública, mientras que la **vacunación** sí las realiza el médico y enfermera y 3) La **quimioprofilaxis**, que consiste en la administración de fármacos para prevenir enfermedades como por ejemplo la administración de estrógenos en mujeres menopáusicas para prevenir la osteoporosis.

Según la **OMS**, uno de los instrumentos de la promoción de la salud y de la acción preventiva es la **educación para la salud**, que aborda además de la transmisión de la información, el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La educación para la salud incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y

ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitario.

Al segundo nivel se le denomina **Prevención secundaria** o también se le denomina diagnóstico precoz, cribado, o *screening*. Un programa de detección precoz es un programa **epidemiológico** de aplicación sistemática o universal, para detectar en una población determinada y asintomática, una enfermedad grave en estadio inicial o precoz, con el objetivo de disminuir la **tasa de mortalidad** y puede estar asociada a un tratamiento eficaz o curativo. La prevención secundaria se basa en los cribados poblacionales y para aplicar estos han de darse unas condiciones predeterminadas definidas en 1975 por Frame y Carslon para justificar el *screening* de una patología.

Que la enfermedad represente un problema de salud importante con un marcado efecto en la calidad y duración del tiempo de vida.

Que la enfermedad tenga una etapa inicial asintomática prolongada y se conozca su historia natural.

Que se disponga de un **tratamiento** eficaz y aceptado por la población en caso de encontrar la enfermedad en estado inicial.

Que se disponga de una prueba de cribado rápida, segura, fácil de realizar, con alta sensibilidad, especificidad, alto valor predictivo positivo, y bien aceptada por médicos y pacientes.

Que la prueba de cribado tenga una buena relación coste-efectividad.

Que la detección precoz de la enfermedad y su tratamiento en el periodo asintomático disminuya la morbilidad y mortalidad global o cada una de ellas por separado.

Al tercer y último nivel se le denomino **Prevención terciaria** que se basa en el restablecimiento de la salud una vez que ha aparecido la enfermedad. Es aplicar un tratamiento para intentar curar o paliar una enfermedad o unos **síntomas** determinados. El restablecimiento de la salud se realiza tanto en atención primaria como en atención hospitalaria. También se encuentra dentro de Prevención terciaria cuando un individuo, en base a las experiencias, por haber sufrido anteriormente una enfermedad o contagio, evita las causas iniciales de aquella enfermedad, en otras palabras evita un nuevo contagio basado en las experiencias previamente adquiridas. La prevención es el mejor método que tienen las empresas aseguradoras de planes de beneficios para equilibrar y hacer viables sus modelos de aseguramiento.

Como profesionales de la salud que somos, debemos describir la disciplina que nos convoca, la **Enfermería**: es una disciplina científica encaminada a fortalecer la capacidad reaccional del ser humano (persona, familia o grupo de población)” INDE 1993(*). La **Disciplina** “Es un área de investigación y de práctica, marcada por una perspectiva única, o por una manera distinta de examinar los fenómenos” (Ann Marriner

- Tomey, 1995). “El producto de la reflexión sobre las ideas, hechos y circunstancias (reflexión teórica, práctica y situacional) relacionadas con el proceso optimizador de las necesidades de salud que garantizan la integridad y la armonía de todas y cada una de las etapas que constituyen la vida humana” (Ann Marriner- Tomey, 1995).

Enfocándonos ya en los términos centrales de nuestra investigación hacemos referencia a la **sexualidad** siendo esta el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológico-afectivas que caracterizan cada sexo. También es el conjunto de fenómenos emocionales y de conducta relacionados con el sexo, que marcan de manera decisiva al ser humano en todas las fases de su desarrollo.

Durante siglos se consideró que la sexualidad en los animales y en los hombres era básicamente de tipo instintivo. En esta creencia se basaron las teorías para fijar las formas no naturales de la sexualidad, entre las que se incluían todas aquellas prácticas no dirigidas a la procreación.

Sin embargo, hoy se sabe que también algunos mamíferos muy desarrollados, como los delfines o algunos pingüinos, presentan un comportamiento sexual diferenciado, que incluye, además de homosexualidad (observada en más de 1500 especies de animales),¹ variantes de la masturbación y de la violación. La psicología moderna deduce, por tanto, que la sexualidad puede o debe ser aprendida. Continuando en este sentido debemos nombrar la salud sexual y reproductiva que es definida por la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** como "un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud"

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha definido la salud sexual como "la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad."

Ambos organismos consideran que, para que pueda lograrse y mantenerse la salud sexual, deben respetarse los **derechos sexuales** de todas las personas. En efecto, para lograrla, la OMS asegura que se requiere un "enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia."

Es conveniente diferenciar la **salud sexual**, enfocada a la salud en las relaciones sexuales y la **salud reproductiva** enfocada a la reproducción sexual y a la procreación.

A pesar de las grandes diferencias existentes en la región en cuanto a la conceptualización y acciones referentes a esta temática, deben resaltarse las iniciativas realizadas hasta la fecha. En algunos países se han llegado a implementar servicios y programas a nivel gubernamental. No obstante, este tema aún genera conflictos por los tabúes y mitos existentes, tales como que brindar educación y atención en esta área generará libertinaje y no libertad; que aumentarán las relaciones coitales no protegidas y

la precocidad sexual. Este fenómeno puede ocasionar que este tipo de programas pierdan continuidad y respaldo político.

En este sentido, se aprecia la necesidad de crear espacios de discusión sobre este tema, siendo esto una cuestión clave para el diseño de políticas de juventud.

Asimismo, existe consenso en resaltar el deber de respetar la sexualidad del ser humano y la libertad en sus opciones y decisiones.

La **salud sexual** y la salud reproductiva (que involucra aspectos de carácter biológico, psicológico, sociológico y cultural), por tanto, debe basarse en tres principios: individualización (tomar en consideración las diferencias individuales); respeto a la dignidad humana (valores personales y de grupo); libre determinación (frente a las alternativas existentes, es la persona quien decide en última instancia).

Todos los seres humanos tenemos derechos vitales que nos son inherentes e inviolables, entre ellos se hallan las prerrogativas sexuales. Habiendo mencionado los términos anteriores, debemos dejar en claro los derechos sexuales y reproductivos, teniendo en cuenta que la sexualidad es una parte integral de la personalidad de todo ser humano. Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, intimidad, placer, ternura y amor.

Los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todos los seres humanos. Y dado que la salud es un derecho humano fundamental, la salud sexual debe ser un derecho humano básico, pues es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social.

Para asegurar el desarrollo de una sexualidad saludable en los seres humanos y las sociedades, los derechos sexuales siguientes deben ser reconocidos, respetados, ejercidos, promovidos y defendidos por todas las sociedades con todos sus medios.

Derecho a la libertad sexual: establece la posibilidad de la plena expresión del potencial sexual de los individuos y excluye toda forma de coerción, explotación y abuso sexual en cualquier etapa y situación de la vida.

Derecho a la autonomía, a la integridad y a la seguridad sexual del cuerpo: incluye la capacidad de tomar decisiones autónomas sobre la propia vida sexual en un contexto de ética personal y social; están incluidas también la capacidad de control y disfrute de nuestros cuerpos, libres de tortura, mutilación o violencia de cualquier tipo.

Derecho a la privacidad sexual: legitima las decisiones y conductas individuales realizadas en el ámbito de la intimidad, siempre y cuando no interfieran con los derechos sexuales de otros.

Derecho a la igualdad sexual: se opone a cualquier forma de discriminación relacionada con el sexo, género, preferencia sexual, edad, clase social, grupo étnico, religión o limitación física o mental.

Derecho al placer sexual: prerrogativa al disfrute y goce sexual (incluyendo el autoerotismo), fuente de bienestar físico, intelectual y espiritual.

Derecho a la expresión sexual emocional: abarca más allá del placer erótico o los actos sexuales y reconoce la facultad a manifestar la sexualidad a través de la expresión emocional y afectiva como el cariño, la ternura y el amor.

Derecho a la libre asociación sexual: permite la posibilidad de contraer o no matrimonio, de divorciarse o de establecer cualquier otro tipo de asociación sexual responsable.

Derecho a la toma de decisiones reproductivas libres y responsables: comprende el derecho a decidir tener hijos o no, el número y el tiempo a transcurrir entre cada uno, y el acceso pleno a los métodos para regular la fecundidad.

Derecho a la información sexual basada en el conocimiento científico: demanda que la información sexual sea generada a través de procesos científicos y éticos, que sea difundida de forma apropiada y que llegue a todas las capas sociales.

Derecho a la educación sexual integral: solicita la impartición de la educación sexual durante toda la extensión de la vida, desde el nacimiento hasta la vejez, y exhorta a la participación de todas las instituciones sociales.

Derecho a la atención de la salud sexual: conlleva la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones, enfermedades y trastornos sexuales.

LOS DERECHOS SEXUALES SON DERECHOS HUMANOS FUNDAMENTALES Y UNIVERSALES.

(Declaración del XIII Congreso Mundial de Sexología, 1997, Valencia, España. Revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología (WAS) el 26 de agosto de 1999 en el XV Congreso Mundial de Sexología, Hong Kong, República Popular China.)

Cuando hablamos de salud sexual y reproductiva, lo primero que pensamos es en el sexo femenino, pero se involucro al hombre como tal, ya que las mujeres han sido tanto el grupo objetivo como las beneficiarias de los programas nacionales e internacionales de planificación familiar y salud reproductiva. En el ámbito de la salud, los formuladores de políticas, los planificadores y los proveedores de servicios han pasado por alto el papel influyente que los hombres desempeñan en la salud sexual y reproductiva (SSR) de sus familias, especialmente de sus parejas sexuales. El no incorporar a los hombres en los programas de promoción, prevención y atención de la SSR (*) ha tenido una grave repercusión sobre su salud, la salud de las mujeres y el éxito de los mismos programas.

La participación de los hombres en la SSR, no solo mejora la salud de las mujeres, sino también, como lo han afirmado investigadores y promotores, es esencial para su propia salud y bienestar.

Las razones principales para el interés creciente en la participación de los hombres en la SSR son, el reconocimiento del rol influyente de los hombres en la Sexualidad y la reproducción; el reconocimiento que los hombres tienen sus propias necesidades y demandas de SSR; concientización de que las relaciones de género desiguales afectan a la SSR de mujeres y hombres; Mayor evidencia de los efectos negativos, principalmente sobre las mujeres y los niños/as, comportamiento riesgoso de los hombres; Preocupación por el aumento de las tasas de ITS e infección por el VIH/SIDA; El deseo de prevenir los embarazos no deseados o no planificados mediante el mayor uso de métodos más eficaces de planificación familiar y las Solicitudes de las mismas mujeres para incorporar a sus parejas en la promoción, la educación y la prestación de servicios de SSR, en particular el embarazo y parto.

Nosotros nos preguntamos ¿porque los hombres no participan más en este tema? Y vemos que Varios factores se combinan para limitar la participación de los hombres en la SSR, Los roles de género - masculinidad y feminidad - se asimilan en la niñez, cuando los niños/as aprenden que la sociedad tiene diferentes expectativas para cada uno de ellos. La masculinidad incluye un conjunto estricto de normas que influyen en el comportamiento y las actitudes de los hombres respecto a la SSR.

La virilidad de un hombre es medido por sus conquistas sexuales, el número de sus hijos, y por el comportamiento de las mujeres en su círculo familiar/social (la esposa, las novias, las hijas, la madre etc.);

En América Latina y el Caribe, la iniciación sexual en general empieza más temprano para los hombres que para las mujeres, y los adolescentes varones tienen que probar constantemente su virilidad mediante su actividad sexual. Los hombres jóvenes y adultos frecuentemente ven la iniciación y las relaciones sexuales como una manera de demostrar que son "hombres" y para ganar estatus en su grupo social, en lugar de verlas como una oportunidad para la intimidad.

Detallando ahora algunos datos recabados de una encuesta realizada por la OMS, se observo que la edad promedio para las relaciones prematrimoniales masculinas varía desde 12,7 años en Jamaica a 16,0 años en Santiago de Chile.

Un estudio costarricense reveló que un 99% de las mujeres alegaron haber tenido no más de cinco parejas sexuales en su vida, mientras un 55% de los hombres declararon seis o más.

En las encuestas de adolescentes de 15 a 24 años de edad realizada en 15 ciudades de ALC, menos de lo 26% pudo identificar la fase del ciclo menstrual en la cual una mujer tiene probabilidad de concebir.

En Argentina, 42% de jóvenes entrevistados de escuela secundaria dijeron que su primera experiencia sexual fue con una trabajadora del sexo comercial.

Un estudio de parejas bolivianas encontró que la mayoría de hombres y mujeres tenían actitudes positivas hacia la planificación familiar, pero sólo la mitad de las parejas habían discutido entre sí sobre el número de niños que deseaban.

La investigación en cuatro ciudades capitales en América Latina encontró que entre un 22% y 55% de los hombres estuvieron de acuerdo con la afirmación que los hombres no pueden decir "no" a las relaciones sexuales.

Aproximadamente 1,4 millones de personas en América Latina, y 420.000 personas en el Caribe están viviendo con el VIH/SIDA.

La Encuesta nacional de salud masculina en Honduras (1998) encontró que en los 12 últimos meses un 50,6% de los hombres habían usado un servicio de salud, pero de estos, el porcentaje mayor se fue a una farmacia (24%), o a un curandero (7%).

El compromiso para involucrar a los hombres tanto en la salud sexual y reproductiva como en la igualdad de género se contrajo por primera vez en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (Cairo 1994): El objetivo es promover la igualdad de género en todas las esferas de la vida, incluida la vida familiar y Comunitaria, y alentar a los hombres a que se responsabilicen de su comportamiento sexual y reproductivo y a que asuman su función social y familiar.

Haciendo referencia ahora a los Derechos reproductivos y a la salud reproductiva, podemos decir que esta es un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y con sus funciones y procesos. Ello lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y tener acceso a métodos de su elección seguros, eficaces, aceptables y económicamente accesibles en materia de planificación de la familia, así como a otros métodos de su elección para la regulación de su fecundidad, que no estén legalmente prohibidos, y el derecho de la mujer a tener acceso a los servicios de atención de la salud que propicien los embarazos y los partos sin riesgos. La atención de la salud reproductiva incluye la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales.

Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales de derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas, aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el momento de tenerlos, y a disponer de la información y de los medios necesarios para ello, y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye el derecho de todas las personas a adoptar decisiones en relación con la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia. Se debe prestar plena atención a la promoción de relaciones de respeto mutuo

e igualdad entre hombres y mujeres, y particularmente a la satisfacción de las necesidades adicionales y de servicios de los adolescentes con objeto de que puedan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable.

Se exhorta a todos los países a que se esfuercen por facilitar los servicios de salud reproductiva, mediante el sistema de atención primaria de la salud, a todas las personas de edad apropiada lo antes posible y a más tardar para el año 2015. Esa atención debería incluir, entre otras cosas: asesoramiento, información, educación, comunicaciones y servicios en materia de planificación de la familia; educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgos, y atención después del parto, en particular la atención de la salud materno infantil y la promoción de la lactancia materna; prevención y tratamiento de la infertilidad, interrupción del embarazo, tratamiento de las infecciones del aparato reproductor, las enfermedades de transmisión sexual y otras afecciones de la salud reproductiva, e información, educación y asesoramiento en materia de sexualidad humana, salud reproductiva y paternidad responsable.

Deberían prepararse programas de atención de la salud reproductiva para atender a las necesidades de las mujeres y las adolescentes, que entrañaran la participación de la mujer en la dirección, la planificación, la adopción de decisiones, la gestión, la ejecución, la organización y la evaluación de los servicios. Deberían elaborarse programas innovadores para que los adolescentes y los hombres adultos tuvieran acceso a información, asesoramiento y servicios de salud reproductiva. Esos programas deben educar y facultar al hombre para que comparta por igual las responsabilidades de la planificación de la familia y las labores domésticas y de crianza de los hijos y acepte la importante responsabilidad de prevenir las enfermedades de transmisión sexual.

Enmarcándonos dentro del mismo tema debemos hablar de Planificación familiar, Se recomienda que se adopten medidas para ayudar a las parejas y a las personas a alcanzar sus objetivos de procreación; prevenir los embarazos no deseados y reducir la incidencia de los embarazos de alto riesgo y la morbi- mortalidad; facilitar el acceso a servicios de calidad que sean aceptables y económicamente accesibles para todos los que los necesitan y desean recibirlos; mejorar la calidad de los servicios de asesoramiento, información, educación, comunicaciones y orientación, y promover la lactancia materna para favorecer el espaciamiento de los nacimientos. Se destaca que los gobiernos y la comunidad internacional deberían utilizar todos los medios de que dispusieran para apoyar el principio de elección voluntaria en materia de planificación de la familia. Como parte del esfuerzo encaminado a satisfacer las necesidades no atendidas, se pide a todos los países que determinen y eliminen todas las barreras importantes que todavía existen para la utilización de los servicios de planificación de la familia. Se insta a los gobiernos a que proporcionen, por todos los conductos posibles, un entorno propicio para el suministro de servicios de información de alta calidad en materia de planificación de la familia y salud reproductiva, en los sectores público y privado. Se insta a la comunidad internacional a que adopte de inmediato medidas encaminadas a establecer un sistema eficaz de coordinación y servicios a nivel mundial, regional y subregional para la adquisición de anticonceptivos y otros productos indispensables para

los programas de salud reproductiva de los países en desarrollo y los países con economías de transición.

Ahora debemos involucrar un término muy importante que es el de **Educación** que cumple un rol vital dentro de la sociedad, este término proviene del **latín** *educere* “guiar, conducir” o *educare* “formar, instruir”) puede definirse como:

El proceso multidireccional mediante el cual se transmiten **conocimientos**, **valores**, **costumbres** y formas de actuar. La educación no sólo se produce a través de la **palabra**: está presente en todas nuestras acciones, sentimientos y actitudes.

El proceso de vinculación y **concienciación cultural**, **moral** y **conductual**. Así, a través de la educación, las nuevas generaciones asimilan y aprenden los conocimientos, normas de conducta, modos de ser y formas de ver el mundo de generaciones anteriores, creando además otros nuevos.

Proceso de **socialización** formal de los individuos de una **sociedad**.

La educación se comparte entre las personas por medio de nuestras ideas, cultura, conocimientos, respetando siempre a los demás. Ésta no siempre se da en el aula.

Existen tres tipos de educación: la formal, la no formal y la informal. La educación formal hace referencia a los ámbitos de las escuelas, institutos, universidades, módulos, mientras que la no formal se refiere a los cursos, academias, etc. y la educación informal es aquella que abarca la formal y no formal, pues es la educación que se adquiere a lo largo de la vida.

Siguiendo el hilo conductor de este marco teórico hacemos referencia ahora al significado del conocimiento, ya que es lo que a nosotros nos interesa como parte fundamental del trabajo de investigación.

El **conocimiento** puede ser entendido de diversas formas: como una contemplación, como una asimilación o como una creación. Es una contemplación porque conocer es ver, una asimilación porque es nutrirse y es una creación porque es engendrar. Para el mundo griego es una contemplación, para el mundo medieval es una asimilación y para el mundo moderno es una creación. Los tres representantes de estas concepciones son Platón, Santo Tomas y Hegel, respectivamente.

El origen, el valor y el objeto del conocimiento también son entendidos de distintas formas.

El origen del conocimiento para los racionalistas está en el espíritu humano, para los empiristas en la experiencia, para los críticos en un principio donde entra la razón y la experiencia.

El valor del conocimiento para el dogmatismo no tiene límites, cree que los hombres pueden conocer la realidad tal cual es. Para el escepticismo, todo conocimiento depende de las circunstancias o del individuo, falta un criterio absoluto de la verdad. Los

positivistas limitan el valor del conocimiento a la experiencia. Las concepciones acerca del objeto del conocimiento dividen a las ciencias en formales y de la realidad, pero eso lo veremos más adelante en la clasificación de las ciencias.

Habiendo mencionado el conocimiento, debemos hablar de información que es la manera de obtener el conocimiento, por lo tanto entendemos que la información en sentido general, es un conjunto organizado de datos procesados, que constituyen un mensaje sobre un determinado ente o fenómeno. Los datos se perciben, se integran y generan la información necesaria para producir el conocimiento que es el que finalmente permite tomar decisiones para realizar las acciones cotidianas que aseguran la existencia.

En general la información tiene una estructura interna y puede ser calificada según varios aspectos:

Significado (semántica): ¿Qué quiere decir?

Importancia (relativa al receptor): ¿Trata sobre alguna cuestión importante?

Vigencia (en la dimensión espacio-tiempo): ¿Es actual o desfasada?

Validez (relativa al emisor): ¿El emisor es fiable o puede proporcionar información no válida (falsa)?

Valor (activo intangible volátil): ¿Cómo de útil resulta para el destinatario?

Polimorfismo: ¿En qué forma (o formato) se presenta la información?

Continuando con los temas profundizados en nuestro trabajo de investigación, debemos nombrar el término **Religión**, el cual juega un rol muy importante dentro de la salud sexual y reproductiva y en el conocimiento o no de las infecciones de transmisión sexual.

La **religión** es un sistema de la actividad humana compuesto por creencias y prácticas acerca de lo considerado como divino o sagrado, tanto personales como colectivas, de tipo existencial, moral y espiritual. Se habla de “religiones” para hacer referencia a formas específicas de manifestación del fenómeno religioso, compartidas por los diferentes grupos humanos. Hay religiones que están organizadas de formas más o menos rígidas, mientras que otras carecen de estructura formal y están integradas en las tradiciones culturales de la sociedad o etnia en la que se practican. El término hace referencia tanto a las creencias y prácticas personales como a ritos y enseñanzas colectivas.

Otro concepto importante a destacar es el de Cobertura Médica, la cual tiene un papel fundamental a la hora de la asistencia en caso de necesitarla. El análisis de la cobertura de los servicios de salud puede tener diversos aspectos. Por un lado existe la “cobertura financiera”, es decir, la capacidad de pago o el derecho que tiene la población por pertenecer a sistemas de seguros que se hacen cargo de financiar la atención. En

realidad esa cobertura financiera no se refiere a la verdadera atención recibida por la población, sino a la “capacidad” de la población de tener acceso a la atención en función de su capacidad de pago. La cobertura también se puede analizar sobre la base de la oferta de los servicios. En este caso se relacionan el número y el tipo de servicios de atención con el tamaño de la población. El análisis de la “cobertura según la oferta de servicios” tampoco mide la verdadera utilización de los servicios, sino más bien la “capacidad” de la estructura de salud de brindarlos a la población en función de la disponibilidad y accesibilidad geográficas. Una tercera forma de analizar la cobertura consiste en estudiar la utilización de los servicios por parte de la población, y en este caso es válido el concepto de "cobertura verdadera". Los indicadores para la medición proceden de relacionar las necesidades de atención de una población con la verdadera utilización de servicios. Por ejemplo, en el análisis de la cobertura de inmunización se estudia la relación entre la población que necesita recibir determinado tipo de vacuna y la población que verdaderamente la recibe en el tiempo y la forma adecuados.

Con esta misma lógica se pueden y deben crear indicadores de cobertura para cualquier acción de salud orientada a la atención integral de un grupo de población. En el análisis de la cobertura de la atención de la mujer embarazada, del niño en edad preescolar y de la atención del trabajador, o en el de la cobertura para el control integral de enfermedades específicas, como la diabetes mellitus o las enfermedades cardiovasculares, los indicadores de cobertura verdadera se derivan de la relación entre la población que necesita atención y la utilización de los servicios por esa población, de acuerdo con las normas de atención integral que se definan en cada caso.

En este sentido, el estudio de la cobertura verdadera total procede del análisis de las distintas coberturas alcanzadas en grupos de población definidos por medio de acciones de salud específicas orientadas a sus necesidades prioritarias. Lamentablemente, en la mayoría de los países no existen sistemas de información de salud que permitan realizar este tipo de análisis integral y total de la verdadera cobertura alcanzada. Mientras no se disponga de esos sistemas, los estudios de la cobertura total tendrán que apoyarse en datos sobre coberturas específicas provenientes de programas de acción prioritarios.

Debemos decir que en nuestro país la cobertura de salud se divide en la rama privada y la rama pública. El sistema uruguayo de salud es una compleja articulación de agencias públicas y privadas. Históricamente, se puede distinguir, por un lado, el sistema privado (las “mutualistas”) que cubría la atención de las clases medias y altas, y con el tiempo también parte de la clase trabajadora. Por el otro, el sistema público, que cubría a quienes no podían pagar las mutualistas. En las décadas de los 60 y 70, mediante acuerdos bilaterales entre agencias estatales y mutualistas, se creó un sistema por el cual los empleados estatales podían, con un pequeño descuento, hacerse socios de una sociedad médica privada. El Estado empezó así a subsidiar el sector mutua y los costos de la atención de salud de sus empleados. En los años 70 algunas leyes y acuerdos tripartitos abrieron la puerta a acuerdos similares para la primera categoría de trabajadores privados.

En 1984 el mecanismo se hizo universal al adquirir la última categoría de trabajadores (rurales y domésticos) del sector formal el derecho de asociarse a una mutualista. Este seguro de salud obligatorio fue administrado por un nuevo organismo estatal, la Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad (DISSE), que jugaba el rol de mediador entre el trabajador y la sociedad privada elegida. Para 1988, según el Ministro de Salud Pública, 1.400.000 personas estaban asociadas al sistema mutual. El sistema público continuó atendiendo alrededor de un millón de personas, y, si se agregan algunas instancias privadas o públicas (hospital militar, servicios médicos de las empresas estatales), se alcanza prácticamente una completa cobertura de la población.

La implementación de los acuerdos entre el Estado y las mutualistas, y la posterior creación de DISSE aumentaron la cobertura de atención de salud con una fuerte inclinación redistributiva (la cantidad de dinero del salario que se paga para pertenecer a una mutualista es proporcional a ese salario). Pero, dado el aumento de los costos para el usuario en el co-pago ideado para controlar el uso de los consumidores, no es tan claro qué proporción de los sectores populares incorporados al sistema pudo hacer e hizo uso del sistema.

Este proceso de incorporación de nuevos sectores también introdujo tensiones en las mutualistas, que padecían problemas financieros antes de que este sistema fuera implementado: la incorporación masiva de nuevos socios a través de DISSE aumentó los problemas y la solución fue un fuerte subsidio estatal para sostener el funcionamiento del sistema mutual. Aunque la cobertura en los servicios de mayor calidad aumentó, la calidad de los mismos disminuyó al masificarse y perder recursos. Algunos costos fueron trasladados a los socios de las mutualistas bajo la forma de aumentos en tickets médicos y trámites.

En los años 80 apareció una tercera forma de servicio médico: las unidades de emergencia médica privada. Estos servicios también usaron una cuota mensual pre-paga que permitía matrículas muy bajas al redistribuir costos y riesgos. Una porción grande de las clases medias y prácticamente todas las clases medio-altas y altas se asociaron a ellos.

El resultado final es que en el país ha emergido un sistema estratificado de tres franjas: aquellos que no pueden pagar atención de salud o pueden pagar muy poco y terminan en un sistema público estancado o en declive; aquellos que sólo pagan un sistema mutual en franco deterioro; y quienes son socios de una mutualista pero pueden además pagar y elegir los nuevos servicios de emergencia y asistencia médica. El continuo deterioro de la calidad de los sistemas público y mutual ha generado en fecha reciente una cuarta franja: los seguros privados y la atención puramente privada. Actualmente y a partir del año 2008 se implementó un nuevo sistema de salud el cual abarca toda la población y el cual sustituye al sistema anterior. El mismo cuenta con los siguientes lineamientos:

Estos Lineamientos de la reforma de salud surgen a partir de las definiciones programáticas del gobierno nacional en la materia y se desarrollaron en el marco de la

discusión amplia del Ministerio de Salud Pública con los actores de involucrados, nucleados en el Consejo Consultivo para el Cambio en Salud.

Esta versión síntesis es un avance para la profundización de la reforma y un antecedente para la construcción de la ley sobre el Sistema Nacional Integrado de Salud y el Seguro Nacional de Salud.

Principios

Esta reforma se propone universalizar el acceso a la salud, dar justicia en el mismo, equidad en el gasto y el financiamiento de ésta, calidad asistencial y devolver la sustentabilidad al sistema.

Un primer eje es el cambio en el modelo de atención a la salud hacia una orientación que privilegie la atención integral que implica acciones de promoción de salud, de prevención, protegiendo de riesgos específicos, de asegurar la capacidad de diagnosticar en forma precoz enfermedades y su oportuno tratamiento, la mas adecuada recuperación de la salud, la rehabilitación de secuelas y dispensarización del crónico y que proporciones cuidados paliativos. Estas actividades se desarrollarán en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud y asegurando la mayor capacidad resolutive del primer nivel de atención y la satisfacción de los uruguayos.

Un segundo aspecto se refiere al rol del MSP como el responsable de conducir el proceso de construcción del sistema y de ejercer efectivamente la rectoría del sistema de salud en la definición de las políticas de salud, de las normas que orientan y regulan los diferentes programas de salud, el registro y la habilitación de los efectores de salud, regulación y contralor de los mismos, la policía sanitaria y la definición de las prestaciones a que estarán obligados los prestadores de servicios que integren el SNIS.

Un tercer aspecto se refiere al cambio en el sistema de gasto y financiamiento asegurando cobertura universal, equidad y solidaridad a través de un Seguro Nacional de Salud.

Derechos de los usuarios

El Sistema Nacional Integrado de Salud dará acceso universal a todos los residentes en Uruguay. Ello significa que todas las personas tendrán derecho a una prestación integral (PIP) de calidad homogénea y en las condiciones que defina la reglamentación de la propia ley.

Desde el nacimiento a la muerte y con todos los componentes desde la promoción, prevención, atención y rehabilitación.

Los usuarios tendrán derecho a la libre elección, a la información asistencial y económico financiera de resultados de todas las instituciones prestadoras de salud, a la participación en la gestión de las instituciones públicas y privadas, a la participación en los organismos de dirección de la reforma y a la libre elección entre los prestadores integrales de salud.

Fondo Nacional de Salud.

Los cambios propuestos en el actual sistema de financiamiento de la salud se basan en la justicia distributiva. A tales efectos se ha decidido la creación de una comisión conjunta de los Ministerios de Salud y de Economía para analizar las formas de la integración y convergencia de los aspectos de aportación del Seguro Nacional de Salud y el Impuesto a la Renta de las Personas Físicas de la Reforma Tributaria.

Desde el punto de vista de la implementación del Seguro Nacional de Salud (SNS) se definirá la creación de un Fondo Nacional de Salud (FNS)

Dicho FNS recibirá y administrará los recursos que se destinan al pago de los prestadores integrales para dar cobertura del Plan Integral de Prestaciones (PIP).

Por un lado aportarán al FNS, de manera obligatoria, todos los residentes del país mayores de 18 años, aportando un porcentaje de sus ingresos con un mínimo no

imponible y a partir de dicho valor tasas progresionales, es decir crecientes según el tamaño de la familia y el nivel de los ingresos. En el caso de los hijos menores de 18 años, éstos se adscribirán a la afiliación del padre que aporte mayores ingresos al Fondo. En segundo lugar el gobierno nacional aportará al FNS a través de las asignaciones presupuestales previstas en los organismos que tienen hoy asignado gasto en salud. En tercer lugar las empresas privadas y públicas, así como la administración central aportarán al FNS un % sobre su masa salarial, tomando como referencia el actual aporte patronal a la ex- DISSE del BPS.

Etapas de la transición

Para el proceso de integración de usuarios de salud al FNS, se entiende necesario recorrer un camino de transición basado en:

- a) Ampliar la cantidad de beneficiarios del seguro de enfermedad del BPS (ex DISSE), extendiendo el mismo a los trabajadores del sector público y sus familiares, a los familiares de los activos cotizantes, jubilados, trabajadores de otras cajas como la bancaria y otros. En este proceso se debe dar flexibilidad a la asignación de esos nuevos usuarios a diferentes prestadores de salud. En esta etapa se unificarán dichos fondos con los que surgen del gasto público en salud detallados en el punto anterior.
- b) Reducir el valor de todos los copagos existentes en la actualidad. En virtud de la situación económica en la que se encuentra el sector, esta medida debería en una primera etapa implementarse bajo la forma de sustitución de ingresos y no de reducción de los mismos, tal como se hizo cuando se determinó el último aumento de cuota.
- c) Unificar en el FNS los diferentes fondos públicos destinados en la actualidad a la salud.

Otro punto a destacar es el papel que juegan las drogas en la transmisión de las ITS, se entiende por “fármaco” o **Droga** a toda sustancia que introducida en un organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste. Para nosotros este concepto es excesivamente amplio y cuando hablamos de “droga” nos referimos a una sustancia que, introducida en el cuerpo por cualquiera de los mecanismos de administración clásicos de los medicamentos (inhalación, ingestión, fricciones, etc.), o nuevos, (administración parenteral, endovenosa, etc.), tenga dicho producto utilidad terapéutica o no, sea capaz de producir una modificación en la conducta del sujeto, condicionada por los efectos inmediatos (psicoactividad) o persistentes, de tal naturaleza que existe una evidente renuncia al uso continuado del producto.

Podemos diferenciar dos tipos de drogas, blandas y duras. Debemos empezar con una manifestación rotunda: todas las drogas deberían ser iguales desde el punto de vista estrictamente sanitario. Entrar en el dilema de las drogas “duras” y “blandas” es, simplemente, intentar dilucidar cuáles son menos peligrosas.

Cuando, en cualquier lugar, surge la pregunta “el cannabis, ¿es más o menos peligroso que el alcohol?”. Se puede responder, simplemente, que se sepa que ninguna es beneficiosa. Es decir, plantearse el problema así, intentando cuantificar la peligrosidad es ya de por sí absurdo y caprichoso. Es a través de argumentos negativos que va a plantearse, en consecuencia, la cuestión de la legalización de algunas drogas (“blandas”): que una cosa no sea peor que otra, no quiere decir que sea buena.

En general parece considerarse drogas “duras” las drogas que producen dependencia física y “blandas” a las que no la crean.

No pueden existir argumentos a favor del consumo de drogas. La dependencia sin más calificativos, no es cuantificable. El consumidor es o no libre de abandonar el consumo, esta es la cuestión y por tanto el problema cualitativo. Tampoco podemos olvidar la educación “qué hace qué a quién”. Cualquier explicación de por qué es obvia.

El CIE (*) diferencia nueve grandes grupos y uno adicional de sustancias Psicotrópicas:

Alcohol

Opioide (como Morfina o Heroína)

Canabinoides (haschisch y Marihuana)

Sedativos o hipnóticos (tranquilizantes o hipnóticos como las

Benzodiacepinas)

Cocaína

Otros estimulantes incluyendo la cafeína

Alucinógenos

Tabaco

Solventes volátiles (como los inhalables)

“Otras sustancias psicotrópicas”

El uso del alcohol va unido al de nuestra civilización. El hombre descubrió una forma de almacenar líquidos en un recipiente. Desde ahí comienza la historia de las bebidas alcohólicas. Cuando se descubre el proceso de fermentación de ciertos líquidos azucarados de algunos granos y frutos, ioniza todo.

Los egipcios ya disponían de cervecerías (3700-2300 a. C). Los griegos ofrecían a sus dioses bebidas alcohólicas; también la atribución de poderes superiores a Baco (dios del vino) por los romanos.

Los árabes descubrieron el proceso de destilación, por lo cual se consiguieron bebidas alcohólicas de mayor grado. El alcohol lo introdujo en nuestro país por Ramón Llull.

EFFECTOS SOBRE EL ORGANISMO

Debido a su masiva utilización, los efectos del alcohol son los más conocidos.

Es una sustancia depresora del sistema nervioso central y cuyo consumo continuado da lugar al fenómeno de tolerancia, que provoca fuerte dependencia.

Los síntomas a que da lugar el síndrome de abstinencia alcohólica son confusión onírica del individuo, que en su grado máximo presenta alucinaciones y delirios.

El Alcohol también nos puede dar efectos sobre el comportamiento, estos se modifican según la personalidad del individuo y el medio que le rodea

En dosis pequeñas de 15 a 20 ml de alcohol ingerido en bebidas alcohólicas, puede aparecer un cierto estado de bienestar y calor en el rostro.

A partir de los 0'5 a los 0'8 g. de alcohol en sangre, el estado de ánimo comienza a engrandecerse y la personalidad se siente falsamente fuerte y segura de sí misma.

En una segunda fase de intoxicación (0'8-1'5 g.), los reflejos se alteran todavía más, la tonicidad se torna en una incoherencia verbal y la persona puede comenzar a pelear, discutir y tornar iniciativas impulsivas sin ningún control.

Si se sigue progresando en la embriaguez, el individuo entrará en una nueva fase de intoxicación (1'6-4'0 g. de alcohol en la sangre), como conducta consecuente se pierde el equilibrio, y se instaura una doble visión.

Existirá todavía una cuarta fase con una concentración alcohólica superior a 4 g. de alcohol en la sangre, donde el sujeto entra en un sueño profundo y puede conducirle hasta la muerte.

Otra droga de uso común y frecuente en los adolescentes es la marihuana, esta proviene de una planta (*cannabis sativa*) con los efectos tóxicos de una droga debido a que contiene una sustancia química llamada delta-9 tetrahidrocannabinol (THC). Para obtener la droga se puede usar toda la planta. Las hojas dan el kifí, de las flores se obtiene la grifa, y con la resina de las flores se forma el hashish o hachís. Los cigarrillos de marihuana suelen llamarse porros. Los efectos dependen de la concentración de thc, de las características y enzimas de cada persona, de la vía de administración y la experiencia, incluso del ambiente. Sus efectos son peores en jóvenes. Algunos efectos de la marihuana son inmediatos, otros se producen con el uso continuado.

Un concepto muy importante dentro de este marco teórico es el de **Métodos anticonceptivos**

Anticonceptivo oral

Un anticonceptivo oral ACO (*) es un medicamento anticonceptivo tomado vía oral con el propósito de evitar el embarazo. La anticoncepción hormonal son sustancias que actúan como si fueran estrógenos y progestágenos. Estas sustancias van a impedir la

liberación de las gonadotropinas del hipotálamo y de la hipófisis, lo que provoca que no se alcance la concentración máxima de LH (*) y FSH (*) y no se produzca la ovulación.

Femeninos

Existen dos formulaciones de anticonceptivos orales para el uso en mujeres:

La píldora anticonceptiva, que contiene estrógeno y un progestágeno, tomado una vez al día.

La mini píldora, que contiene solamente un progestágeno, tomado también una vez al día.

En algunas partes del mundo existen otros anticonceptivos orales en período de experimentación:

Mifepristona: un antiprostágeno tomado diariamente, aún en investigaciones clínicas.

Ormeloxifeno: un modulador selectivo de los receptores estrogenitos, tomado uno o dos veces por semana y aprobado solo para su uso en India.

Masculinos

Aunque existen varias posibilidades que están en diversos estadios de investigación y desarrollo, por el momento no hay un anticonceptivo oral para uso en hombres.

Infecciones de Transmisión Sexuales

Las enfermedades de transmisión sexual ETS (*) atacan a hombres, mujeres y niños de manera similar en todo el mundo y son consideradas entre los males más graves de la humanidad. El descubrimiento de la penicilina y otros antibióticos hizo nacer la esperanza de que sería posible el control, o hasta la erradicación, de las enfermedades venéreas. Sin embargo, en la actualidad, el control de las ETS es difícil por muchos factores, tales como los biológicos, ecológicos y de comportamiento y su frecuencia ha aumentado considerablemente en los últimos años, con manifestaciones clínicas mínimas o atípicas.

La sífilis, gonorrea, chancroide, linfogranuloma venéreo inguinal fueron consideradas las cinco clásicas enfermedades venéreas. Actualmente, las ETS incluyen a una serie de entidades de etiología bacteriana, viral, parasitaria o micótico, que tienen como característica esencial, aunque no indispensable, las ser contraídas mediante la realización de actos sexuales.

Algunas ETS también pueden ser transmitidas verticalmente -de la madre al hijo, durante la gestación, parto o lactancia- y por transfusiones de sangre o sus derivados. Las ETS representan una causa importante de morbilidad y mortalidad en el mundo. Hay que tener presente que los niños pueden ser contagiados con estas enfermedades.

Se estima que el 2 a 10 % de los niños que padecen de abuso sexual resultan infectados con sífilis, gonorrea, condiloma acuminado o Chlamydia trachomatis. También se reporta que el 95% de sífilis en niños es transmitida por abuso sexual, siendo la condilomatosis la lesión cutánea más frecuente. No obstante, hay casos en que no son transmitidas por abuso sexual, sino por contaminación accidental 3%.

Los diagnósticos clínicos y de laboratorio (Tabla 2) y el tratamiento correcto son necesarios; se debe tener presente éste último, no debe limitarse únicamente al paciente que consulta, sino también a los compañeros sexuales, si se pretende realizar un control máximo de estos pacientes y una profilaxis completa, tanto individual como colectiva.

Tabla 1. Agentes etiológicos de las ETS

ETS

Agente etiológico

Gonococia

Micoplasmosis

Vaginosis bacteriana

Candidiasis

Tricomoniasis

Sífilis

Chancro blanco

Herpes genital

Papilomatosis

Linfogranuloma venéreo

Donovanosis

Hepatitis B, C, D

Molusco contagioso

Escabiosis

Pediculosis

Infección por VIH, Sida

Infección por citomegalovirus

Enfermedad inflamatoria pélvica

Infecciones entéricas

Reiter

Neisseria gonorrhoeae

Género I: *Mycoplasma hominis*, *M. Fermentans*, *M. Genitalium*.; Género II: *Ureaplasma uealyticum*

Gardnerella

Tabla 2. Síndrome de ETS

Como se observa en lo anteriormente expuesto, el manejo ideal del diagnóstico, tratamiento y prevención de estas enfermedades es costoso y complejo para ser aplicado como solución de un problema social en países de bajos recursos.

Debido a la falta de infraestructura y de recursos de personal adecuados, el Ministerio de Salud, a través del PROCETSS (Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida), ha editado el Manual de Doctrina, Normas y Procedimientos para el Control de las ETS y el Sida en el Perú, en el cual se enfoca el manejo clínico y terapéutico de las ETS por síndromes, que es necesario divulgar.

MANEJO DE CASO EN ETS POR SÍNDROMES (Manejo sindrómico)

El manejo sindrómico busca desarrollar un diagnóstico adecuado en el lugar del primer encuentro.

Brindar un tratamiento rápido y oportuno con esquemas de dosis única en los casos que sea posible y cuya eficacia sea igual o mayor al 95%.

Ofrecer información y las "4C" que se traducen como:

- Consejería para el cambio de conductas hacia comportamientos de menor riesgo.
- Cumplimiento del tratamiento
- Contactos en lo que significa su ubicación y manejo.
- Condones en lo referente a su promoción

La necesidad de implementar medidas efectivas para el diagnóstico y el tratamiento de las ETS han obligado a desarrollar nuevas estrategias como el manejo sindrómico para personas con síntomas de ETS, propuesto por la OMS y actualmente en ejecución en nuestro país.

El manejo sindrómico se basa en la identificación y tratamiento de un problema como es el síndrome que motiva la búsqueda de atención en un establecimiento de salud.

En caso de las ETS, un síndrome puede ser causado por uno o más agentes etiológicos. Asimismo, debido que los síndromes en ETS son fácilmente identificables, es posible plantear el uso de flujogramas, que permiten tomar decisiones y acciones necesarias para dar un tratamiento adecuado las personas con ETS.

Ventajas

Reduce la probabilidad de un diagnóstico clínico incorrecto.

Utiliza flujogramas que permiten decisiones y acciones claras.

Estandariza los tratamientos para las enfermedades de transmisión sexual en todos los niveles de atención, lo que garantiza su eficacia al utilizar esquemas con 95% de efectividad.

Permite el tratamiento efectivo de los pacientes en la primera consulta rompiendo la

cadena de transmisión.

Es una alternativa cuando no existe soporte de laboratorio adecuado.

Desventajas

No obstante, el manejo sindrómico puede implicar algunas limitaciones que el médico tratante debe conocer para tomar las decisiones más adecuadas.

Puede existir un sobretratamiento, en especial en las zonas de baja prevalencia para ETS, lo que disminuye la relación costo? efectividad.

Puede desencadenar problemas relacionados a la notificación de las parejas, debido a que no todas las infecciones genitales son ETS.

No incluye a otras entidades que se presentan con cierta frecuencia como tampoco a los diferentes estadios clínicos de enfermedades como la sífilis en sus estadios secundario y terciario.

Las enfermedades de transmisión sexual

(ETS) son también llamadas **enfermedades venéreas**.

El contagio de estas enfermedades se produce, como su nombre lo indica, mediante el contacto sexual con una persona infectada. Existen otras formas de contagio como pueden ser de la madre al hijo, por contacto con sangre o secreciones infectadas, por compartir agujas, por medio de transfusiones sanguíneas etc.

Las enfermedades venéreas pueden ser provocadas por distintos agentes; parásitos, hongos, bacterias y virus.

Enfermedades sexuales más frecuentes

Gonorrea

Es una infección que se transmite por medio de las relaciones sexuales tanto en forma oral, anal o vaginal.

Síntomas de la gonorrea

En el hombre pueden aparecer los síntomas entre 2 y 30 días de contraída la infección. Estos pueden consistir en secreción del pene, ardor al orinar, inflamación o dolor en los testículos.

En las mujeres suele presentarse flujo vaginal, hemorragias fuera del período menstrual o ardor al orinar.

Cuando la infección está localizada en el recto pueden producirse dolor, secreciones o sangrado.

Es posible también que la gonorrea no presente ningún síntoma por lo cual la enfermedad no es tratada y puede causar graves complicaciones, incluso provocar la muerte.

Tratamiento para la gonorrea

La gonorrea es tratada con antibióticos como Cefalosporina, Benzetacil o Bacterol forte.

Herpes genital

Esta enfermedad de transmisión sexual es producida por el virus HSV-1(*) y HSV-2(*).

Síntomas del herpes genital

Los síntomas suelen aparecer alrededor de los 15 días posteriores al contacto con el individuo infectado, presentando ampollas o úlceras en la boca, labios o zona genital. También pueden ocurrir episodios febriles.

Tratamiento para el herpes

No existe un tratamiento para curar este virus, los medicamentos se indican para controlar los brotes. Los antivirales más usados son: Valaciclovir, Aciclovir y Famciclovir.

Virus del papiloma humano

Esta enfermedad es también conocida por las siglas VPH y consiste en un conjunto de virus que infectan toda la zona genital, tanto en hombres como en mujeres.

Síntomas del virus del papiloma humano

Los síntomas se caracterizan por la aparición de verrugas genitales o en cuello de útero. Deben ser controladas ya que pueden transformarse en cáncer.

Tratamientos para el Virus del Papiloma Humano

Se suele controlar o eliminar las verrugas pero no existe una cura de la enfermedad.

Sífilis

La sífilis es una infección de transmisión sexual producida por la bacteria Treponema Pallidum.

Síntomas de la Sífilis

En esta enfermedad se pueden distinguir tres etapas. En una primera fase puede aparecer una o más úlceras en el lugar donde entró la bacteria. En la segunda etapa aparecen irritaciones cutáneas principalmente en palmas de manos y pies. Es frecuente que se presenten dolores musculares, fiebre, cansancio e inflamación en los ganglios. En la tercer etapa los síntomas son muy severos ya que hay graves lesiones en huesos y

músculos lo que puede impedir el desplazamiento normal. El corazón y el cerebro resultan afectados. Es frecuente que ocurra ceguera y se puede llegar a la muerte.

¿Cómo se contagia la sífilis?

La sífilis se contagia por medio de relaciones sexuales orales, anales o vaginales. El contagio se produce al entrar en contacto con la úlcera o chancro sifilítico o por contacto directo con la piel que tiene lesiones producidas por la sífilis. Hay que tener en cuenta que el **chancro sifilítico** o úlcera puede aparecer no solo en la zona genital o rectal sino también en la boca, labios o lengua.

La sífilis no se contagia por compartir con una persona infectada un baño, cubiertos y platos, ropa o bañarse en una piscina.

Tratamiento para la Sífilis

La Sífilis es tratada con antibióticos, usualmente penicilina aplicada en forma inyectable.

Tricomoniasis

La tricomoniasis es una ETS causada por un parásito llamado **Trichomonas Vaginalis**.

Síntomas de la Tricomoniasis

Los síntomas de la Tricomoniasis en las mujeres son: flujo vaginal de color amarillento verdoso con fuerte olor, ardor y picazón en la zona genital. Los hombres pueden no presentar ningún síntoma o consistir éstos en una sensación de ardor al orinar.

Tratamiento para la Tricomoniasis

El tratamiento se realiza por vía oral con Metronidazol. En caso de las parejas deben realizarlo ambos.

Clamidia

La Clamidia es una infección causada por la bacteria Chlamidia Trachomatis. Se transmite por medio de las relaciones sexuales vaginales, orales o anales. En la mujer esta enfermedad puede no presentar síntomas o ser estos tan leves que cuando se detecta ya puede haber infectado el útero y las trompas de Falopio causando **enfermedad inflamatoria pélvica**, dolor pélvico crónico e infertilidad.

Síntomas de la Clamidia

En la mujer suele aparecer flujo vaginal anormal, ardor al orinar, ocasionalmente fiebre, náuseas y dolor abdominal.

Los hombres pueden presentar secreciones en el pene y ardor al orinar.

Tratamiento para la Clamidia

El tratamiento para esta infección se realiza con antibióticos, puede ser con una dosis por vía oral de Azitromicina o con Doxiciclina. Siempre debe ser realizado por ambos miembros de la pareja.

Vaginosis bacteriana

En la **Vaginosis bacteriana** se produce un desequilibrio de las bacterias que normalmente se encuentran en la vagina.

Síntomas de la Vaginosis bacteriana

Esta enfermedad se caracteriza por presentar flujo gris o flujo blanco con un fuerte olor a pescado.

Tratamiento para la Vaginosis bacteriana.

Esta enfermedad es controlada en pocos días con medicamentos por vía oral, puede ser sólo con Metronidazol o combinado con Clindamicina.

Chancro Blanco

Esta enfermedad de transmisión sexual, es producida por una bacteria llamada Haemophilus Ductus. Los primeros síntomas comienzan aproximadamente una semana después de haber tenido contacto con una persona infectada. Esta infección es extremadamente contagiosa y se la asocia con el Sida. Es probable que al tener una úlcera, como las que produce el **chancro blanco**, esto facilite la entrada del virus del HIV al organismo. Pero no necesariamente estar infectado con chancro significa que también se tiene el virus del HIV.

Síntomas del Chancro blanco

En su primera fase aparece como una mancha inflamada, luego en una ampolla con pus, muy dolorosa que al reventarse produce una úlcera profunda con rebordes gruesos y rojos. Dentro de la úlcera puede apreciarse una capa de tejido muerto de un color gris debajo de la cual encontramos un líquido purulento. **El chancro blanco** puede aparecer en los genitales externos tanto del hombre como de la mujer, pero también en muslos o en los labios y luego estas úlceras se pueden extender a cualquier parte del cuerpo. En la mujer a veces pueden pasar desapercibidas o ser confundidas con otro tipo de infección. **El chancro blanco** es más notorio en el hombre ya que estas ampollas o úlceras suelen aparecerle en el pene. Es posible que las úlceras se curen con el tiempo o con algún medicamento externo pero la enfermedad seguirá actuando por dentro y si no es tratada se aloja en los ganglios de la ingle causando primero inflamación y supuración, llegando luego incluso a destruirlos.

Hay que prestar mucha atención cuando se presenta una úlcera de este tipo que a su vez está acompañada de fiebre, dolor de cabeza, dolor en las articulaciones o ganglios inflamados. Se debe acudir al médico para que determine de que se trata.

¿Cómo se previene el chancro blanco?

Utilizando en las relaciones sexuales orales anales o vaginales preservativos de látex.

Tratamiento para el chancro blanco

El chancro blanco se trata con antibióticos como sulfonamidas o tetraciclinas.

Candiasis

La Candiasis o Candidiasis es una enfermedad de transmisión sexual causada por un hongo llamado *Cándida Albicans*.

Síntomas de la Candiasis

El hombre suele no presentar síntomas o ser estos muy leves como una ligera picazón en el pene. En la mujer puede haber inflamación en toda la zona genital, flujo blanco espeso y grumoso acompañado de molestias al orinar.

Tratamiento para la Candiasis

El tratamiento consiste en antimicóticos tomados por vía oral, acompañados de óvulos o crema, también antimicóticos en caso de las mujeres.

Enfermedad Inflamatoria Pélvica

La Enfermedad Inflamatoria Pélvica o EIP es causada por diversos tipos de infecciones en los órganos reproductivos de la mujer. Generalmente es causada por **Gonorrea** o **Clamidia** que no son tratadas en tiempo y forma lo que produce que la infección se extienda desde la vagina hacia el útero y trompas de Falopio. Esta enfermedad, no tratada, puede llegar a producir infertilidad, embarazos ectópicos (fuera del útero) y dolores pélvicos crónicos.

Síntomas de la Enfermedad Pélvica Crónica

En los inicios de la infección pueden no presentarse síntomas o ser estos confundidos con los de otras patologías. Hay que consultar al médico ante la presencia de flujo vaginal con mal olor, dolores en el abdomen, menstruaciones irregulares, sangrado entre periodos y ardor o dolor al orinar.

Tratamiento para la Enfermedad Pélvica Crónica

Esta infección es tratada con antibióticos por vía oral o inyectables, según el caso.

Ladillas o piojos púbicos

Las Ladillas son insectos parásitos, piojos, que infectan el vello púbico. Pueden verse a simple vista lo mismo que sus huevos que son como puntos blancos o de color amarillo pálido, adheridos al vello, principalmente cerca de la raíz.

Síntomas de Ladillas Piojos Púbcos

Los síntomas son una intensa picazón. Pueden producirse irritaciones en la piel por el rascado.

Tratamientos para las Ladillas

Existen en el mercado lociones, cremas y champúes específicos para eliminarlos.

Hepatitis B y C

Este tipo de Hepatitis virales afectan al hígado destruyendo su tejido. **La hepatitis B** es llamada también **hepatitis Sérica**, es una enfermedad de graves consecuencias ya que puede causar Cirrosis, cáncer de hígado y producir la muerte.

Para esta infección existe vacuna.

La hepatitis C produce en el Hígado las mismas lesiones de gravedad que la Hepatitis B, pero no existen vacunas para prevenirla.

Síntomas de la Hepatitis B y C

Los síntomas de la Hepatitis son: ictericia, que es cuando la piel y los ojos presentan un color amarillento, fiebre, dolor abdominal, náuseas y vómitos, cansancio dolores articulares, orina oscura, amarronada y heces de un color muy claro, blanquecino o amarillento.

La hepatitis C puede no dar síntomas por muchos años.

Tratamientos para las hepatitis virales B y C

No existe una cura total para estas enfermedades pero si se tratan con medicamentos para controlar el virus y poder llevar una vida normal.

HIV - Sida

El HIV es un virus llamado así por sus siglas de **Virus de la Inmunodeficiencia Humana**. Este virus se contrae mediante las relaciones sexuales anales, orales o vaginales y por contacto con sangre contaminada, ya sea por transfusiones o por pinchazos con agujas que previamente hayan estado en contacto con un infectado. Este virus se aloja en las células del cuerpo atacando a los linfocitos que son los encargados de defender a nuestro organismo. Una vez que el virus del HIV los destruye quedamos sin inmunidad contra cualquier tipo de infección que entre a nuestro cuerpo. El portador del **HIV o VIH** puede no llegar a contraer el Sida pero si transmitir el virus. **El Sida** es provocada por el virus del HIV. Se llama así por sus siglas de **Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida** y se produce cuando el virus ya se desarrolló y extendió destruyendo al sistema inmunológico.

Síntomas del HIV-Sida

Los primeros síntomas son leves puede semejarse a un resfriado o a una gripe que tarda en curarse, hay fiebre, dolores musculares y articulares, sensación de fatiga, catarros. En la piel aparecen afecciones recurrentes que no sanan con facilidad. Luego los

síntomas se van agravando apareciendo inflamación en los ganglios hasta llegar a cuadros más severos como neumonías, hepatitis, tuberculosis y diversos tipos de cáncer.

Tratamiento para el HIV - Sida

No existe una cura para la enfermedad lo que se indica es la **terapia retroviral** que consiste en una combinación de varios medicamentos que controlan el virus y detienen su avance.

Molluscum Contagioso

El Molluscum Contagioso, llamado también **Molusco** es una enfermedad causada por un virus que se transmite por las relaciones sexuales o por el contacto directo con la piel de una persona infectada.

Síntomas del Molluscum Contagioso o Molusco

Aparece en forma de protuberancia redonda con una depresión en el centro. Puede tener el mismo color de la piel o un tono gris perlado. Generalmente sólo causan picazón aunque pueden llegar a doler si se infectan por el rascado.

Tratamiento para el Molluscum Contagioso o Molusco

El tratamiento consiste en la aplicación de cremas específicas directamente sobre la protuberancia.

Metodología

Tipo de estudio: El tipo de investigación propuesta es cuantitativa, prospectiva, descriptiva y transversal.

Definición de las variables:

- **Variable edad:**

Definición conceptual: Período de tiempo transcurrido desde el nacimiento del individuo hasta el momento actual.

Definición operacional: Edad en años según lo aportado por el estudiante.

Tipo de variable: Cuantitativa, continua, ordinal.

- **Variable tipo de educación**

Definición conceptual: La educación es un proceso de socialización y endoculturización de las personas a través del cual se desarrollan capacidades físicas e intelectuales, habilidades, destrezas, técnicas de estudio y formas de comportamiento ordenadas con un fin social (valores, moderación del diálogo, debate, jerarquía, trabajo en equipo, regulación fisiológica, cuidado de la imagen, etc.).

Definición operacional: Pública o Privada

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

- **Variable tipo de religión**

Definición conceptual: La religión es un sistema de la actividad humana compuesto por creencias y prácticas acerca de lo considerado como divino o sagrado, tanto personales como colectivas, de tipo existencial, moral y espiritual.

Definición Operacional: practica de forma activa algún tipo de religión, no practica de forma activa algún tipo de religión.

Tipo de variable: Cualitativa, Nominal.

- **Variable tipo de cobertura médica**

Definición conceptual: De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la cobertura médica abarca todos los bienes y servicios diseñados para promover la salud,

incluyendo "intervenciones preventivas, curativas y paliativas, ya sean dirigidas a individuos o a poblaciones".

Definición operacional: Pública o Privada.

Tipo de variable: Cualitativa, Nominal.

- **Variable Grado liceal:**

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

Tipo de Variable: Cualitativa. Ordinal.

Definición operacional: 4º, 5º, y 6º año.

- **Variables Medidas de Prevención:**

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

Tipo de variable: Cualitativa. Nominal.

Definición operacional: métodos anticonceptivos naturales, de barrera, químicos

- **Variable Edad de Inicio de relaciones sexuales:**

Definición conceptual: Edad de comienzo de las relaciones sexuales.

Tipo de variable: Cuantitativa. Discreta.

Indicador / Definición operacional. Edad en años.

- **Variable Abstinencia sexual:**

Definición conceptual: Conducta del individuo de no mantener relaciones sexuales.

Tipo de variable: Cualitativa. Nominal.

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

- **Variable N° de compañeros sexuales:**

Definición conceptual: Cantidad de personas con las que mantuvo relaciones sexuales desde el inicio de las mismas hasta la fecha.

Tipo de variable: Cuantitativa. Discreta

Definición Operacional: N° de compañeros sexuales.

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

Tipo de variable: Cuantitativa. Discreta

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

- **Variable Uso de Preservativo:**

Definición conceptual: Cubierta de látex utilizada para evitar las ITS tanto para la mujer como para el hombre.

Tipo de variable: Cualitativa. Nominal.

Indicador / Definición Operacional: Si / No.

- **Variable consumo de drogas y alcohol:**

Definición conceptual: Uso e ingesta de sustancias psicoactivas.

Tipo de variable: Cualitativa. Nominal.

Dimensiones:

1. Drogas
2. Alcohol

- **Variable Droga:**

Definición operacional: consume / No consume

- **Variable Alcohol:**

Indicador / Definición operacional: consume / No consume

- **Variable Grado de Información sobre ITS**

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

Tipo de Variable: Cualitativa. Ordinal

Definición operacional: alto, medio, bajo

Universo: Se tomarán como población correspondiente a los alumnos de sexo masculino que concurren a un liceo público y un liceo privado de Montevideo, en el turno matutino y en el turno de la tarde, que estén cursando 4, 5, y 6 año. (“N” a determinar)

Selección y Tamaño de Muestra:

Se eligió este grupo etario ya que consideramos que es el más vulnerable con respecto a las ITS e inicio de relaciones sexuales.

Muestra:

Tamaño: Adolescente de sexo masculino entre 15 y 18 años que esté cursando bachillerato de un liceo público y uno privado, en el período de tiempo transcurrido entre Agosto-Setiembre del año 2010, siendo el tamaño de muestra de 100 alumnos en cada centro educativo.

Criterios de inclusión:

Población de sexo masculino.

Adolescentes entre 15 a 18 años.

Adolescentes escolarizados de un liceo público y uno privado de Montevideo.

Adolescentes de 4to, 5to, y 6to año.

Criterios de exclusión:

Adolescentes que no aceptan realizar el cuestionario.

Mayores de 18 años.

Menores de 15 años.

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

Método: encuesta\cuestionario anónimo.

Técnica: se le entregará a cada unidad de muestreo un cuestionario para que lo complete individualmente, previo explicación del mismo.

Unidad de análisis y observación:

Adolescentes de sexo masculino entre 15 a 18 años de edad que concurren a un liceo público y un liceo privado de Montevideo.

Recolección de información:

La recolección de datos se llevará a cabo en un liceo público y uno privado de la ciudad de Montevideo, para esto se entregara cuestionarios a los alumnos de 4to, 5to y 6to año de los respectivos liceos.

Para realizar dicha actividad previamente se enviaron cartas a los centros educativos solicitando la correspondiente autorización.

Luego de lograr la autorización pertinente para el ingreso a los centros, se procederá a solicitar la autorización del docente a cargo del aula para poder realizar dicha actividad, se le entregara el cuestionario a todos los estudiantes de sexo masculino que tengan entre 15 y 18 años que estén dentro de los criterios de inclusión antes mencionados, luego se les explicara el objetivo del mismo y la metodología (el cuestionario es anónimo, de respuestas concretas) para poder realizar de forma correcta el cuestionario, a partir de ello se les brindara un tiempo estimado de 15 minutos para la actividad.

Luego con los datos recabados se procederá a la tabulación de datos.

Instrumento: La recolección de datos se llevará a cabo mediante un formulario semicerrado, anónimo (ver anexo x). El mismo será aplicado a los individuos de sexo masculino, este tiene como objetivo recabar la información que posee la población objeto sobre el conocimiento de ITS y su aplicación.

Para ello se concurrirá al salón de clases con previa autorización de la institución y de cada docente. En dicho formulario se plantearán preguntas básicas relacionadas con las variables antes mencionadas.

Plan de Análisis

En la tabulación se presentarán los datos mediante tablas de análisis univariado y en algunos casos bivariado para enriquecer los datos. Teniendo claro que deja de ser una característica del estudio de tipo descriptivo. A través de gráficas que representen el comportamiento de cada una de las variables que consideramos relevantes para el estudio.

Ordenamiento de datos: los datos estarán ordenados según las variables definidas anteriormente.

Presentación de los datos: mediante tablas univariadas, con efecto 3D, gráficos circulares.

Análisis de datos: serán analizados mediante cálculos estadísticos de los datos aportados por cada variable.

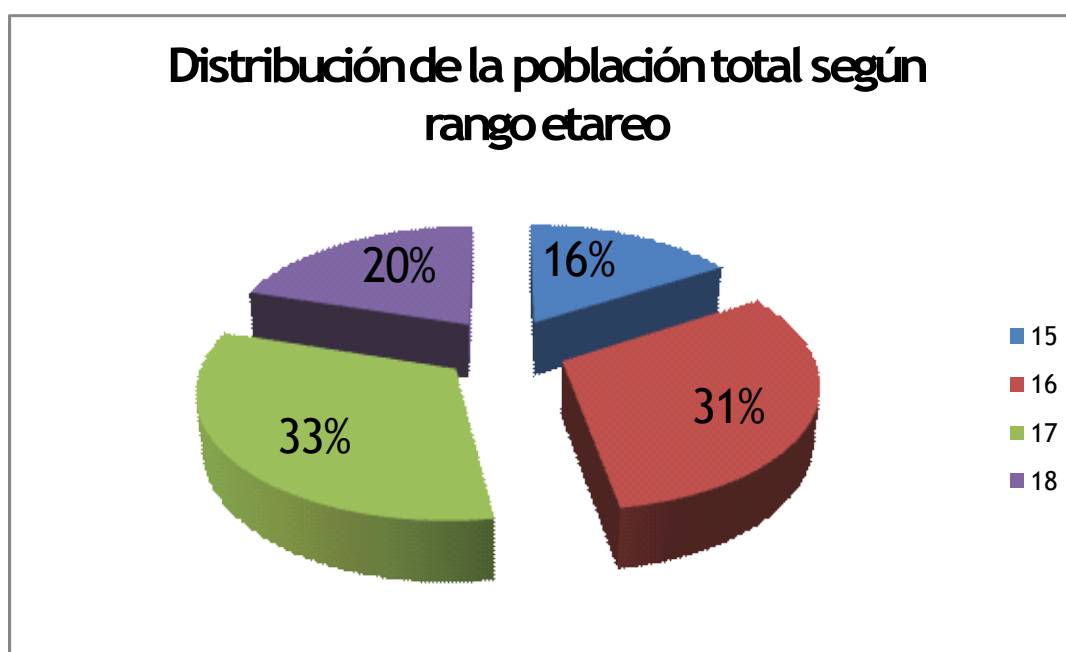
Métodos y Análisis: se utilizará el programa informático de Microsoft Excel y Microsoft Word.

Tablas y Gráficos del total de la muestra

Tabla N°1: Distribución de la población total según la Edad.

EDAD	FA	FR%
15	23	16%
16	44	31%
17	45	32%
18	28	20%
TOTAL	140	100%

Gráfico N°1:

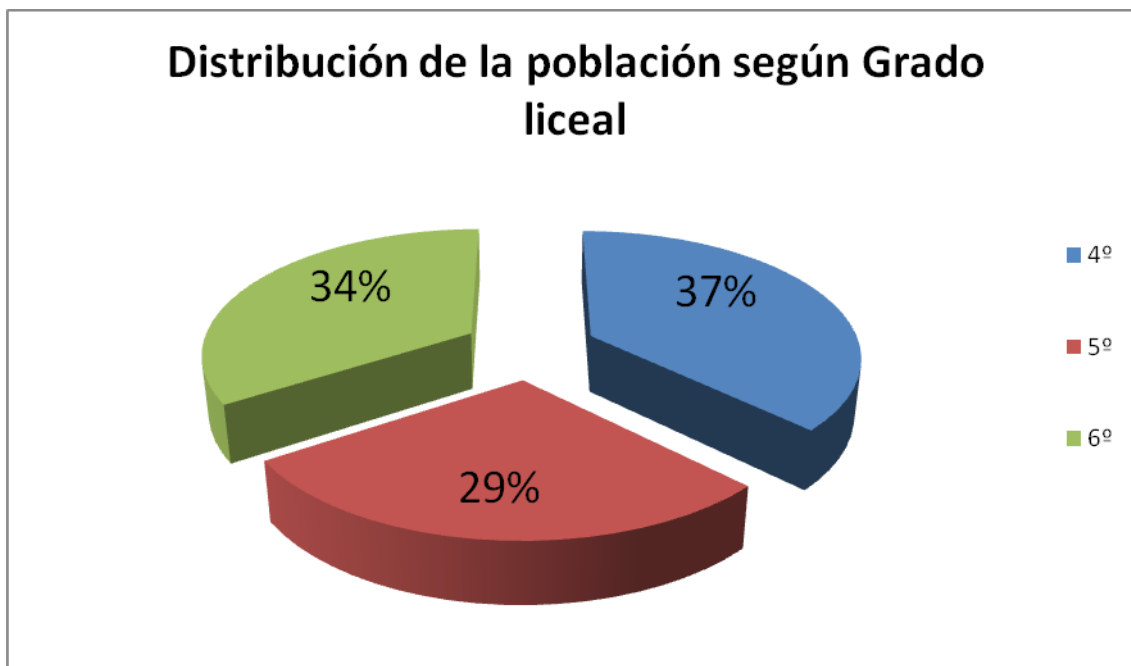


Fuente: Datos obtenidos a partir de la aplicación de entrevistas realizadas a 140 adolescentes que concurren a una Institución Pública y Privada de Enseñanza Secundaria, en los meses de agosto-setiembre de 2010.

Tabla N°3: Distribución de la población según Grado liceal.

Grado liceal	FA	FR%
4	52	37,30%
5	40	28,50%
6	48	34,20%
Total	140	100%

Grafico N°3:

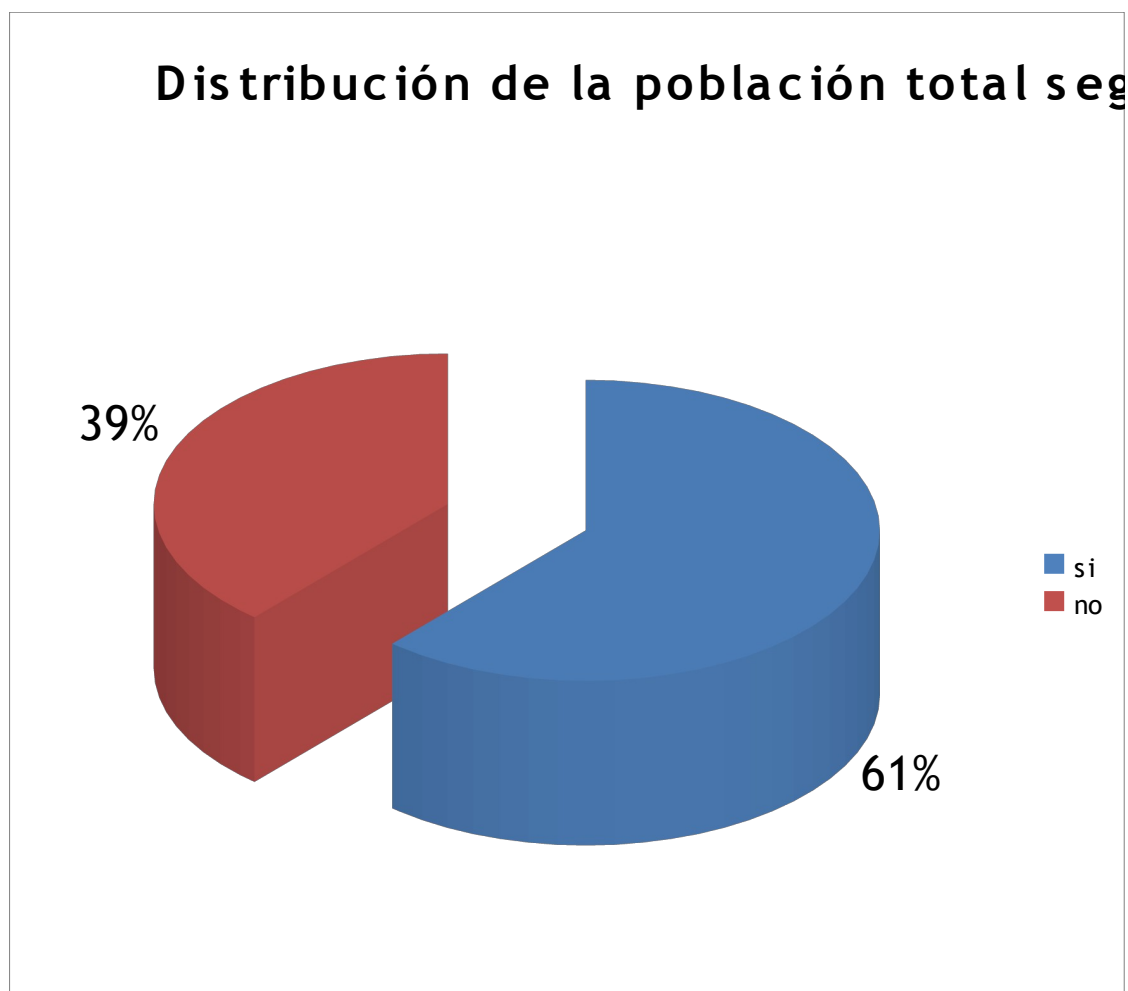


Fuente: Datos obtenidos a partir de la aplicación de entrevistas realizadas a 140 adolescentes que concurren a una Institución Pública y Privada de Enseñanza Secundaria, en los meses de agosto-setiembre de 2010.

Tabla N°4: Distribución de la población total según si mantuvo RS (*)

Mantuvo RS	FA	FR%
Si	86	61,42%
No	54	38,57%
Total	140	100%

Grafico N°4:



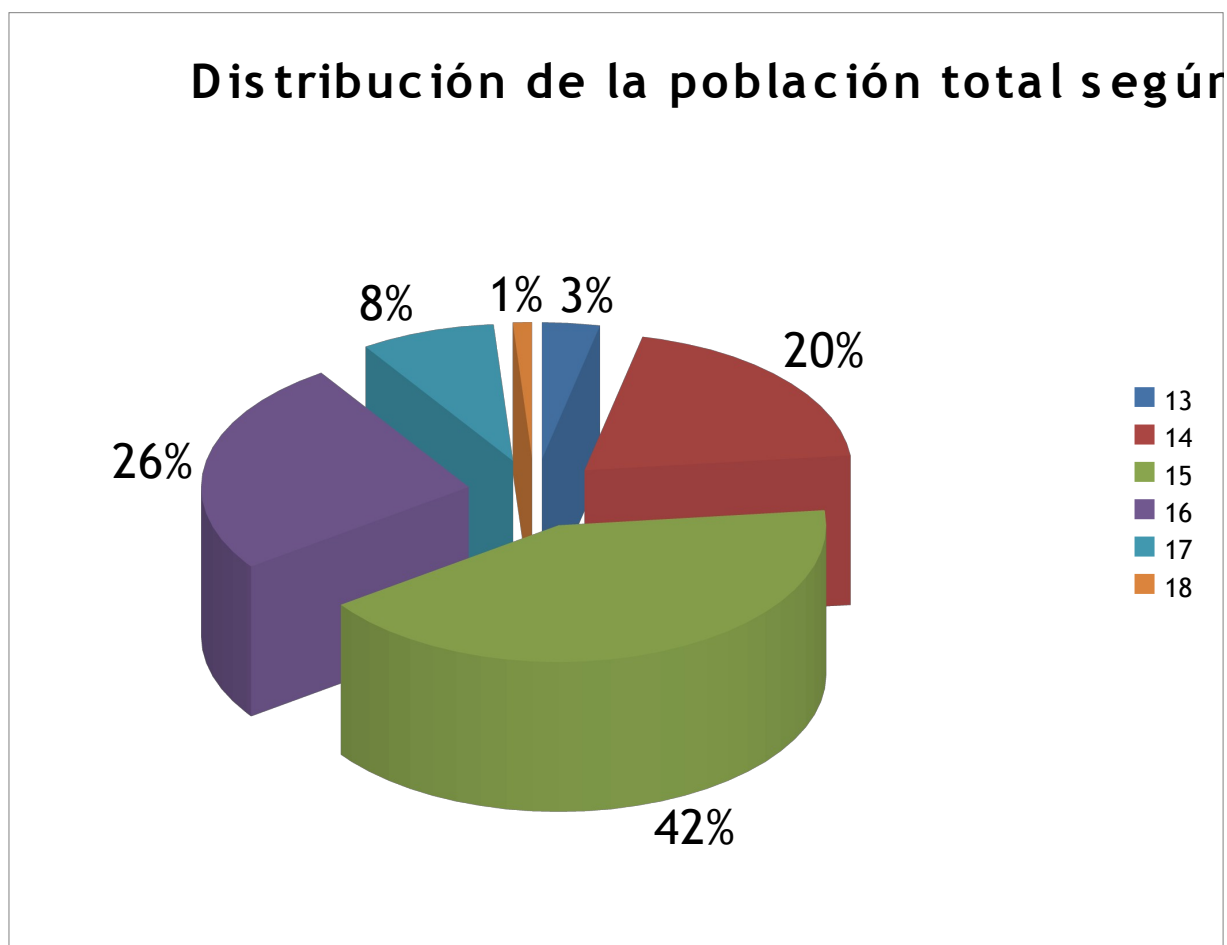
Distribución de la población según si mantuvo relaciones sexuales

Fuente: Datos obtenidos a partir de la aplicación de entrevistas realizadas a 140 adolescentes que concurren a una Institución Pública y Privada de Enseñanza Secundaria, en los meses de agosto-setiembre de 2010.

Tabla N°5: Distribución de la población total según edad de inicio de RS.

Edad de inicio de RS	FA	FR%
13	3	3,48%
14	17	19,76%
15	36	41,86%
16	22	25,58%
17	7	8,13%
18	1	1,16%
Total	86	100%

Grafico N°5:



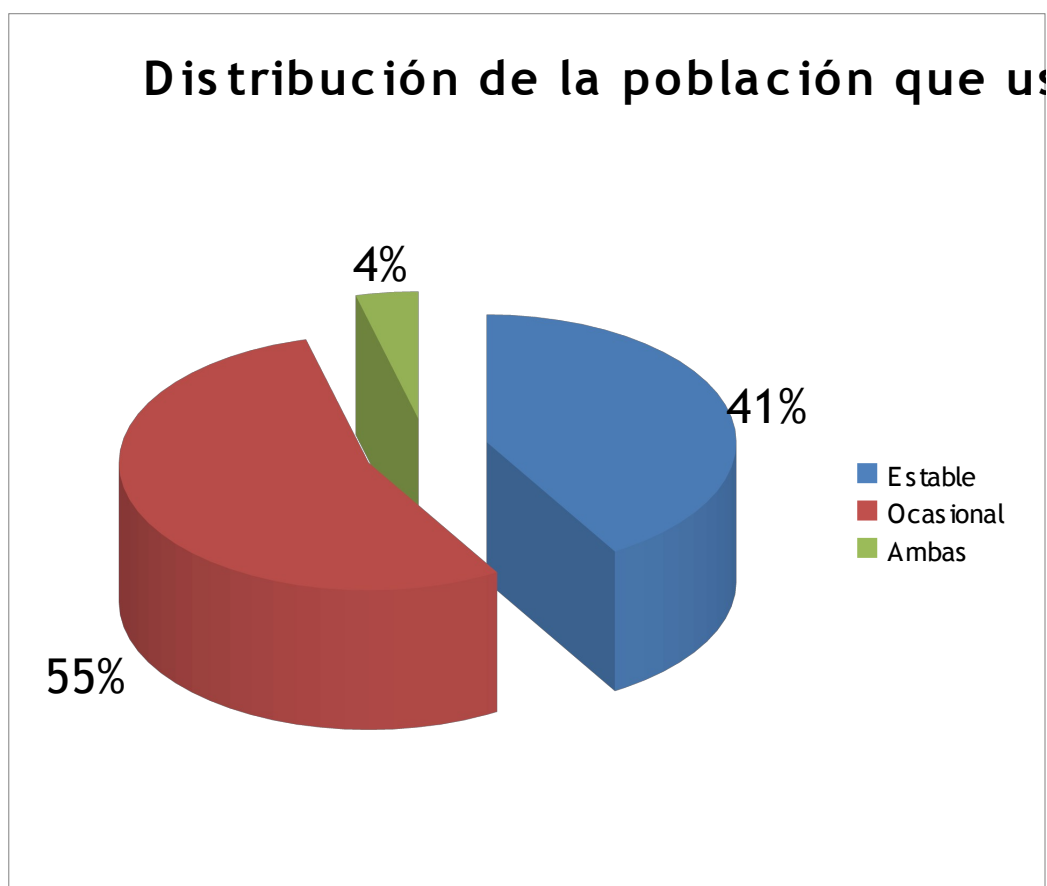
Distribución de la población total según edad de inicio de relaciones sexuales

Fuente: Datos obtenidos a partir de la aplicación de entrevistas realizadas a 140 adolescentes que concurren a una Institución Pública y Privada de Enseñanza Secundaria, en los meses de agosto-setiembre de 2010.

Tabla N°6: Distribución de la población que usa MAC (*) según el tipo de relación.

Uso de MAC según tipo de relación	Usa (FA)	Usa (FR%)
Estable	35	41%
Ocasional	46	54%
Ambas	4	4%
Total	85	100%

Grafico N°6:

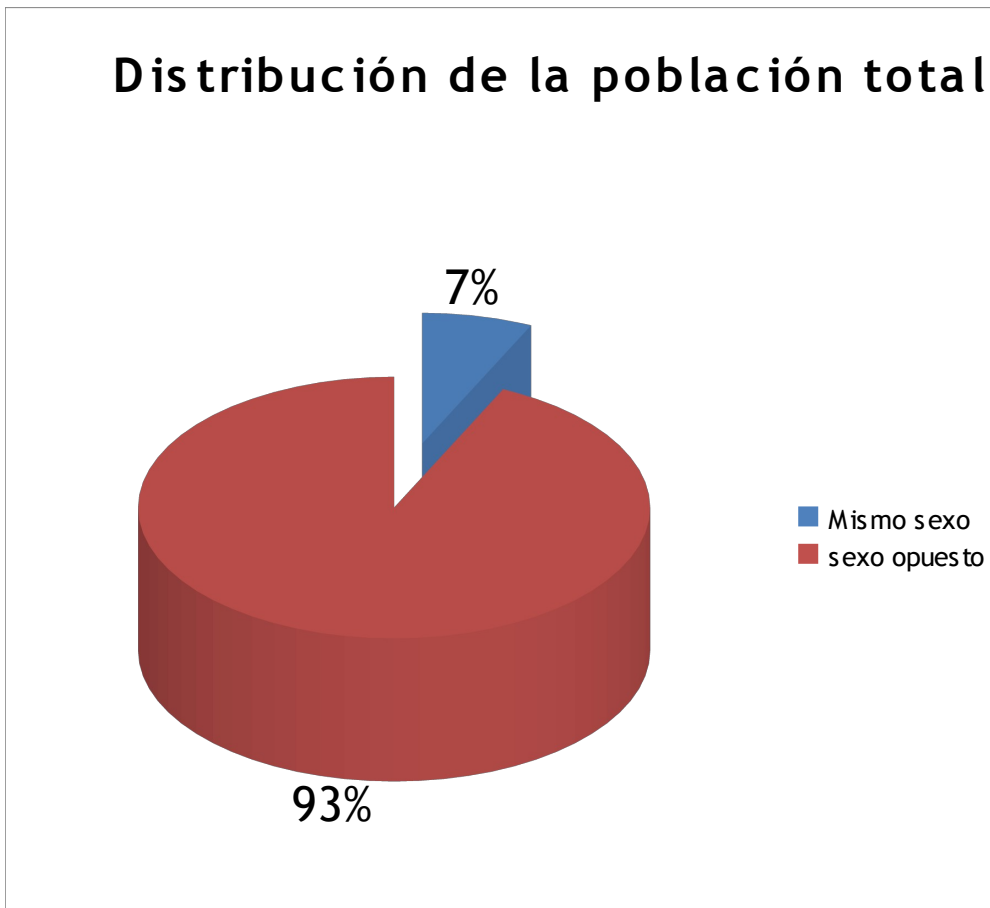


Fuente: Datos obtenidos a partir de la aplicación de entrevistas realizadas a 140 adolescentes que concurren a una Institución Pública y Privada de Enseñanza Secundaria, en los meses de agosto-setiembre de 2010.

Tabla N°8: Distribución de la población total según Tipo de pareja

Tipo de pareja	FA	FR%
Mismo sexo	6	7%
Sexo opuesto	80	93%
Total	86	100%

Grafico N°8:



Distribución de la población total según tipo de pareja

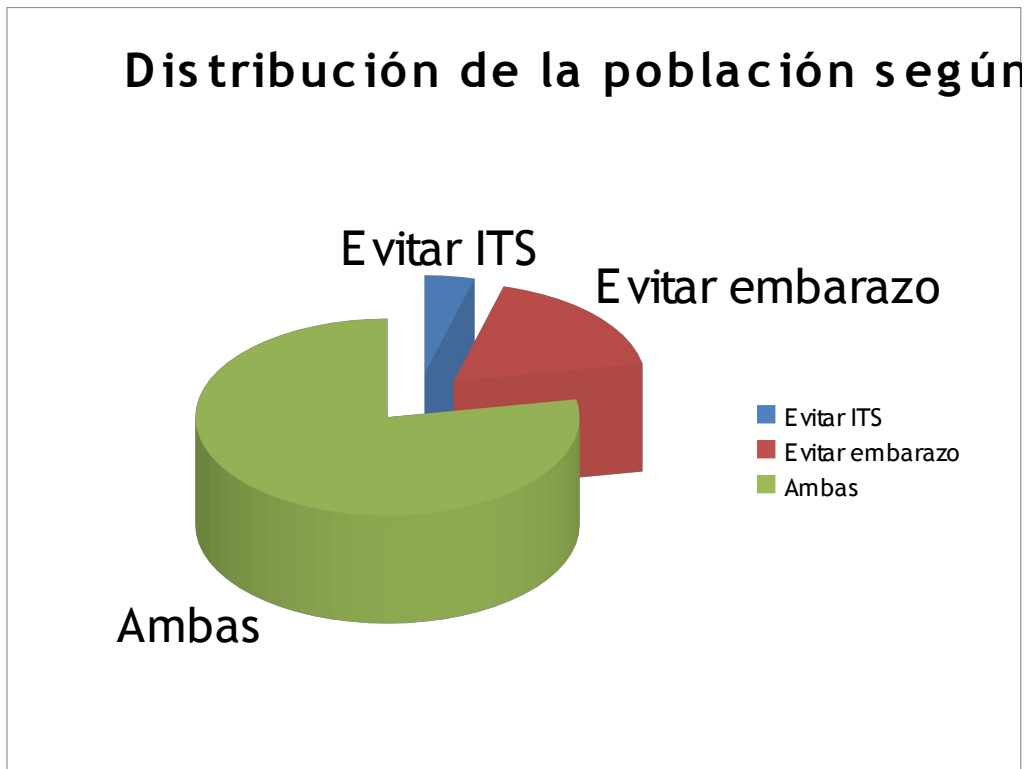
Fuente: Datos obtenidos a partir de la aplicación de entrevistas realizadas a 140 adolescentes que concurren a una Institución Pública y Privada de Enseñanza Secundaria, en los meses de agosto-setiembre de 2010.

Tabla N°9: Distribución de la población según finalidad del uso de MAC.

Finalidad del uso de MAC	FAA	FRA%
--------------------------	-----	------

Evitar ITS	4	4,70%
Evitar embarazo	17	21,20%
Ambas	74	74,10%
Total	95	100%

Grafico N°9:



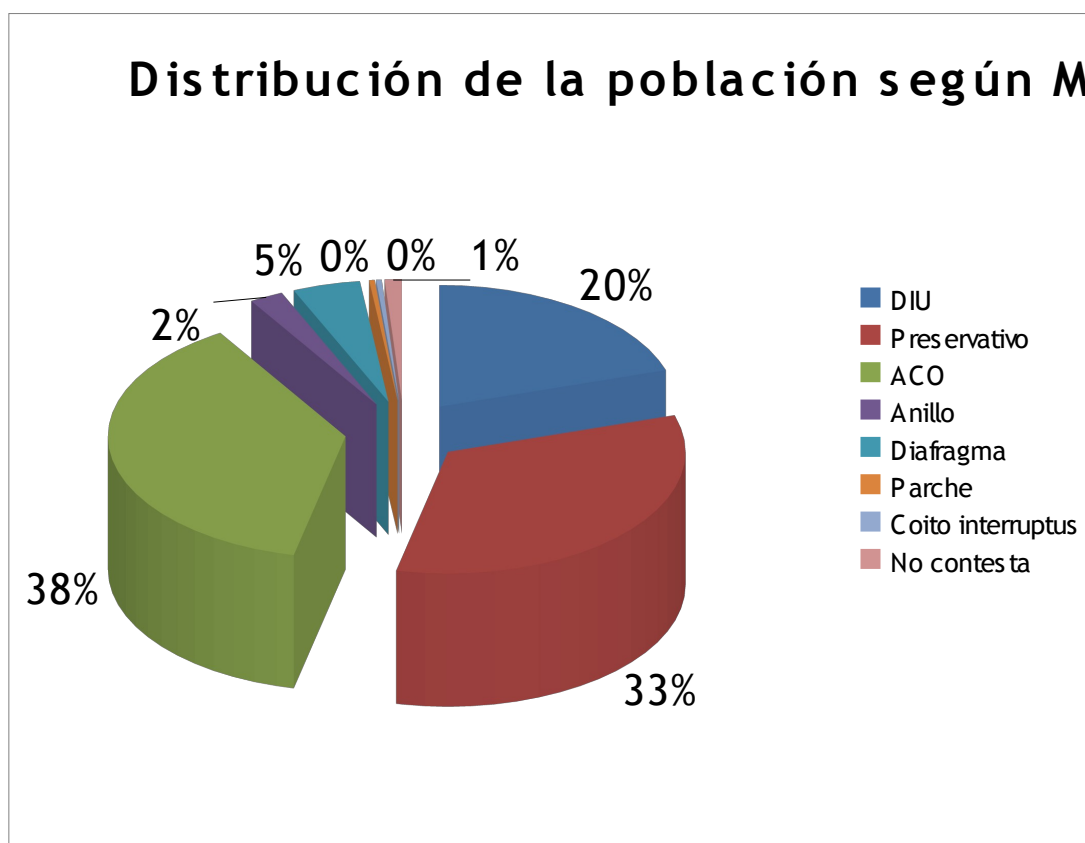
Distribución de la población total según finalidad del uso de MAC

Fuente: Datos obtenidos a partir de la aplicación de entrevistas realizadas a 140 adolescentes que concurren a una Institución Pública y Privada de Enseñanza Secundaria, en los meses de agosto-setiembre de 2010.

Tabla N°10: Distribución de la población según MAC que conoce

MAC que conoce	FAA	FRA%
DIU (*)	52	20,10%
Preservativo	86	33,30%
ACO	97	37,60%
Anillo	6	2,30%
Diafragma	12	4,60%
Parche	1	0,38%
Coito interruptus	1	0,38%
No contesta	3	1,16%
Total	258	100,00%

Grafico N°10:



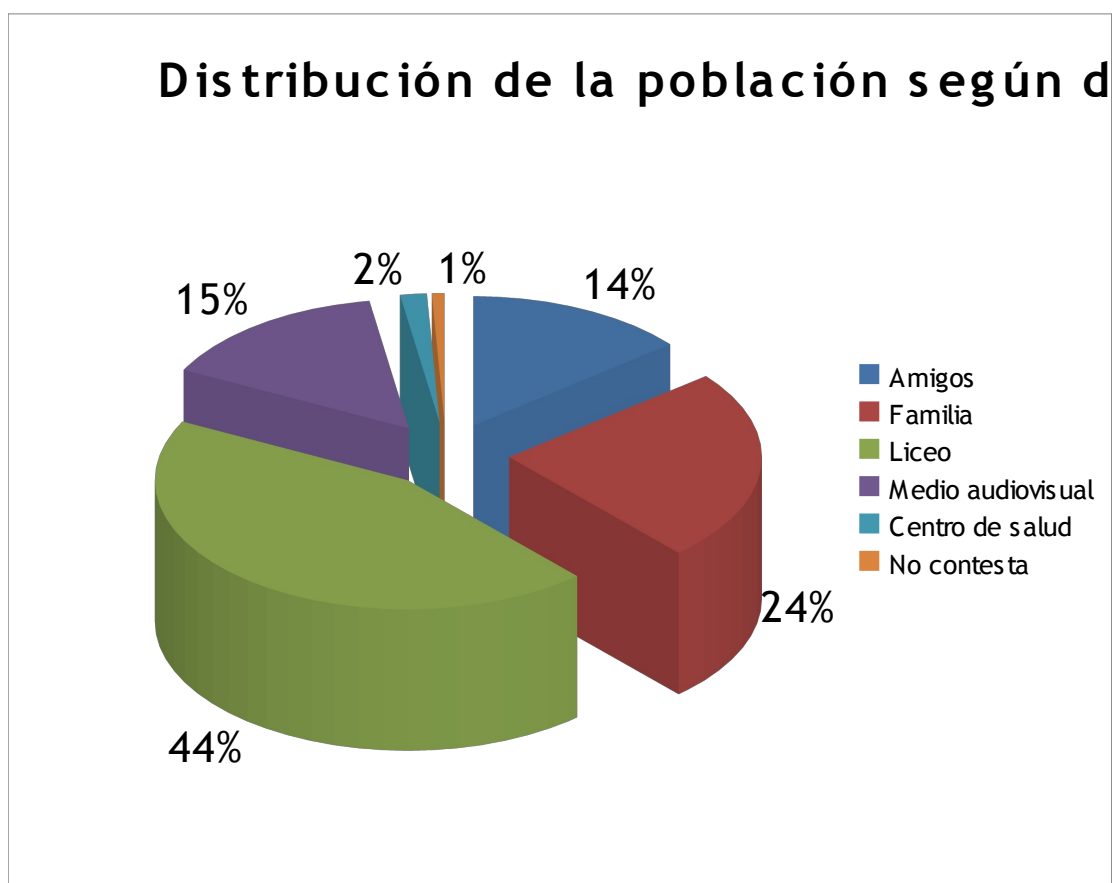
Distribución de la población según método anticonceptivo que utiliza

Fuente: Datos obtenidos a partir de la aplicación de entrevistas realizadas a 140 adolescentes que concurren a una Institución Pública y Privada de Enseñanza Secundaria, en los meses de agosto-setiembre de 2010.

Tabla N°11: Distribución de la población según donde obtuvo la información sobre MAC

Donde obtuvo la información	FA	FR%
Amigos	34	14,20%
Familia	58	24,10%
Liceo	106	44,20%
Medio audiovisual	36	15,00%
Centro de salud	4	1,70%
No contesta	2	0,80%
Total	240	100%

Grafico N°11:



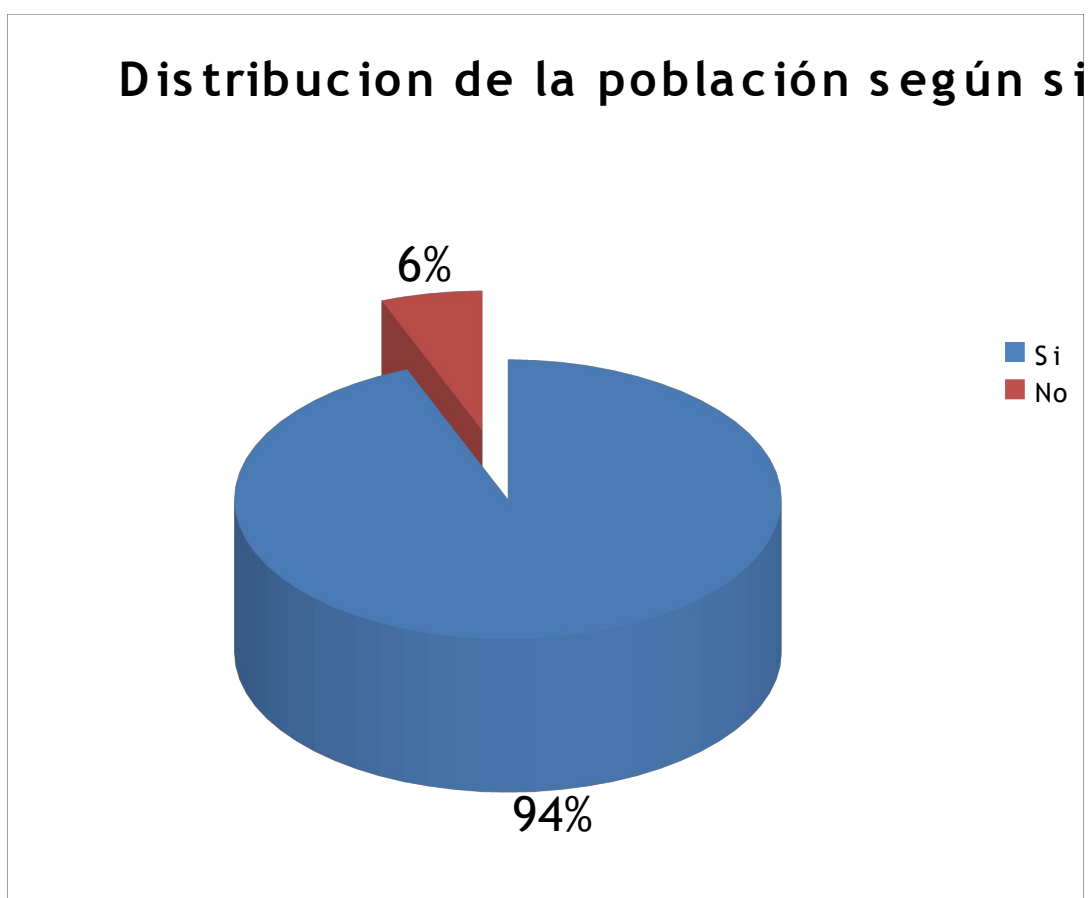
Distribución de la población total según donde obtuvo la información sobre MAC

Fuente: Datos obtenidos a partir de la aplicación de entrevistas realizadas a 140 adolescentes que concurren a una Institución Pública y Privada de Enseñanza Secundaria, en los meses de agosto-setiembre de 2010.

Tabla N°12: Distribución de la población según si conoce sobre ITS

Conoce sobre ITS	FA	FR%
Si	131	94%
No	9	6%
Total	140	100%

Gráfico N°12:



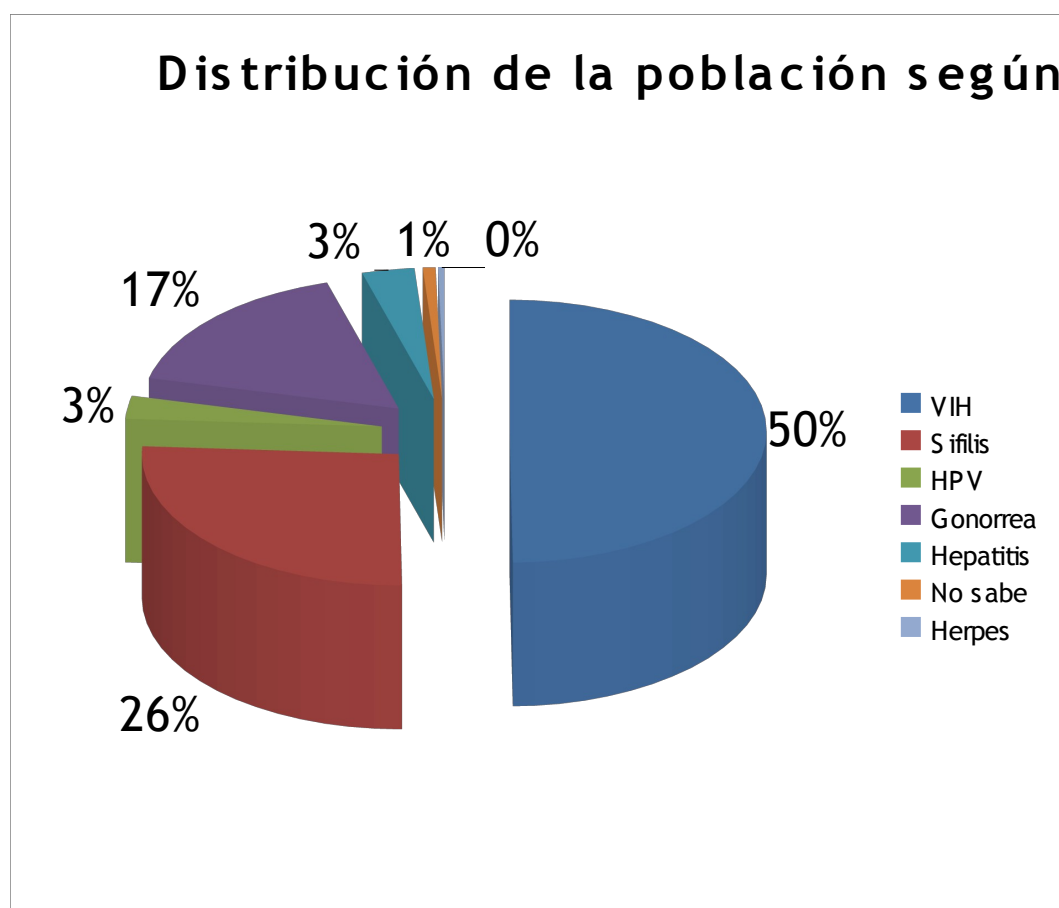
Distribución de la población según si conoce ITS

Fuente: Datos obtenidos a partir de la aplicación de entrevistas realizadas a 140 adolescentes que concurren a una Institución Pública y Privada de Enseñanza Secundaria, en los meses de agosto-setiembre de 2010.

Tabla N°13: Distribución de la población según ITS que conoce

Que ITS conoce	FAA	FRA%
VIH	122	49,70%
Sífilis	64	26,10%
HPV	7	2,80%
Gonorrea	41	16,70%
Hepatitis	8	3,30%
No sabe	2	0,80%
Herpes	1	0,4%
Total	245	100%

Grafico N°13:



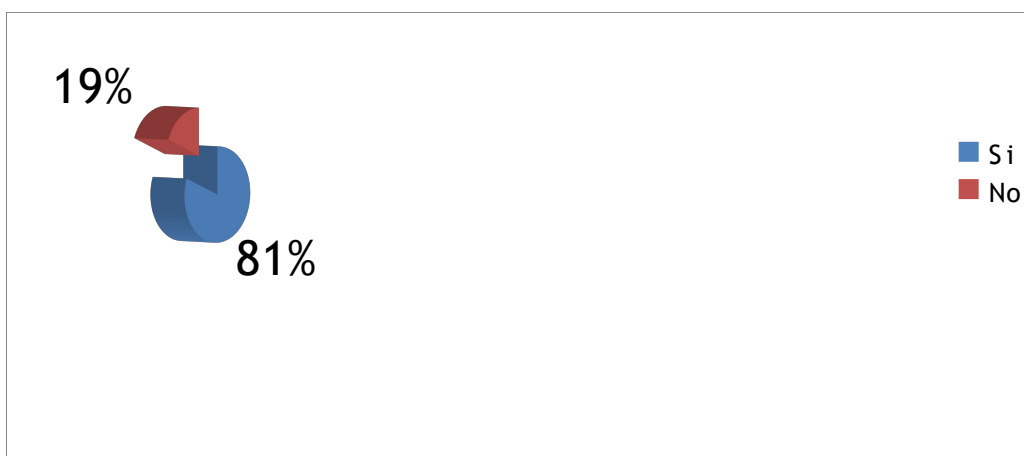
Distribución de la población según ITS que conoce

Fuente: Datos obtenidos a partir de la aplicación de entrevistas realizadas a 140 adolescentes que concurren a una Institución Pública y Privada de Enseñanza Secundaria, en los meses de agosto-setiembre de 2010.

Tabla N°14: Distribución de la población según si su centro educativo le brinda información.

Su centro educativo le brinda información	FA	FR%
Si	113	81,00%
No	27	19,00%
Total	140	100%

Gráfico N°14:

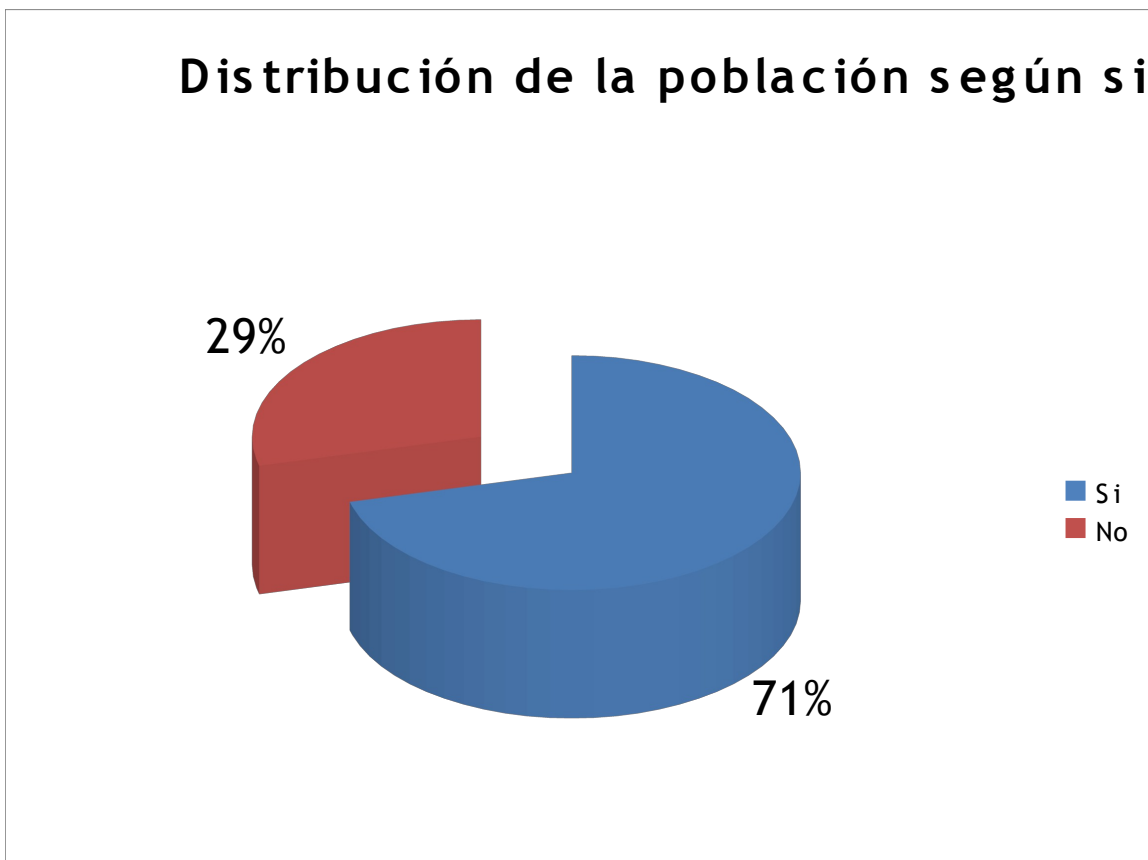


Fuente: Datos obtenidos a partir de la aplicación de entrevistas realizadas a 140 adolescentes que concurren a una Institución Pública y Privada de Enseñanza Secundaria, en los meses de agosto-setiembre de 2010.

Tabla N°15: Distribución de la población según si en la familia se habla del tema

Su familia habla del tema	FA	FR%
Si	99	71%
No	41	29%
Total	140	100%

Grafico N°15:



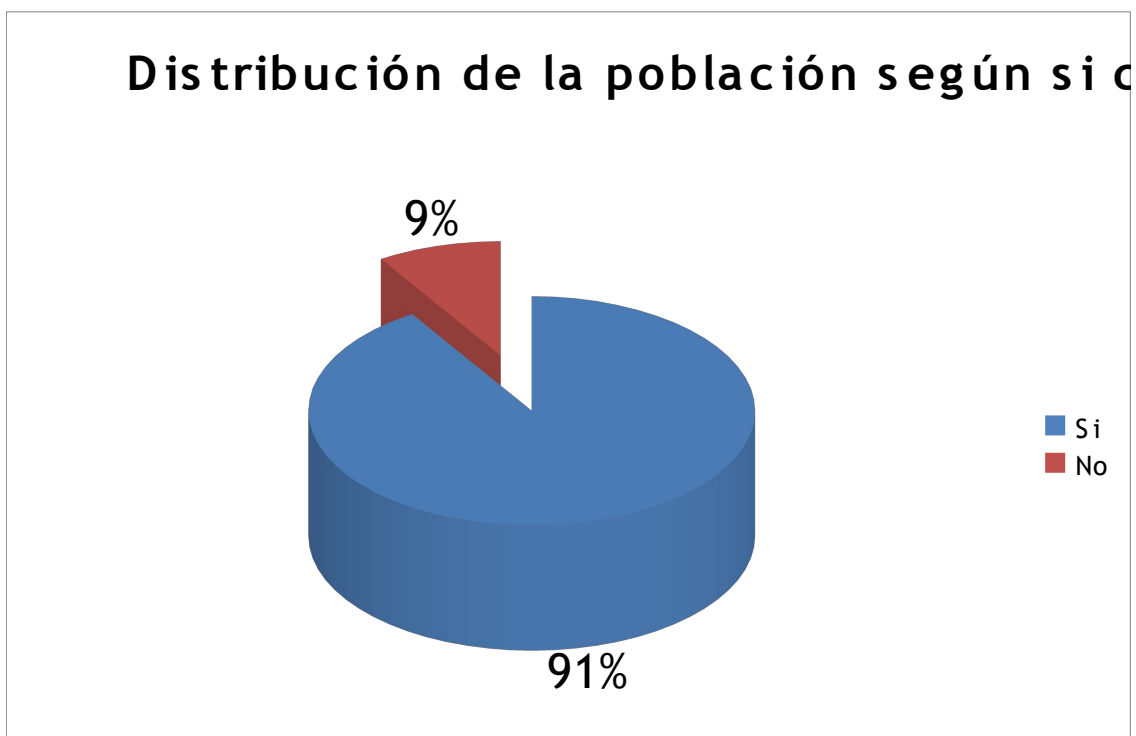
Distribución de la población total según si en la familia se habla del tema

Fuente: Datos obtenidos a partir de la aplicación de entrevistas realizadas a 140 adolescentes que concurren a una Institución Pública y Privada de Enseñanza Secundaria, en los meses de agosto-setiembre de 2010.

Tabla N°16: Distribución de la población según si con sus amigos habla del tema

Con sus amigos habla del tema	FA	FR%
Si	127	91,00%
No	13	9,00%
Total	140	100%

Grafico N°16:

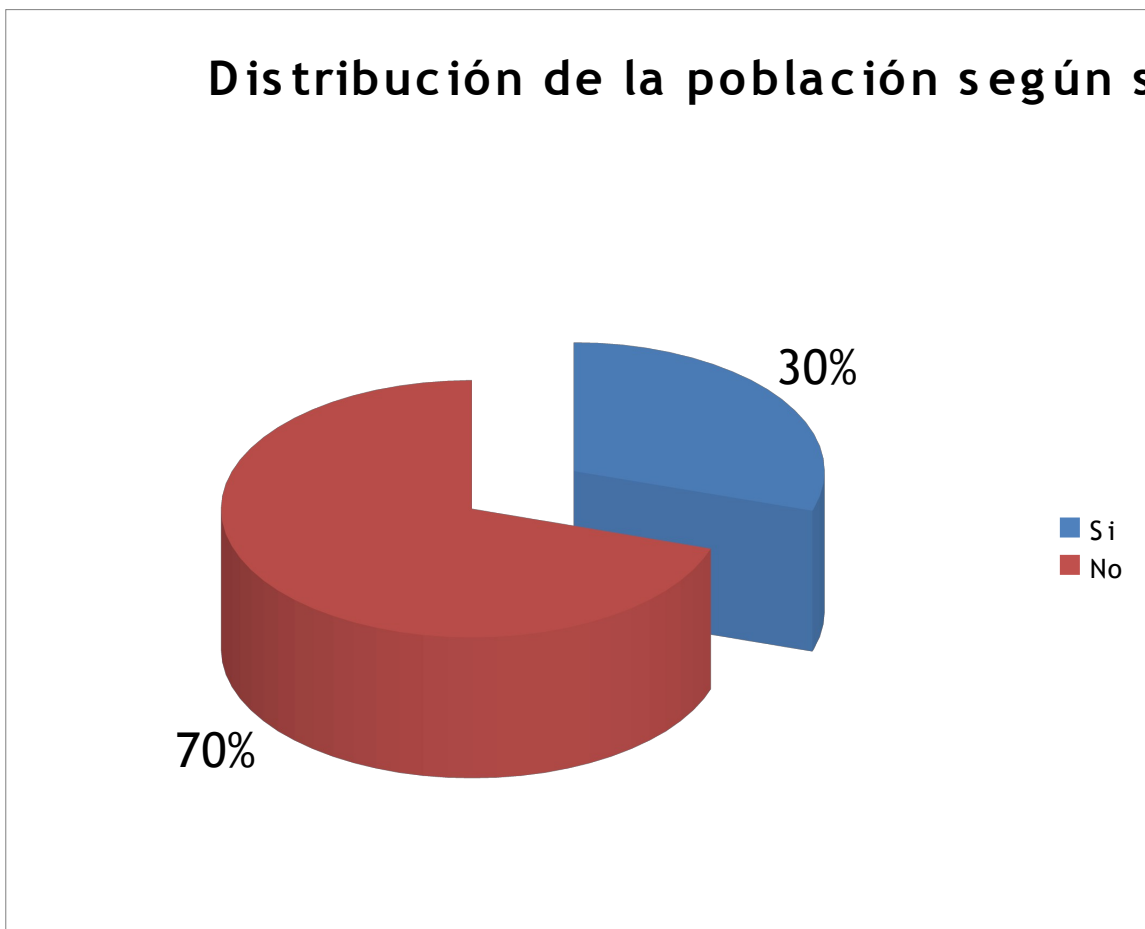


Fuente: Datos obtenidos a partir de la aplicación de entrevistas realizadas a 140 adolescentes que concurren a una Institución Pública y Privada de Enseñanza Secundaria, en los meses de agosto-setiembre de 2010

Tabla N°17: Distribución de la población según si practica algún tipo de religión

Practica algún tipo de religión	FA	FR%
Si	42	30,00%
No	98	70,00%
Total	140	100%

Grafico N°17:



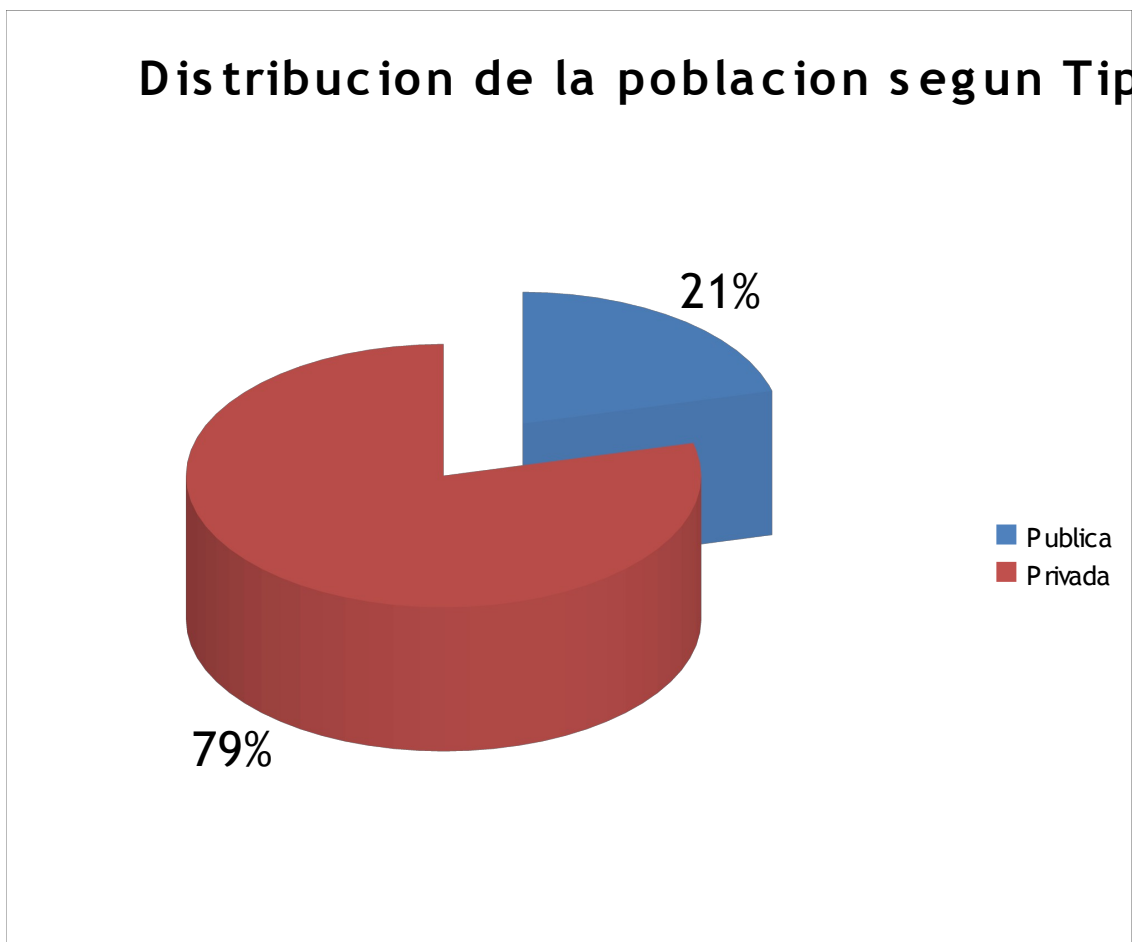
Distribución de la población según si practica algún tipo de religión

Fuente: Datos obtenidos a partir de la aplicación de entrevistas realizadas a 140 adolescentes que concurren a una Institución Pública y Privada de Enseñanza Secundaria, en los meses de agosto-setiembre de 2010.

Tabla N° 18: Distribución de la población según Tipo de cobertura medica

Tipo de Cobertura medica	FA	FR%
Publica	29	21%
Privada	111	79%
	140	100%

Grafico N° 18:



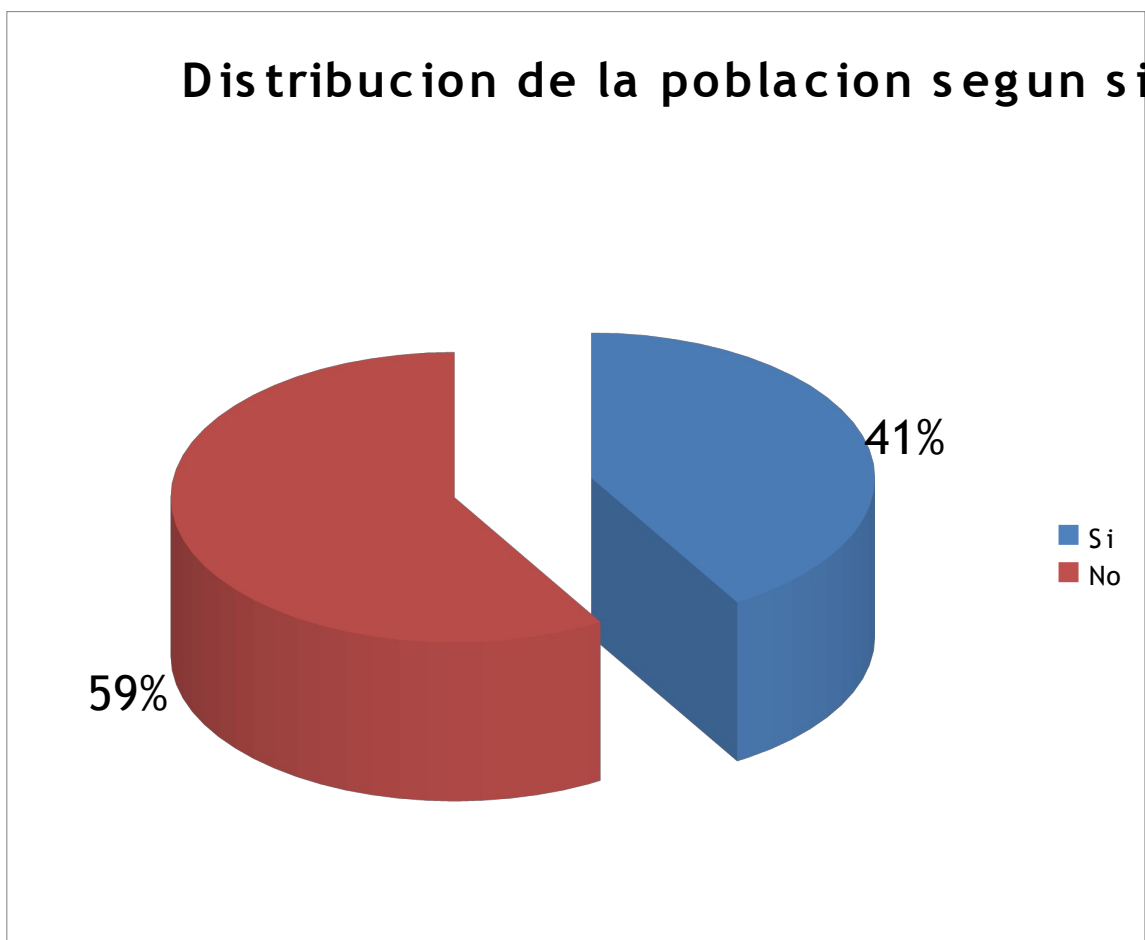
Distribución de la población según tipo de cobertura médica

Fuente: Datos obtenidos a partir de la aplicación de entrevistas realizadas a 140 adolescentes que concurren a una Institución Pública y Privada de Enseñanza Secundaria, en los meses de agosto-setiembre de 2010.

Tabla N° 19: Distribución de la población según si la mutualista le brinda información

Su mutualista le brinda información	FA	FR%
Si	58	41,40%
No	82	58,60%
Total	140	100%

Grafico N° 19:



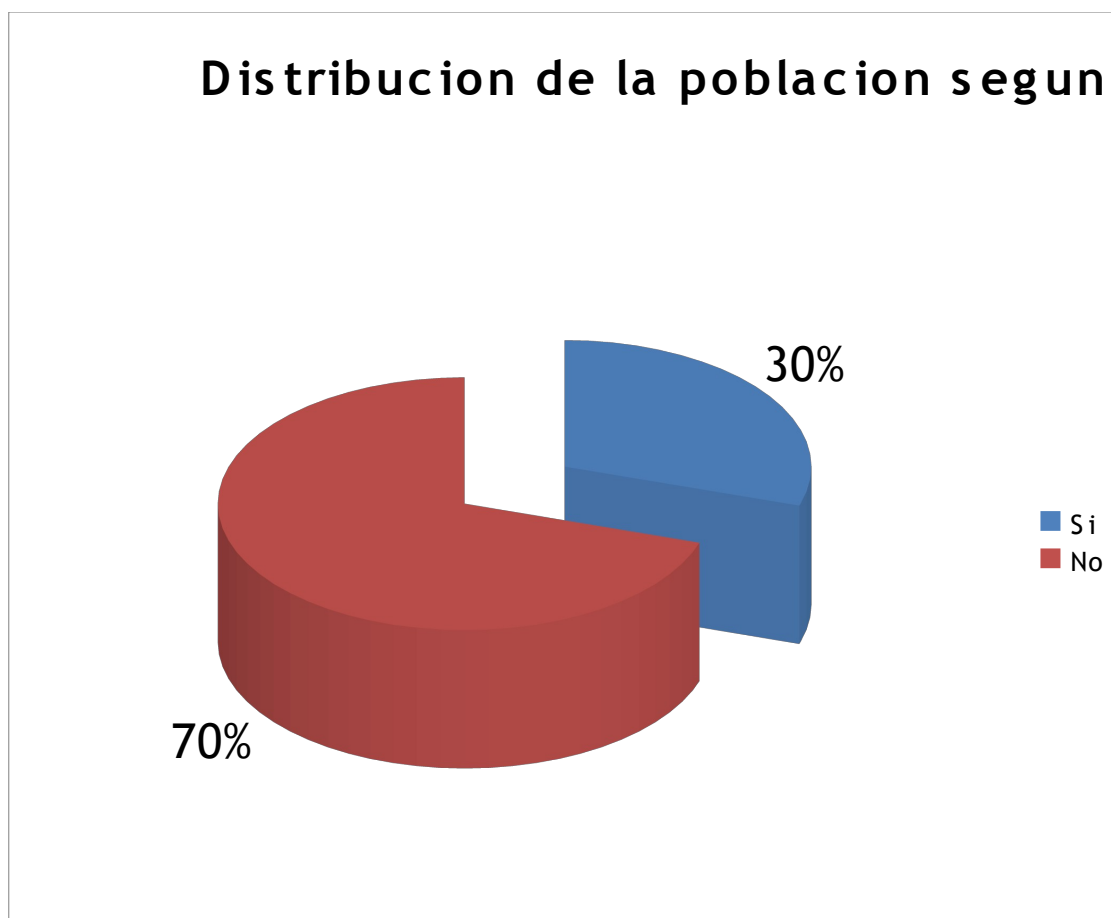
Distribución de la población según si la mutualista le brinda información

Fuente: Datos obtenidos a partir de la aplicación de entrevistas realizadas a 140 adolescentes que concurren a una Institución Pública y Privada de Enseñanza Secundaria, en los meses de agosto-setiembre de 2010.

Tabla N° 20: Distribución de la población según si practica algún tipo de religión

Practica algún tipo de religión	FA	FR%
Si	42	30,00%
No	98	70,00%
Total	140	100%

Grafico N° 20:



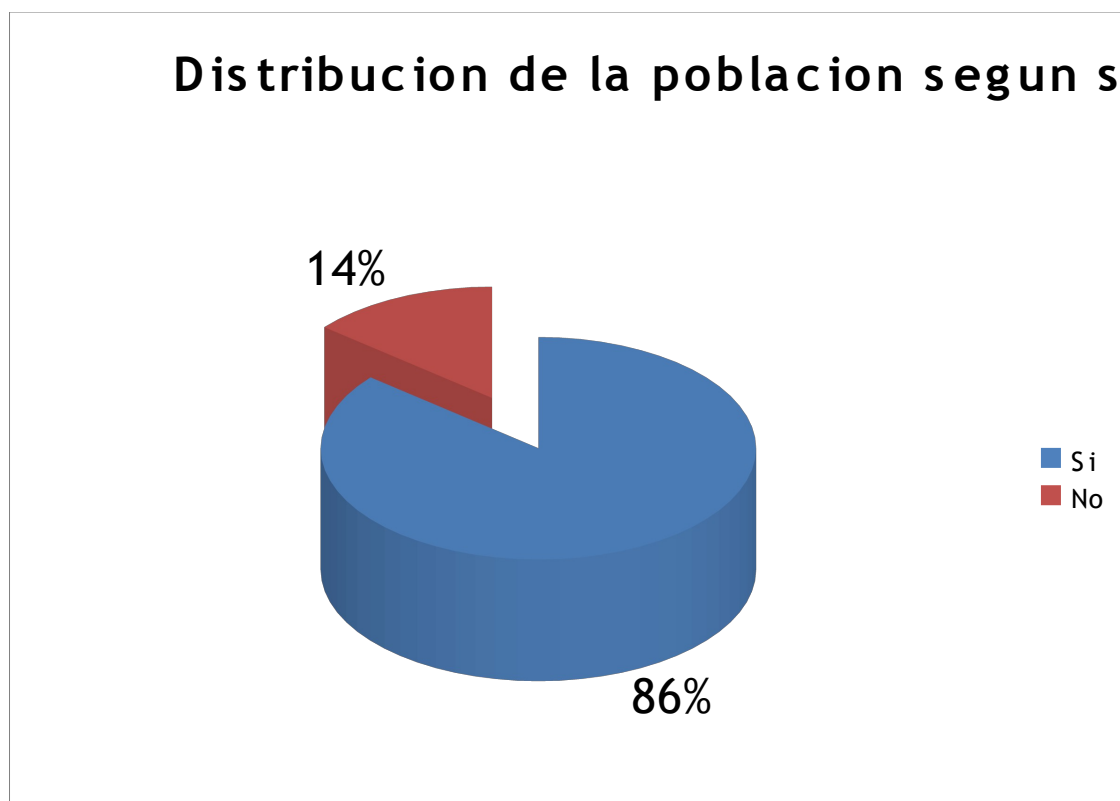
Fuente: Datos obtenidos a partir de la aplicación de entrevistas realizadas a 140 adolescentes que concurren a una Institución Pública y Privada de Enseñanza Secundaria, en los meses de agosto-setiembre de 2010.

Tabla N° 21: Distribución de la población según si su religión le permite mantener relaciones sexuales.

En este caso se tabulo solo los adolescentes que practican algún tipo de religión de forma activa.

Su religión le permite mantener RS	FA	FR%
Si	36	86%
No	6	14%
Total	42	100%

Grafico N° 21:



Distribución de la población según si la religión le permite mantener relaciones sexuales

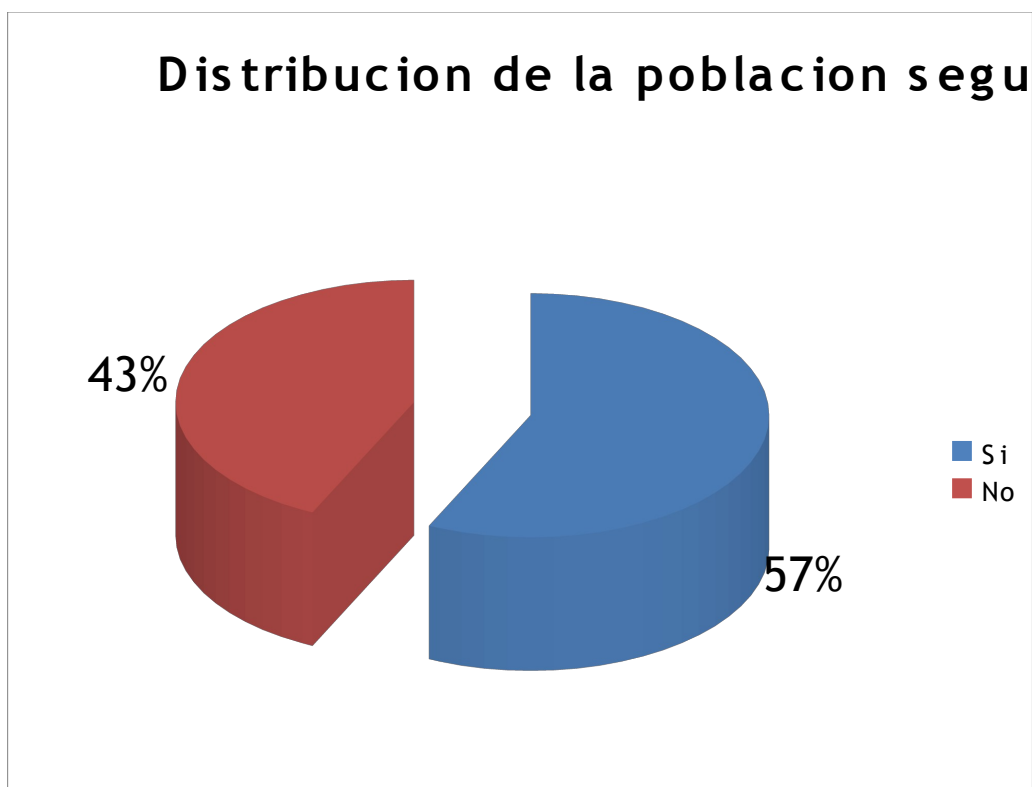
Fuente: Datos obtenidos a partir de la aplicación de entrevistas realizadas a 140 adolescentes que concurren a una Institución Pública y Privada de Enseñanza Secundaria, en los meses de agosto-setiembre de 2010.

Tabla N° 22: Distribución de la población según si su religión le permite el uso de MAC.

Se tabularon solo los adolescentes que practican algún tipo de religión en forma activa.

Su religión le permite el uso de MAC	FA	FR%
Si	24	57%
No	18	43%
Total	42	100%

Grafico N° 22:



Fuente: Datos obtenidos a partir de la aplicación de entrevistas realizadas a 140 adolescentes que concurren a una Institución Pública y Privada de Enseñanza Secundaria, en los meses de agosto-setiembre de 2010.

Tablas Comparativas

Tabla N°1: Distribución de la variable Edad de los liceos privados sobre la variable Ha mantenido RS (incluye solo la población que mantuvo RS).

Edad	Ha mantenido RS (fa)	Ha mantenido RS (FR%)
15	2	5%
16	13	32,50%
17	16	40%
18	9	22,50%

Grafico N°1: Distribución de la variable Edad de los liceos privados sobre la variable Ha mantenido RS (incluye solo la población que mantuvo RS).

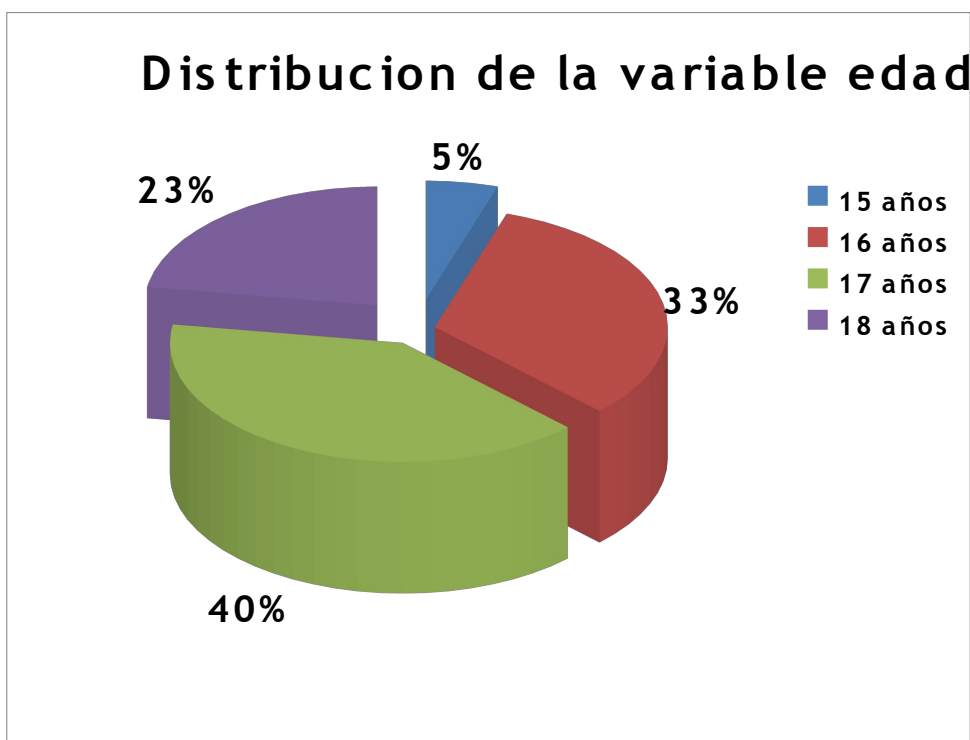


Tabla N°2: Distribución de la variable Edad de los liceos públicos sobre la variable Ha mantenido RS (incluye solo la población que mantuvo RS).

Edad	Ha mantenido RS (FA)	Ha mantenido RS (FR%)
15	5	10,90%
16	16	34,80%
17	14	30,40%
18	11	23,90%

Grafico N°2: Distribución de la variable Edad de los liceos público sobre la variable Ha mantenido RS (incluye solo la población que mantuvo RS).

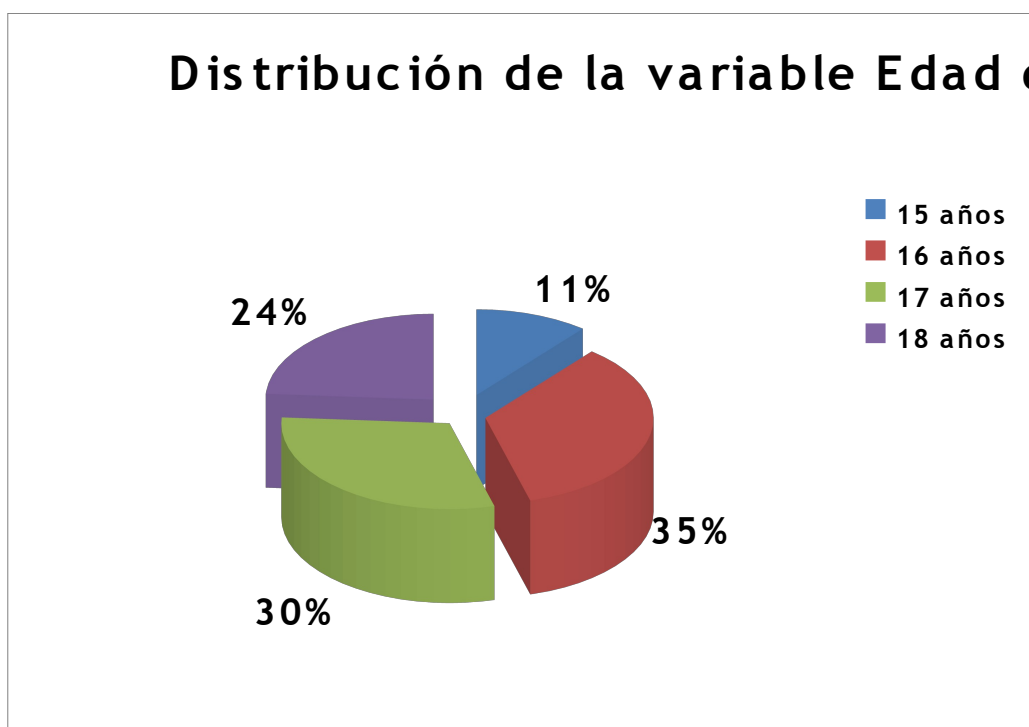


Tabla N°3: Distribución de la variable Uso de MAC de la población de liceo Privado sobre Conocimiento sobre ITS.

Uso de MAC	Conoce sobre ITS (FA)	No conoce sobre ITS (FA)
Si	38	0
No	1	1

Tabla N°4: Distribución de la variable Uso de MAC de la población de liceo Público sobre Conocimiento sobre ITS.

Uso de MAC	Conoce sobre ITS (FA)	No conoce sobre ITS (FA)
Si	44	1
No	1	0

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

A partir de la implementación del instrumento de recolección de datos en la población de adolescentes escolarizados de un liceo público del interior y dos privados de Montevideo, se obtuvo los siguientes resultados.

El total de la muestra fue de 140 individuos, de los cuales 70 pertenecen a una institución pública y 70 a una privada.

En lo que respecta a la variable franja etarea se observó, que del total de la muestra (140), un 16,4% perteneció al rango de 15 años, un 31,4% a la franja de 16 años, un 32,1% correspondió a la edad de 17 años y un 20% a la edad de 18 años.

De un total de 70 adolescentes pertenecientes a la institución pública, se desprendió con respecto a la anterior variable, los siguientes resultados: 14,28% correspondieron a la franja etarea de 15 años, un 32,85% al rango de 16 años, un 34,28% a la franja de 17 años y un 18,57% a la edad de 18 años.

De un total de 70 adolescentes pertenecientes a la institución privada se obtuvo los siguientes resultados: un 18,57% corresponde a la franja etarea de 15 años, un 30,00% a la franja de 16 años, un 30,00% a la edad 17 años y un 21,42% a la edad de 18 años.

Al comienzo de la investigación se eligió abordar esta franja etarea porque se consideró que la misma era de las más vulnerables en cuanto a experiencia y conocimiento, además es una etapa del ciclo vital donde se experimentan cambios a nivel biológicos, psicológicos y sociales.

Luego de tabular y analizar los datos, se observó que contrariamente a lo que habíamos pensado, dichos adolescentes poseen información, utilizan ésta a la hora de mantener relaciones sexuales y se ve evidenciado a través del uso del preservativo.

Haciendo referencia a la variable Grado liceal se identificó que del total de la muestra (140) un 37,1% corresponde a 4º año, un 28,6% a 5º año y un 34,3% a 6º año liceal.

En lo que respecta a la institución pública de un total de 70 adolescentes, se obtuvo que el 35,71% pertenece a 4º grado, un 31,42% corresponde a 5º y un 32,85% a 6º grado.

Lo que corresponde a la institución privada de un total de 70 adolescentes, se observó que un 38,57% pertenece a 4º grado, 25,71% corresponde a 5º y un 35,71% a 6º grado.

Se creyó importante esta variable ya que pensábamos que cuanto más avanzado el grado liceal iba a ser mayor el conocimiento sobre ITS, pero finalizada la investigación se identificó que no hay grandes diferencias.

En lo que respecta a la variable mantuvieron relaciones sexuales de un total de 140 adolescentes, se obtuvo que 86 (61,40%) adolescentes refieren haber comenzado las mismas y 54(38,60%) adolescentes que no.

En lo que respecta a la institución pública de un total de 70 adolescentes, se obtuvo que 46 (65,70%) refieren haber mantenido relaciones sexuales, contra 24 (34,30%) que refieren lo contrario.

Y en lo que corresponde a la institución privada de un total de 70 adolescentes, se obtuvo que 40 (57,10%) refieren haber mantenido relaciones sexuales, contra un 30 (42,9%) que refieren no haberlas mantenido.

En lo que corresponde a la variable edad de inicio de relación sexual del total de la muestra (140), solo mantuvieron las relaciones 86 adolescentes, 3,48% pertenece a 13 años, 12,14% corresponde a 14 años, 41,86% pertenece a 15 años, 25,58% corresponde a 16 años, 8,13% pertenece a 17 años, 1,16% corresponde a 18 años.

Dentro de la institución pública de un total de 46 adolescentes que si mantuvieron relaciones sexuales, se obtuvo que 6,52% iniciaron a los 13 años, 21,73% comenzaron a los 14 años, 36,95% iniciaron a los 15 años, 21,73% lo hicieron a los 16 años, 10,86% refieren a los 17 años y 2,17% a los 18 años.

Dentro de la institución privada de un total de 40 adolescentes que si mantuvieron relaciones sexuales, no hubo adolescentes que se iniciaran a los 13 años, 17,50% comenzaron a los 14 años, 47,50 % iniciaron a los 15 años, 30,00% lo hicieron a los 16 años, 5,00% refieren a los 17 años y no hubo adolescentes que hayan iniciado a los 18 años.

Haciendo referencia a estas últimas 2 variable, no nos sorprendió ya que de ante mano sabíamos que la edad de inicio de las relaciones sexuales es cada vez más temprana, siendo este otro de los argumentos de selección de la franja etarea.

En lo que respecta a la variable tiene pareja sexual, en un total de 140 adolescentes, se obtuvo que 86 (61,40%) adolescentes refieren tener pareja sexual, contra 54(37,60%) que no la poseen.

Dentro de esos 86 adolescentes que si poseen pareja sexual, se obtuvo que 82 (95,35%) tienen pareja del sexo opuesto y por otro lado tenemos 4 (4,65%) que refieren tener pareja del mismo sexo.

Dentro de lo que corresponde a la institución pública, del total de 70 adolescentes, 24(34,30%) refirió no tener pareja sexual, por otro lado 46(65,70%) refirió tener pareja sexual, dentro de estos, resultó que 42(91,31%) refirió tener pareja sexual del sexo opuesto y 4(8,69%) refirió tener pareja sexual del mismo sexo.

Por otro lado dentro de la institución privada, de un total de 70 adolescentes, 30(42,90%) refirió no tener pareja sexual, por otro lado se obtuvo que 40(57,10%)

refirió tener pareja sexual, dentro de estos, 40(100%) refirieron tener pareja sexual del sexo opuesto.

En lo que refiere a la variable de si utiliza MAC durante la relación sexual, del total de la muestra (140), 86 adolescentes que mantienen relaciones sexuales, se obtuvo que 85(98,8%) adolescentes utilizan el MAC, solo se encontró 1(1,20%) adolescente que no lo hace, este último se encuentra dentro de la institución pública.

Dentro de lo que es la variable que MAC utilizan durante la relación sexual, se obtuvo que del total de adolescentes (86) que mantienen relaciones sexuales, 81 (94,20%) utilizan preservativo, 4 (4,60%) utilizan ACO y solo 1 (1,20%) no utiliza los mismos.

En lo que respecta a la institución pública, del total de 70 adolescentes, 46 mantienen relaciones sexuales, dentro de estos, 43 (93,50%) utilizan preservativos, 2 (4,40%) utilizan solamente ACO y un 1 (2,10%) adolescente no utiliza ninguno.

Al referirnos a la institución privada, del total de 70 adolescentes, 40 mantienen relaciones sexuales, dentro de estos, 38 (95,00%) utilizan preservativos y 2 (5,00%) utilizan solamente ACO.

En la variable referida a la finalidad de los MAC, tenemos que de 85 adolescentes que utilizan el mismo durante la relación sexual, 4 (4,7%) lo utilizan para evitar la transmisión de ITS, 18 (21,20%) para evitar el embarazo y 63 (74,10%) lo utilizan por ambas razones.

Por un lado en la institución pública, del total de 70 adolescentes, 46 mantienen relaciones sexuales, de estos, 45 utilizan MAC durante la relación sexual, dentro de estos, 2 (4,4%) utilizan para evitar ITS, 8 (17,80%) para evitar el embarazo y 35 (77,8%) por los dos motivos.

Por otro lado en la institución privada, del total de 70 adolescentes, 40 mantienen relaciones sexuales y utilizan MAC durante la relación sexual, dentro de estos, 2 (5,00%) utilizan para evitar ITS, 10 (25,00%) para evitar el embarazo y 28 (70,00%) por los dos motivos.

Al detenernos en estas 3 variables anteriores se pudo observar que los adolescentes que estaban dentro de los criterios de inclusión, utilizan preservativo no solo para prevenir el embarazo sino también para prevenir ITS, demostrando esto el conocimiento tanto sobre ITS como de salud reproductiva.

En lo que refiere a la variable de MAC que conoce, se encontró que del total de la muestra (140), 37,10% conoce el DIU, el 93,60% conoce el preservativo, el 69,30% conoce los ACO, el 4,30% conoce el anillo anticonceptivo, el 8,60% conoce el diafragma, el 0,70% conoce el parche anticonceptivo y el 2,10% no contesta.

En lo que respecta a la institución pública, se encontró que de 70 adolescentes, 28,50% conoce el DIU, el 97,10% conoce el preservativo, el 74,30% conoce los ACO y el 7,15% conoce el diafragma.

Por otro lado dentro de la institución privada, se encontró que de 70 adolescentes, 47,70% conoce el DIU, el 90,00% conoce el preservativo, el 64,30% conoce los ACO, el 8,57% conoce el anillo anticonceptivo, el 10,00% conoce el diafragma, el 1,42% conoce el parche anticonceptivo y el 4,30% no contesta.

Esta variable lo que mostro es que la población tiene un amplio conocimiento sobre los distintos tipos de MAC, incidiendo esto de manera favorable sobre el conocimiento en ITS.

Luego al referirnos a la variable si conoce sobre ITS, del total de la muestra (140), se obtuvo que 131 (93,60%) adolescentes refieren conocer sobre las mismas y 9 (6,40%) adolescentes refieren no conocerlas.

Al referirnos a la institución pública, de un total de 70 adolescentes, se observó que 66 (94,30%) de los mismos refieren conocerlas, contra 4 (5,70%) que manifiestan no hacerlo.

Y dentro de la institución privada, de un total de 70 adolescentes, se obtuvo que 65 (92,80%) adolescentes las conocen y 5 (7,20%) refieren no conocerlas.

Con respecto a la variable ITS que conoce, del total de 140 adolescentes, se obtuvo que, 122 (87,10%) conocen sobre el VIH, 64 (45,70%) conocen sobre SIFILIS, 7 (5,00%) conocen sobre HPV, 41 (29,30%) conocen sobre GONORREA, 8 (5,70%) conocen sobre HEPATITIS, 1 (0,70%) conoce sobre HERPES y 2 (1,40%) conoce sobre ITS pero no especificaron cuales.

En la institución pública de un total de 70 adolescentes, 66 conocían sobre las ITS, dentro de estos, 62 (94,00%) conocen sobre el VIH, 37 (56,00%) conocen sobre SIFILIS, 6 (9,00%) conocen sobre HPV, 27 (40,00%) conocen sobre GONORREA, 2 (3,00%) conocen sobre HEPATITIS y 1 (1,50%) conoce sobre HERPES.

En la institución privada de un total de 70 adolescentes, 65 conocían sobre las ITS, dentro de estos, 60 (92,30%) conocen sobre el VIH, 27 (41,50%) conocen sobre SIFILIS, 1 (1,50%) conocen sobre HPV, 14 (21,50%) conocen sobre GONORREA, 6 (9,20%) conocen sobre HEPATITIS, 1 (1,50%) conoce sobre HERPES y 2 (3,00%) conoce sobre las mismas (ITS) pero no especifican cuales.

Al hacer referencia a estas 2 variables, en un comienzo se creyó que no se poseía tanto conocimiento sobre otras ITS que no fuese HIV, contrariamente a lo pensado se pudo valorar que la muestra tiene un vasto conocimiento sobre otras ITS y como mencionamos anteriormente conocen la forma de prevenirlas.

Dentro de la variable de si su centro educativo le brinda información, del total de la muestra de 140 adolescentes, se obtuvo que, 113 (80,70%) adolescentes refieren que si se les brinda información, mientras que 27 (19,30%) refieren lo contrario.

En la institución pública, del total de 70 adolescentes, se observó que 58 (82,50%) referían que su centro educativo les brinda información, por otro lado 12 (17,50%) refería que no se les brindaba.

En la institución privada, del total de 70 adolescentes, se observó que 55 (78,60%) referían que su centro educativo les brinda información, mientras que 15 (21,40%) refieren lo contrario.

Si bien no se pudo identificar si existen programas formales de educación sexual en las distintas instituciones, si se pudo detectar según la opinión de los adolescentes que de manera formal o informal se les brinda información.

Con respecto a la variable en su núcleo familiar se habla del tema, del total de la muestra (140), se observó que, 99 (70,70%) refieren que si se habla del mismo dentro de su familia y 41 (29,30%) refieren que no.

Dentro de la institución pública, de los 70 adolescentes, 42 (60,00%) refirió que dentro de su núcleo familiar si se habla del tema y por otro lado 28 (40%) adolescentes refirieron que no se habla del mismo.

En la institución privada, de los 70 adolescentes, 57 (81,40%) de los mismos refirieron que no se habla del tema en su núcleo familiar, tanto que 13 (18,60%) refieren lo contrario.

Al referirnos a la variable en su grupo de amigos se habla sobre el tema, dentro del total de la muestra (140), se obtuvo que 127 (90,70%) adolescentes refirieron que si se habla del tema, por otro lado se obtuvo que 13 (9,30%) refirieron lo contrario.

En la institución pública, de un total de 70 adolescentes, se observó que 64 (91,40%) de los mismos refieren que si se habla del tema dentro su grupo de amigos y 6 (8,60%) que no lo hacen.

En la institución privada, de un total de 70 adolescentes, se observó que 63 (90,00%) de los mismos refieren que si se habla del tema dentro su grupo de amigos y 7 (10,00%) que no.

Al analizar estas 2 últimas variables se observó que además de la información que puedan obtener en sus centros educativos, es de vital importancia las redes sociales primarias (familias y amigos), siendo estas de vital importancia no solo a la hora de conocer sobre ITS sino también para cualquier actividad que desarrolle a lo largo de su vida.

En la variable referida a **practica alguna religión en forma activa**, se observó que del total de la muestra (140), 42 (30,00%) adolescentes si lo hacen, por otro lado 98 (70,00%) no lo hacen.

Dentro de la institución pública, de 70 adolescentes, se obtuvo que 16 (22,9%) refieren que si practican un tipo de religión en forma activa, por otra parte 54 (77,10%) refieren lo contrario.

Y en la institución privada, de un total de 70 adolescentes, 26 (37,00%) refirió que si practican un tipo de religión en forma activa, mientras que 44 (53,00) no lo hacen.

Continuando con la variable antes mencionada, dentro de esta se preguntaba si su religión le impedía de alguna forma mantener relaciones sexuales, del total de la muestra (140) solo 42 adolescentes refirieron practicar algún tipo de religión de forma activa, obteniéndose que 36 de los mismos (85,70%) refieren que su religión no les impide mantener relaciones sexuales, por otra parte 6 (14,30%) refieren que su religión si le impide.

En la institución pública de 70 adolescentes, 16 de los mismos informo que practicaban un tipo de religión en forma activa, dentro de estos, 15 (93,75%) relato que su religión si les permite mantener relaciones sexuales, solo 1 (6,25%) adolescente refirió lo contrario.

En la institución privada de 70 adolescentes, 26 de estos mencionó que practicaban algún tipo de religión en forma activa, 21 (80,8%) que su religión si les permite mantener relaciones sexuales y 5 (19,20%) adolescentes refirieron lo contrario.

Siguiendo dentro de la misma variable, de los 42 adolescentes que refirió que su religión si les permite mantener relaciones sexuales, se obtuvo que, 24 (57,2%) refieren que la misma le permite el uso del MAC, contra 18 (42,80%) de que no se le permite el uso del mismo.

En la institución pública, de los 16 adolescentes que mencionó practicar un tipo de religión en forma activa, se obtuvo que 12 (75,00%) de los mismos refirieron que su religión le permite el uso de MAC y 4 (25,00%) que no se les permite.

En la institución privada, de los 26 adolescentes que practican un tipo de religión en forma activa, se obtuvo que 12 (46,2%) sostuvo que su religión le permite el uso de MAC y 14 (53,80%) refieren que no.

Al referirnos a la variable Religión creímos conveniente y certero analizarla de manera más detenida y detallada ya que a priori la consideramos una de las variables que más podía influir en nuestro trabajo de investigación. Al analizarla se tuvo en cuenta 3 aspectos: 1° Si practicaban algún tipo de religión de forma activa. 2° Si esta le impedía mantener relaciones sexuales. 3° Si les impedía el uso de MAC. Al valorar el primer aspecto de forma general se detecto que en su gran mayoría no practican de forma activa ninguna religión, mismos datos que surgen de la descripción del liceo público. En

cambio en el liceo privado la cifra aumenta un poco más, esto se debe a que el colegio elegido es de origen católico y que dentro de sus cursos orienta a los adolescentes a tener una inclinación religiosa.

Dentro de los jóvenes que practican algún tipo de religión siendo indiferente al centro educativo que pertenezcan, la misma no les impide mantener relaciones sexuales. Al desglosarlo entre público y privado obtuvimos idénticos resultados, es decir que los adolescentes que refirieron practicar algún tipo de religión no les impedía mantener relaciones sexuales.

Consideramos importante el tercer aspecto que relaciona a la religión con el uso de MAC. Si bien en nuestro país no existe una religión oficial, es de público conocimiento que una de las más fuertes a nivel de convocatoria es la Católica, religión que ha tomado clara postura al momento de debatir sobre temas como el aborto o el uso del preservativo negando de forma casi imperativa el uso de este último, esto se refleja de alguna manera en nuestros datos ya que al analizar la relación entre religión y uso de MAC se desprende que en la población total son muy parejos y equilibrados los valores entre adolescentes que manifiestan que su religión les permite el uso de Mac y los que no. Si desglosamos estos datos y comparamos por un lado el público donde la religión no ejerce ningún tipo de orientación, se obtuvo que en su gran mayoría los jóvenes que practican algún tipo de religión, la misma no les impide el uso de MAC. Contrariamente en un liceo privado de orientación católica este dato es bastante equilibrado pero tiene una leve tendencia a indicar que la religión si influye en el uso de MAC.

Se desprende de este análisis que al detallar los datos de la población total la religión no es un factor preponderante en el conocimiento de los adolescentes, en cambio si analizamos las poblaciones por separados y teniendo en cuenta que el liceo privado tiene una clara inclinación religiosa es prácticamente una obviedad que los datos marcan una influencia en los adolescentes.

En lo que respecta a la variable tipo de cobertura médica, se obtuvo que del total de la muestra (140) 111 (79,3%) poseen cobertura médica privada y 29 (20,70%) poseen cobertura médica pública.

Dentro de los adolescentes de la institución pública (70), se obtuvo que 23 (32,85%) de los mismos poseen cobertura médica pública y 47(67,15%) poseen cobertura de salud privada.

En los adolescentes de la institución privada (70), obtuvo que 64 (91,40%) de los mismos poseen cobertura médica privada y 6(8,60%) poseen cobertura de salud pública

Luego dentro de esta variable, se preguntó si su cobertura de salud le brinda información sobre ITS y ACO, sobre el total de la muestra (140), se obtuvo que 58 (41,4%) refieren que si se les aporta información por parte de la misma y 82 (58,60%) que no.

Los adolescentes de la institución pública (70) refirieron: 22(31,40%) que su cobertura de salud si les brinda información sobre ITS y ACO, 48 (68,60%) refirieron que no se les brinda información.

Los adolescentes de la institución privada (70) manifestaron: 36 (51,40%) r que si se les brinda información por parte de su cobertura médica, por otro lado 34 (48,60%) refirieron lo contrario.

Al analizar la variable cobertura médica, se vio que la muestra en su gran mayoría posee cobertura de carácter privado. Al tomar en cuenta si esta les brinda información sobre ITS se ve reflejado que la mayor parte de los jóvenes mencionan que no obtiene y que no se les brinda información, debilidad que ya es conocida pero que se está intentando mejorar a través de una reciente implementación de un programa.

Cabe mencionar que a mediados del año 2009 se implementó un nuevo programa de espacio adolescente, una instancia diferencial de atención y promoción de la salud dotado para la asistencia integral, que brinda servicios de calidad para este grupo etario poblacional, y en donde se incorpora acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación, que posibilitan la vivencia de una sexualidad plena, responsable, con enfoque de género y derechos, además procura potenciar el Primer Nivel de Atención, privilegiando acciones de promoción sanitaria y prevención de enfermedades evitables.

CONCLUSIONES

Al finalizar este trabajo de investigación podemos concluir que se logro determinar los factores que influyen en el conocimiento sobre ITS en adolescentes escolarizados en una institución pública del interior y privada de Montevideo.

Para lograr dicho objetivo se elaboró un instrumento de recolección de datos, a través del cual se pudo abordar, caracterizar y estudiar a la población elegida. Dicho instrumento fue aplicado a 168 adolescentes escolarizados entre 4° y 6° año liceal, siendo la muestra final de 140 ya que el resto quedo por fuera de los criterios de inclusión.

A través de esto se pudo determinar que el 60 % de los individuos seleccionados ha mantenido relaciones sexuales, habiéndose iniciado sexualmente en su gran mayoría antes de los 16 años, dato que previo a la investigación el grupo ya manejaba debido a que es de público conocimiento que hoy en día los adolescentes comienzan a tener relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas. Se logro identificar, por medio del instrumento, que conocen sobre ITS, que aplican dicho conocimiento a través del uso de preservativo (solo un individuo no utiliza preservativo refiriendo este conocer sobre ITS), que la finalidad de su uso es tanto para evitar el embarazo y la transmisión de ITS y que dentro de éstas la más conocida entre la población abordada es el VIH. Como mencionamos anteriormente si bien la edad de inicio es temprana, esto no tiene relación directa con el conocimiento que poseen, pero cabe destacar que el mismo no es tan amplio o profundo en lo que refiere al resto de las ITS.

Es preocupante que dentro del total de la población, un 6% independientemente que mantengan relaciones o no, no conocen sobre ITS, siendo este dato de vital importancia ya que se eligió esta franja etarea porque es cuando el adolescente atraviesa cambios biológicos, psicosocioculturales y donde la información que se les brinde debe ser correcta, precisa y lo mas calificada posible.

Se pudo identificar que la fuente de información de la totalidad de la población es a través de su familia, amigos y centro educativo, siendo estos factores determinantes a la hora de definir el conocimiento sobre ITS en la población estudiada.

Otro dato que se desprende de esta investigación es que la práctica de algún tipo de religión no incide de manera directa sobre el conocimiento de ITS en la población abordada como lo describimos en el análisis, con la salvedad de que en el colegio privado de origen Católico si se nota una leve influencia de la religión sobre el conocimiento de los púberes.

Con respecto a la variable que relaciona al tipo de cobertura médica y si la misma les brinda información se logro concluir que esta no influye sobre el conocimiento de la

población. Más allá de esto, actualmente se implementó una Ley donde se exige a las instituciones de salud tanto pública como privada a ofrecer a sus usuarios MAC a un costo accesible así como brindar información sobre la salud sexual y reproductiva de sus usuarios.

Para finalizar al momento de comparar ambas poblaciones no encontramos grandes diferencias con respecto a las variables antes analizadas lo que nos llevó a concluir que la educación no es un factor que influya en el conocimiento sobre ITS en adolescentes escolarizados.

Propuestas y Sugerencias

- Desarrollar el medio adecuado para esta población (pagina web, facebook,Fm) para lograr la atención de la población adolescente, en cuanto a la concientización de su salud sexual y reproductiva e ITS.
- Crear un espacio en el cual el adolescente pueda evacuar sus dudas y en el cual se le informe sobre los riesgos de un mal uso de los MAC.
- Lograr un abordaje integral del adolescente por medio de un equipo multidisciplinario, el cual conozca y actúe sobre las necesidades, intereses y problemas del mismo y su entorno de manera de actuar sobre las mismas.
- Crear grupos Multidisciplinarios (Pediatra, Psicólogo, Asistente social, Medico general, etc.) los cuales sean destinados para la realización de talleres en los bachilleratos de educación secundaria (4º, 5º, 6º) y centros de salud.

Dificultades durante el proceso de Investigación

Durante el proceso de investigación se presentaron algunas dificultades las cuales algunas lograron superarse y otras hicieron que se fueran modificando aspectos previamente establecidos.

La primera dificultad que encontramos fue al momento de la revisión bibliográfica ya que no encontramos trabajos similares que sirvieran de plataforma de la investigación, siendo este uno de los mayores elementos que justificaban la necesidad de elaborar una investigación de estas características.

Otra de las dificultades fue lograr conseguir los campos establecidos para abordar la población elegida, en un comienzo la idea del grupo fue abordar 2 liceos de Montevideo (uno público y uno privado), siendo esto imposible ya que muchos liceos no cuentan con educación sexual ni les interesaba que se hablara del tema.

Una vez que se consiguió campo para el trabajo fue muy difícil aproximarse a la muestra establecida por el grupo (100 varones de cada liceo) logrando finalmente conseguir una muestra que creíamos representativa.

Otra dificultad una vez establecido el campo de práctica, fue que se tuvo que modificar el cuestionario, ya que las autoridades de los respectivos centros educativos manifestaron disconformidad en lo que refería a la indagación sobre el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas.

Finalmente costó bastante ponerse de acuerdo y tener un criterio frente a la ambigüedad de algunas respuestas de los adolescentes.

Referencias Bibliográficas

Bosque S, González J, Bosque M. ¡Manos a la Salud!. Mercadotecnia, comunicación y publicidad: herramientas para la promoción de la Salud. México: O.P.S.; 1998.

Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.OMS. Salud y Bienestar Social de Canadá. Asociación Canadiense de Salud Pública. Conferencia internacional sobre la promoción de la salud; 1986.

Colomer C, Álvarez-Dardet C. Promoción de la salud y cambio social. Madrid: Masson; 2001.

Costa Rica. Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud 1998-2002.

Del Bosque M. Conceptos clave de la promoción de la salud desde la perspectiva de la comunicación, la mercadotecnia y la publicidad. ¡Manos a la Salud!. México: CIES – OPS; 1986.

Enfocando la salud: La salud pública en la reestructuración de los servicios de salud. Canadiense de salud pública. Consejo Directivo. 1996.

Franco, S. Proceso vital humano, proceso salud enfermedad: Una nueva perspectiva. [s.p.i.].

Gérvas J, Heath I, Durán A, Gené J; Members of the Seminar of Primary Health Innovation 2008. Clinical prevention: patients' fear and the doctor's guilt. Eur J Gen Pract. 2009; Volumen 15(3): 122-124.

Gérvas J, Pérez Fernández M, González de Dios J. Problemas prácticos y éticos de la prevención secundaria. A propósito de dos ejemplos de pediatría. Revista Española Salud Pública. (81) 2007. 345-352.

Gérvas J, Pérez Fernández M. Los daños provocados por la prevención y por las actividades preventivas. RISAI. 2009; 1(4).

Gérvas J, Pérez Fernández M. Los límites de la prevención clínica. AMF. 2007; N°3: 352-360.

Gérvas J. Abuso de la prevención clínica. El cribaje del cáncer de mama como ejemplo. Rev Espaço Saúde. 2009; Volumen 11(1): 49-53.

Ley 60 Distribución de recursos. Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud; 1993.

Lohr K, ed. Medicare: A strategy for quality assurance: Institute of Medicine, National Academy Press. Washington DC: [s.n.]; 1990.

Memorias de Ética, Universidad y Salud. Santafé de Bogotá: [s.n.]; 1994 p.. 67 - 68.

Ministerio de Salud. Propuesta preliminar para el desarrollo de una Política Nacional de Educación para la Salud. Costa Rica: Departamento de educación para la salud; 1987.

Nola J. Teoría de Promoción de la Salud. Teorías y Modelos de Enfermería. [s.l.]: [s.n.]; 1994.

Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Manual de comunicación social para programas de salud. Washington: Programa de Promoción de la Salud; 1992.

Paganini JM. Calidad y eficiencia en hospitales. Bol Oficina Sanit Panam.115(6) 1993; Proyecto estado de la nación en desarrollo humano sostenible. Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. San José; 1998 (4).

Proyecto estado de la nación en desarrollo humano sostenible. Informe de la Auditoría ciudadana sobre la calidad de la democracia. Volumen II. San José; 2001.

Restrepo HE, Málaga H. Promoción de la salud: cómo construir vida saludable. Bogotá: Panamericana; 2001.

Sackett DL. The arrogance of preventive medicine. CMAJ. (4) 2004. p. 167:363.

Starfield B, Hyde J, Gérvas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? J Epidemiology Community Health. 2008; (62): 580-583.

Starfield B. Health services research: A working model. N Engl J Med 1973; Volumen 289: 132-136.

Terris, M. ¿Qué es la Promoción de la Salud ?. Washington: O.P.S./O.M.S.; 1991 p. 147-151.

Páginas Web

<http://www.ideasrapidas.org/marihuana.htm>

<http://es.wikipedia.org/wiki/Educaci%C3%B3n>

<http://es.wikipedia.org/wiki/Religi%C3%B3n> 12/7

<http://www.ine.gub.uy/biblioteca/reproduccion/FolletoEncuesta.pdf> 13/7

<http://www.unfpa.org.uy/proyectos/index.php?Projects=1&All=1> 13/7

ANEXOS

Lista de Siglas

ACO: Anticonceptivos orales

ALC: América Latina y el Caribe

CIE: Consejo Internacional de Enfermería

DISSE: Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad

DIU: Dispositivo Intrauterino

EIP: Enfermedad Inflamatoria Pélvica

ETS: Enfermedad de transmisión sexual

FSH: Hormona Folículoestimulante

HIV: Virus de Inmunodeficiencia Humana

HPV: Virus del Papiloma Humano

HSV: Virus del Herpes Simple

INDE: Instituto Nacional de Enfermería

INE: Instituto Nacional de Estadística

ITS: Infección de Transmisión sexual

LH: Hormona Luteinizante

MAC: Métodos Anticonceptivos

MSP: Ministerio de Salud Pública

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PROCETSS: Programa de Control de Enfermedades de Transmisión sexual y Sida

RS: Relaciones Sexuales

SSR: Salud Sexual y Reproductiva

Cronograma de Actividades

1. Realización del protocolo de investigación (tiempo en semanas)

Definición del tema

Fundamentación y justificación

Determinación de objetivos y metas.

Revisión bibliográfica.

Marco conceptual

Variables

Plan de Análisis.

2. Creación del instrumento de recolección de información

Presentación ante autoridades.

Prueba de funcionamiento del instrumento.

Recolección de datos.

Procesamiento de datos y clasificación.

Análisis de datos obtenidos.

Redacción del Informe Final

Entrega del Informe Final

Cuestionario de recolección de datos

El presente formulario es de carácter anónimo y semicerrado, se entregara en forma personal, y la información que de él se desprenda será confidencial.

Deberá completar los espacios en blanco o marcar con una cruz la opción que considere.

1) Edad:

2) Grado Liceal:

3) Ha mantenido relaciones sexuales si: no:

Si su respuesta es sí cual fue su edad de inicio:

4) Tiene pareja estable si: no:

5) Tiene pareja ocasional si: no:

6) Su pareja sexual es: Del mismo sexo:

Del sexo opuesto:

7) Utiliza Métodos Anticonceptivos

• si: cual -----

Los utiliza para:

Evitar ITS

Embarazo no deseado

- **no: por qué?**

8) Que métodos anticonceptivos conoce?

9) Donde obtuvo la información?

10) Sabe o conoce sobre las infecciones de transmisión sexual? Si: No:

11) Cuáles conoce?

12) Su centro educativo le brinda algún tipo de información? Si: No:

13) En su núcleo familiar se habla del tema? Si: No:

14) En su grupo de amigos se habla del tema? Si: No:

**15) Practica usted algún tipo de religión de forma activa? Si: Cual:
No:**

16) En caso de que su respuesta sea SI, esta le impide mantener relaciones sexuales?

Si: No:

17) Su religión le permite el uso de anticonceptivos?

18) Su cobertura médica es: Pública Privada

19) Esta le brinda información sobre ITS y métodos anticonceptivos?

Montevideo, Julio 2010

Sra. Directora/or del Centro Educativo

Por la presente:

Nos dirigimos a usted con el fin de solicitar la autorización pertinente, para realizar un trabajo de investigación en dicho centro, así como la presentación de datos en el marco de nuestro trabajo de investigación final (Tesis).

Su objetivo principal es: determinar que factores influyen sobre el conocimiento de las ITS en adolescentes entre 15 y 18 años de edad, que estén cursando cuarto, quinto y sexto año respectivamente, en un Liceo Público y uno Privado en el periodo comprendido entre Julio-Agosto 2010.

El equipo de investigación esta conformado por cinco Bachilleres de la carrera Licenciatura en Enfermería, enmarcada en el área temática de Salud Sexual y Reproductiva en el adolescente Hombre, a cargo de la Profesora Grado 5 Licenciada Mercedes Perez, Directora del Departamento Materno Infantil.

La recolección de datos se desarrollara mediante la aplicación de un instrumento (encuesta semi cerrada), siendo el tiempo estimado del mismo de cinco minutos.

Se adjunta una copia del protocolo.

Sin otro particular y esperando su pronta respuesta saluda atentamente:

Tutora: Profesora Grado 5 Licenciada Mercedes Perez, Directora del Departamento Materno Infantil.

Ceriani José

Cuñá Jonathan

Gómez Juan

Romero Álvaro

Viera Julio

PROTOCOLO DE INVESTIGACION

Trabajo de investigación sobre la salud sexual y reproductiva en el hombre.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Línea de investigación: Salud sexual y reproductiva en el hombre.

Área Temática: Conocimiento del hombre sobre ITS.

Pregunta Problema: ¿Qué factores influyen en el conocimiento sobre ITS en adolescentes escolarizados en el período comprendido entre Julio-Agosto 2010?

JUSTIFICACIÓN

El motivo por el cual decidimos realizar esta investigación, se debe a que luego de haber hecho una extensa revisión bibliográfica, no encontramos registros sobre ITS en hombres, exceptuando los realizados sobre HIV, pero no del resto de las mismas. En el MSP existen diversos proyectos realizados (*) pero se enfocan mayoritariamente a la población femenina, por lo que no encontramos registros específicos sobre ITS en la población masculina, siendo esto el principal causal para la realización de ésta investigación.

Creemos importante investigar este tema, dentro de la salud sexual y reproductiva, ya que los sistemas de salud actuales no integran al hombre en sus programas, y no solo es la mujer quien “se ve afectada” a la hora de contraer o transmitir ITS, sino que el hombre se encuentra en iguales condiciones.

No se encuentran centros de referencia específicos que orienten al hombre en cuanto al control y asistencia de su salud sexual y reproductiva.

Según estadísticas del INE (Instituto Nacional de Estadística), se pudo observar que el inicio de las relaciones sexuales se produce en edades tempranas (**), por lo que consideramos importante poder abordar esta franja etaria.

Debido a la corta edad que tienen no cuentan con la información adecuada, lo que en muchos casos lleva a no identificar los riesgos sobre éste tema, esto es vital para luego prevenir y/o disminuir las ITS, el embarazo adolescente, los embarazos no deseados y lograr involucrar al hombre en la planificación familiar.

Es de conocimiento general que el consumo de drogas sociales en adolescentes, influyen a la hora de tomar decisiones, no solo en sus conductas habituales sino también en su salud sexual y reproductiva, aumentando considerablemente los riesgos.

Con esto queremos, fomentar la implementación del programa nacional del adolescente, que recién el año pasado se comenzó a trabajar con él, contribuir a disminuir la incidencia y prevalencia de las ITS en el hombre, promover la participación del hombre en la planificación familiar y fomentar a las autoridades a que se creen programas específicos de salud sexual y reproductiva en el hombre.

(*) Referencia: <http://www.unfpa.org.uy/proyectos/index.php?Projects=1&All=1> 13/7

(**) Referencia: <http://www.ine.gub.uy/biblioteca/reproduccion/FolletoEncuesta.pdf>

FUNDAMENTO TEÓRICO

Creemos conveniente para este trabajo de investigación aplicar la Teoría de Dorothea Orem, esta resalta la importancia del autocuidado, entendiendo por este como la actividad del individuo aprendida y orientada hacia un objetivo.

Nuestra investigación tiene como meta contribuir a la prevención de las ITS en adolescentes y para ello creemos fundamental que se pueda educar de la forma más temprana posible a dicha población en ambos sexos como para lograr que adquieran los cuidados necesarios para protegerse así mismo y a su pareja sexual, tal como lo expresa Orem.

En este sentido nosotros formamos parte directa e indirecta del autocuidado de esta población, nuestro papel como educadores es formar agentes de autocuidado, definiendo al mismo según Orem como el individuo que proporciona autocuidado. Para lograr esto hacemos hincapié en lo que refiere la autora cuando menciona los sistemas de enfermería creyendo conveniente utilizar el sistema de apoyo educativo, el cual brinda las herramientas necesarias para lograr el autocuidado. También consideramos que para cuidar o cuidarse hay que saber cómo hacerlo, o sea el agente de autocuidado debe tener o adquirir la información necesaria para "cuidarse" y como educadores tenemos el papel preponderante para brindarles dichos conocimientos.

Además la población a estudiar y como lo nombramos anteriormente es por sus características vulnerable tanto a los cambios propios como a los del entorno.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General

- Determinar qué factores influyen sobre el conocimiento de las ITS en adolescentes entre 15 a 18 años de edad en un liceo público y privado en el período comprendido entre Julio-Agosto 2010.

Objetivos Específicos

- Caracterizar la población de estudio.
- Identificar las fuentes de información sobre las ITS que posee la población de estudio.
- Establecer si el adolescente aplica la información sobre las ITS para la prevención de las mismas.
- Analizar cuál de los factores ejerce mayor influencia en el conocimiento de las ITS.
- Comparar el conocimiento que poseen los adolescentes sobre las ITS entre las poblaciones abordadas.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio: El tipo de investigación propuesta es cuantitativa, prospectiva, descriptiva y transversal.

Definiciones operacionales:

- **Variable edad:**

Definición conceptual: Período de tiempo transcurrido desde el nacimiento del individuo hasta el momento actual.

Definición operacional: Edad en años según lo aportado por el estudiante.

Tipo de variable: Cuantitativa, continua, ordinal.

- **Variable tipo de educación**

Definición conceptual: La educación es un proceso de socialización y [endoculturación](#) de las personas a través del cual se desarrollan capacidades físicas e intelectuales, habilidades, destrezas, técnicas de estudio y formas de comportamiento ordenadas con un fin social (valores, moderación del diálogo, debate, jerarquía, trabajo en equipo, regulación fisiológica, cuidado de la imagen, etc.).

Definición operacional: Pública o Privada

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

- **Variable tipo de religión**

Definición conceptual: La religión es un sistema de la actividad humana compuesto por creencias y prácticas acerca de lo considerado como [divino](#) o [sagrado](#), tanto personales como colectivas, de tipo existencial, moral y espiritual.

Tipo de variable: Cualitativa, Nominal.

- **Variable tipo de cobertura médica**

Definición conceptual: De acuerdo con la [Organización Mundial de la Salud](#), la cobertura médica abarca todos los bienes y servicios diseñados para promover la salud, incluyendo "intervenciones preventivas, curativas y paliativas, ya sean dirigidas a individuos o a poblaciones".

Definición operacional: Pública o Privada.

Tipo de variable: Cualitativa, Nominal.

- **Variable Grado liceal:**

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

Tipo de Variable: Cualitativa. Ordinal.

Definición operacional: 4º, 5º, y 6º año.

- **Variables Medidas de Prevención:**

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

Tipo de variable: Cualitativa. Nominal.

Definición operacional: métodos anticonceptivos naturales, de barrera , químicos.

Dimensiones

1. Edad de inicio de las relaciones sexuales
2. Abstinencia sexual
3. Numero de compañeros sexuales
4. Utilizan preservativos

- **Variable Edad de Inicio de relaciones sexuales:**

Definición conceptual: Edad de comienzo de las relaciones sexuales.

Tipo de variable: Cuantitativa. Discreta.

Indicador / Definición operacional. Edad en años.

- **Variable Abstinencia sexual:**

Definición conceptual: Conducta del individuo de no mantener relaciones sexuales.

Tipo de variable: Cualitativa. Nominal.

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

- **Variable N° de compañeros sexuales:**

Definición conceptual: Cantidad de personas con las que mantuvo relaciones sexuales desde el inicio de las mismas hasta la fecha.

Tipo de variable: Cuantitativa. Discreta

Definición Operacional: N° de compañeros sexuales.

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

Tipo de variable: Cuantitativa. Discreta

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

- **Variable Uso de Preservativo:**

Definición conceptual: Cubierta de látex utilizada para evitar las ITS tanto para la mujer como para el hombre.

Tipo de variable: Cualitativa. Nominal.

Indicador / Definición Operacional: Si / No.

- **Variable consumo de drogas y alcohol:**

Definición conceptual: Uso e ingesta de sustancias psicoactivas.

Tipo de variable: Cualitativa. Nominal.

Dimensiones:

3. Drogas

4. Alcohol

- **Variable Droga:**

Definición operacional: consume / No consume

- **Variable Alcohol:**

Indicador / Definición operacional: consume / No consume

- **Variable Grado de Información sobre ITS**

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

Tipo de Variable: Cualitativa. Ordinal

Definición operacional: alto, medio, bajo

Universo: Se tomarán como población correspondiente a los alumnos de sexo masculino que concurren a un liceo público y un liceo privado de Montevideo, en el turno matutino y en el turno de la tarde, que estén cursando 4, 5, y 6 año. (“N” a determinar)

Selección y Tamaño de Muestra:

Se eligió este grupo etario ya que consideramos que es el más vulnerable con respecto a las ITS e inicio de relaciones sexuales.

Muestra:

Tamaño: Adolescentes de sexo masculino entre 15 y 18 años que estén cursando bachillerato del turno matutino y del turno tarde en los liceos Damaso Antonio Larrañaga y en liceo Crandon, en el período de tiempo transcurrido entre julio, agosto del año 2010, siendo el tamaño de muestra de 100 alumnos en cada centro educativo.

Criterios de inclusión:

Población de sexo masculino.

Adolescentes entre 15 a 18 años.

Adolescentes escolarizados de un liceo público y uno privado de Montevideo.

Adolescentes de 4to, 5to, y 6to año.

Criterios de exclusión:

Adolescentes que no quieran realizar el cuestionario.

Mayores de 18 años.

Menores de 15 años.

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

Método: encuesta\cuestionario anónimo.

Técnica: se le entregará a cada unidad de muestreo un cuestionario para que lo complete individualmente, previo explicación del mismo.

Unidad de análisis y observación:

Adolescentes de sexo masculino entre 15 a 18 años de edad que concurren a un liceo público y un liceo privado de Montevideo.

Recolección de información:

La recolección de datos se llevara a cabo en un liceo público y uno privado de la ciudad de Montevideo, para esto se entregara cuestionarios a los alumnos de 4to, 5to y 6to año de los respectivos liceos.

Para realizar dicha actividad previamente se enviaran cartas a los centros educativos solicitando la correspondiente autorización.

Luego de lograr la autorización pertinente para el ingreso a los centros, se procederá a solicitar la autorización del docente a cargo del aula para poder realizar dicha actividad, se le entregara el cuestionario a todos los estudiantes de sexo masculino que tengan entre 15 y 18 años de edad que se encuentren dentro del salón de clases y que estén dentro de los criterios de inclusión antes mencionados, luego se les explicara el objetivo del mismo y la metodología(el cuestionario es anónimo, de respuestas concretas) para poder realizar de forma correcta el cuestionario, a partir de ello se les brindara un tiempo estimado de 15 minutos para la actividad.

Luego con los datos recabados se procederá a la tabulación de datos.

PRESUPUESTO

Papelería.....	\$ 1300
Impresiones.....	\$ 2900
Viático.....	\$ 3000