

PROYECTO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES

Autora Bárbara Peraza González

Tutora del proyecto: Profesora María del Carmen Hernández Pérez
y Profesora Aythamy González Darias

Grado en Enfermería
Facultad Ciencias de la Salud: sección enfermería
Tenerife
Universidad de la Laguna
mayo 2019



Universidad
de La Laguna



PROYECTO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES

Autora Bárbara Peraza González

Tutora del proyecto Profesora María del Carmen Hernández Pérez y
Profesora Aythamy González Darias

RESUMEN

Las infecciones de transmisión sexual son la patología infecciosa más común entre los adolescentes, llegándose a estimar que son los jóvenes de entre 15 y 24 años quienes representan el 50% de las ITS declaradas, representando por otro lado solo el 25 % de la población sexualmente activa^{1,2}. Los adolescentes representan un grupo de especial vulnerabilidad frente a estas patologías, pues se trata de una etapa de la vida en la que se empiezan a desarrollar los caracteres sexuales, comienzan las primeras relaciones sexuales y experiencias con sustancias tóxicas. El inicio precoz en la actividad sexual, el mayor número de parejas sexuales esporádicas y la desinformación, así como la desconfianza hacia las principales fuentes fiables de información, son factores de riesgo que perjudica gravemente la salud sexual y general de nuestros jóvenes hoy en día.

Esta intervención educativa otorgará a los jóvenes las herramientas necesarias para no exponerse a los riesgos que conllevan las prácticas sexuales inseguras. Por ello se ha seleccionado a los alumnos de 4º de la ESO del Instituto Teobaldo Power con el fin de realizar distintas sesiones a lo largo de cuatro semanas, en las que se les informará de las principales ITS curables no víricas además de evaluar mediante un cuestionario de elaboración propia (ad-hoc) sus conocimientos sobre este tema, tanto al inicio como al final de la intervención. El objetivo final será valorar la efectividad de esta intervención con la intención de que pueda llevarse a cabo en otros centros educativos.

Palabras claves: adolescentes, prácticas sexuales de riesgo, ITS, intervención de enfermería, prevención.

ABSTRACT

Sexually transmitted infections are the most common infection pathologies among adolescents, and it is estimated that young people between 15 and 24 years old represent 50% of the total declared TIS, even though this group makes up only to 25% of the population sexually active^{1,2}. Adolescents show a special vulnerability to these pathologies, due to the fact that in this stage of their life they begin to develop their sexuality, and are exposed to their first sexual relationships and experiences with toxic substances. Risk factors such as early consenting sexual activity, a great number of sporadic sexual partners and disinformation, as well as mistrust of the main reliable sources of information, are factors that seriously harm the sexual and general health of our young people today.

In the present project, the aim is to develop an educational-sanitary method that brings young people the necessary tools to not expose themselves to the potential risks from unsafe sexual practices. For that reason, we have selected the students of 4th of ESO of the Teobaldo Power Institute in order to perform different sessions over four weeks in which they were informed of the main non-viral curable TIS. In addition, we evaluated through a questionnaire their knowledge on this subject at both the beginning and the end of the intervention. The final aim will therefore be to assess the degree of effectiveness of this intervention with the intention of further carrying out in other schools.

Key words: adolescent, sexual risk practices, STI, nursing intervention, prevention.

INDICE

1 INTRODUCCION	5
2 MARCO TEORICO	6
2.1 Definición de infección de transmisión sexual	6
2.2 Epidemiología	6
2.3 Sistemas de vigilancia	7
2.4 Principales infecciones de transmisión sexual	8
2.5 Adolescente, un grupo de riesgo frente a las ITS	16
3 JUSTIFICACION	17
4 OBJETIVOS	18
5 METODOLOGIA	18
5.1 Tipo de estudio	19
5.2 Población diana y muestra	19
5.3 Duración	19
5.4 Consentimiento informado	20
5.5 Método de organización y coordinación	20
5.6 Medición de la intervención	24
5.7 Estadística	24
5.8 Cronograma general	24
5.9 Cronograma de la intervención	25
5.10 Recursos	25
5.11 Presupuesto	26
5.12 Consideraciones éticas y legales	26
5.13 Factores externos	26
6 ANEXOS	28
7 BIBLIOGRAFIA	32

1 | INTRODUCCION

Según la teoría de Nola Pender, “las enfermeras, como profesionales sanitarios, tienen dentro de sus principales funciones, el deber de intervenir en procesos de educación sanitaria, incluidos aquellos destinados a los adolescentes”..³.

La adolescencia es una etapa de transición de la infancia a la vida adulta, caracterizada por las ganas de vivir nuevas experiencias, desarrollar una personalidad propia y en la que se empieza a pulir una identidad y carácter sexual propio¹. No obstante, estas ganas de vivir, experimentar y durante el proceso de desarrollo personal, los jóvenes, se exponen a numerosos riesgos, especialmente aquellos relacionados con las prácticas sexuales. Numerosos estudios, han determinado que, a lo largo de los años, la edad de inicio en las prácticas sexuales ha disminuido considerablemente, posicionándose en la actualidad entre los 14,8 años en los varones y 15 para las mujeres⁴.

El inicio cada vez más precoz en las relaciones sexuales junto con un mayor número de parejas sexuales ocasionales, expone a los adolescentes a una vulnerabilidad frente al contagio de infecciones de transmisión sexual tal y como muestran los datos que colocan a los jóvenes de entre 15 y 24 años dentro del grupo con mayor tasa de adquisición de infecciones sexuales¹. A pesar de la información que actualmente tienen los adolescentes, estos todavía se exponen a situaciones de riesgo.⁵

En Canarias, la media de edad en el inicio de relaciones sexuales se sitúa en los 14,8 años y el uso de preservativo con pareja fija es del 86% y del 98% en casos de relaciones esporádicas⁶, no obstante, y a pesar de que estamos dentro de un porcentaje elevado de uso frente a otras Comunidades Autónomas (CCAA), las estadísticas realizadas por la RENAVE muestran un incremento en la prevalencia de enfermedades de transmisión sexual en los últimos años como son la gonorrea, *chlamydia* o Sífilis y que afectan sobre todo a los adolescentes.⁷ Es por esto por lo que las autoridades sanitarias e instituciones de importante renombre como son la OMS⁷, han puesto de manifiesto la necesidad de llevar a cabo proyectos y estrategias orientadas a frenar esta tendencia al alza y dirigir los recursos a la prevención y promoción de la salud sexual, especialmente entre los grupos más vulnerables dentro de los cuales, se encuentran los jóvenes.

En un mundo cada vez más globalizado, con facilidad para acceder a distintas fuentes de información, el desinterés de los jóvenes por acudir a sus centros sanitarios como primera opción ante alguna duda sobre su salud sexual ha disminuido⁹, hace que recurran a fuentes de información menos fiables.

Por todo esto, desde enfermería, y como principales proveedoras de salud, es fundamental volver a ser la referencia de estos jóvenes, proporcionándoles la información necesaria, así como herramientas para ser capaces de llevar una vida sexual plena y saludable siendo solo posible si promovemos programas de educación especializados y enfocados a cubrir sus necesidades, así como potenciar su confianza en las instituciones sanitarias.

En los siguientes apartados, se ha desarrollado un programa de intervención enfermera destinado a empoderar a los jóvenes mediante el conocimiento, dándoles a conocer cuáles son los recursos sanitarios con los que cuentan, dándoles una visión clara y verídica de los problemas de salud a los que se exponen cuando realizan prácticas sexuales de riesgo que pueden acarrear graves problemas.

Este proyecto, además, se ha centrado en cuatro ITS que suelen quedar en segundo lugar frente a otros problemas de salud sexual como son el VIH o los embarazos no deseados como demuestran distintos estudios al comprobar que la diferencia de información es alta, siendo los jóvenes menos conscientes de la importancia de estas otras enfermedades que, no obstante, suelen ser más comunes de lo que ellos mismos perciben². Otro factor importante a tener en cuenta es la edad de desarrollo en la que se encuentra el grupo al que nos dirigimos. Los adolescentes de 15 años suelen tener una amplia

información sobre prácticas sexuales, sin embargo, muchas de ellas son falsas o incompletas ^{10,4}, por ello, este proyecto no solo les aportará información, sino que esta se ajustará a la edad promedio en la que la mayoría de los adolescentes ya se han iniciado en las relaciones o piensan hacerlo en un corto margen de tiempo, por lo que es una edad clave a la hora de adquirir los conocimientos necesarios para desarrollar hábitos sexuales saludables.

2 | MARCO TEORICO

2.1 Definición de Infección de Transmisión Sexual

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen un grupo heterogéneo de patologías cuya principal vía de contagio es la sexual. En la mayoría de los casos, las manifestaciones clínicas comprometen la zona genital y las mucosas, aunque también pueden dar lugar a complicaciones médicas e incluso secuelas tanto a corto como a largo plazo¹¹. Por otro lado, muchas de estas infecciones, pueden no ser sintomáticas, lo que dificulta en gran medida su tratamiento y diagnóstico temprano como es el caso de la infección por clamidia en la cual, entre el 70-75 % de las infecciones en mujeres son asintomáticas¹¹.

2.2 Epidemiología

El control de las ITS sigue siendo un problema actual de salud pública y a los problemas más emblemáticos y graves como la Sífilis congénita, la infertilidad o el cáncer asociado a algunas ITS, se han de sumar nuevos factores a tener en cuenta como la precocidad en las primeras relaciones sexuales⁶ o la resistencia a los antibióticos tradicionales¹¹.

A nivel mundial, se estima que todos los años se registran en torno a 357 millones de casos de cuatro tipos de ITS curables en personas de entre 15 y 49 años: infección por *C. Trachomatis* (131 millones), infección por *N gonorrhoeae* (78 millones), Sífilis (6 millones) o infección por *Trichomonas Vaginalis* (142 millones), aunque su prevalencia varía según el sexo o lugar de nacimiento.

Es importante recordar el profundo impacto que tiene en la salud y vida de las personas que contraen estas infecciones, pues según la OMS, la gonorrea y clamidias son importantes factores predisponentes de infertilidad o que la presencia de ITS como la Sífilis o gonorrea puede aumentar de dos a tres veces el riesgo de contraer la infección por VIH. Por todo esto, la OMS ha puesto en marcha un proyecto de estrategia mundial de salud contra las infecciones de transmisión sexual que se enmarca en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible siendo su principal objetivo el de reducir en un 90 % el contagio por ITS⁸.

A nivel nacional, la información epidemiológica poblacional sobre las ITS se obtiene a través del Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y del Sistema de Información Microbiológica, ambos incluidos en La Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. (RENAVE).

Actualmente y tras la aprobación de los nuevos protocolos de la RENAVE, el número de ITS de declaración obligatoria ha pasado de tres a cinco siendo ahora obligatorio declarar cualquier infección de Sífilis, Sífilis congénita, infección gonocócica, infección por *Chlamydia Trachomatis* y el Linfogramuloma venéreo⁷.

En el caso de España, y en relación con las ITS de declaración obligatoria antes mencionadas, destaca el incremento de la incidencia de las infecciones gonocócicas a partir del año 2001, haciéndose más llamativo a partir del 2012 y situándose en el año 2016 en 6.456 casos. En el caso de la Sífilis, se observa un estancamiento a niveles altos (3.357 casos durante 2016) desde el año 2011. La información procedente de las notificaciones individualizadas muestra una mayor frecuencia de casos en hombre que en mujeres a excepción de la infección por *C Trachomatis*. En cuanto a la edad, los porcentajes más altos se producen en adultos jóvenes menores de 25⁷.

Los datos disponibles ponen de manifiesto los cambios que se han producido a lo largo del tiempo en relación con las prácticas sexuales y que pueden ser útiles para las autoridades sanitarias. A partir de los años noventa el número de casos de ITS disminuyó notoriamente por el temor de contagio por VIH y la intensificación de las campañas de concienciación que sirvieron para advertir y persuadir a la población sobre los riesgos de las prácticas sexuales inseguras.

Por otro lado, el repunte a partir de la década de los 2000, puede explicarse por más de un factor como los fenómenos migratorios, la aparición de nuevos grupos de riesgo que antes no eran valorados, la mejora de los sistemas de notificación y la aparición de tratamientos antirretrovirales frente al VIH, que ha pasado a considerarse de una enfermedad mortal a una crónica. Esto ha favorecido que se infravaloren los peligros de las prácticas sexuales de riesgo¹².

2.3 Sistemas de vigilancia

Uno de los principales pilares para erradicar y combatir la propagación de las ITS son los sistemas de vigilancia. Estos permiten a las autoridades sanitarias valorar la efectividad de las estrategias, conocer la tendencia de contagio, estudiar cuales son los factores y grupos de riesgos y recabar datos demográficos sobre las mismas.

En Europa, existe una red de vigilancia, la European Surveillance of Sexually Transmitted Infections (ESSTI) siendo su principal fuente de información los datos reportados por los médicos y otras fuentes complementarias relacionadas también con el mundo sanitario. La red europea ESSTI ha iniciado también un programa de vigilancia europeo sobre el aumento de la resistencia antibiótica gonocócica. A pesar de la implantación de esta red, existen diferencias comprobadas en los sistemas de notificación de los distintos países que comprenden esta red. En países como España, hasta no hace mucho, los nuevos casos sólo se notificaban numéricamente mientras que, en países como Alemania, desde el año 2003, se recogen aspectos relevantes como el estilo de vida sexual mediante una encuesta anónima al paciente. Por ello, la implantación de la ESSTI se propuso como principal objetivo la unificación de datos y estructura en la recogida de datos de todos los países, lo que permitirá tener una visión más exacta de la epidemiología de los casos de contagio¹².

A nivel nacional, la información epidemiológica sobre las ITS se obtiene a partir del Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatorias (EDO) y el Sistema de Información Microbiológica (SIM), incluidos en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). En el Real Decreto de la RENAVE se establecieron como enfermedades de transmisión sexual de declaración obligatoria la infección gonocócica, Sífilis y Sífilis congénita. Todas ellas se declaraban de forma numérica semanal y se recogía el número de casos nuevos ante cualquier sospecha no registrándose otras variables individuales excepto en el caso de la Sífilis congénita, que se incluye entre las enfermedades de declaración especial. Posteriormente en 2015, se produjo una modificación en los protocolos de vigilancia y notificación de enfermedades de declaración obligatoria entre las que se encuentran las ITS anteriormente mencionadas en las que destaca el deber de notificar los casos de forma individualizada incluyendo un conjunto mínimo de variables a recoger establecidos en estos nuevos protocolos. En el momento actual, estos cambios están en fase de implementación en las CCAA⁹.

Otro aspecto fundamental dentro de los sistemas de vigilancia, son los estudios de casos, es decir el proceso por el cual las parejas sexuales más recientes del paciente diagnosticado con alguna ITS son identificados e informados de su exposición. El fin de llevar a cabo este proceso es el de evitar la reinfección del caso núcleo, diagnosticar y tratar precozmente a la pareja y romper la cadena de transmisión de la infección.

Existen tres tipos de modalidades básicas para la notificación dependiendo de quién la lleve a cabo: *patient referral* en la cual es el propio paciente quien avisa a aquellas personas que han sido expuestas a la infección, *provider referral* cuando es el profesional sanitario quien se hace cargo de la notificación y el *contract referral* cuando el paciente se hace cargo de la notificación pero si pasado un margen de tiempo esta no se ha llevado a cabo la responsabilidad pasa a manos del profesional sanitario. En algunos países, además de este tipo de modalidades de notificación, se utiliza la conocida como *expedited partner therapy* o *delivered partner therapy* en la que se dispensa medicación al caso índice para que sea este quien la suministre a sus contactos. Los principales problemas de este tipo de modalidad de aviso es que sólo es útil para ciertas infecciones sexuales (gonorrea, *Chlamydia* y *Trichomonas*), la falta de control de los posibles efectos adversos o la aparición de resistencia al tratamiento por uso inadecuado. En España, son escasas las recomendaciones y directrices oficiales sobre cómo llevar a cabo los estudios de contacto, siendo normalmente la modalidad de *patient referral* la más utilizada. Sin embargo, un estudio sobre la notificación de contactos llevada a cabo en Barcelona por pacientes diagnosticados con VIH demostró que la modalidad más aceptada y que refuerza una mayor aceptabilidad y efectividad en el diagnóstico de nuevos casos es la combinación de dos modalidades *patient referral* y *provider referral*⁹.

2.4 Principales Infecciones de Transmisión Sexual

La OMS ha estimado que anualmente se contagian 357 millones de personas por ITS curables, principalmente cuatro: *Chlamydia Trachomatis*, infección por *N gonorrhoeae*, Sífilis o *Trichomonas Vaginalis*. A pesar de que existen tratamientos para estas, la carga de morbilidad y mortalidad derivada de estos patógenos comprometen la calidad de vida, así como la salud sexual de aquellos que las contraen. Se ha demostrado que contraer este tipo de ITS facilita indirectamente la transmisión de VIH y provocan mutaciones celulares que pueden conducir a desarrollar algún tipo de cáncer, entre ellos el cáncer de útero. Asimismo, suponen una carga para los Sistema de Salud Nacionales, sobre todo en aquellos países de escasos recursos. Es por ello por lo que desde los servicios de salud se ha de trabajar para que, en primer lugar, disminuir su prevalencia mediante estrategias de educación sexual y apoyo a los grupos de riesgo más desfavorecidos y, en segundo lugar, mejorar el diagnóstico y tratamiento precoz con el fin de rebajar las posibles secuelas^{9,8,7}.

Este trabajo se centrará en aquellas infecciones de transmisión sexual en las cuales los servicios de salud han puesto el foco de atención, que serían la *C Trachomatis*, infección por *N gonorrhoeae*, Sífilis o *Trichomonas Vaginalis* debido principalmente a su repunte en la última década y a la necesidad de reforzar los mecanismos de prevención siendo el más importante el de la educación sexual.

GONORREA

Infección sexual de carácter bacteriano cuyo agente causal es la *Neisseria gonorrhoeae*, siendo el ser humano su único reservorio. Esta es un diplococo gran negativo aerobio, inmóvil y que no forma esporas. Una de las mayores cualidades de esta bacteria, es su capacidad para modificar sus moléculas de superficie o experimentar variaciones antigénicas con alta frecuencia, lo que le otorga una gran capacidad de evasión a la respuesta inmune del ser humano¹¹.

- Etiología

La *Neisseria Gonorrhoeae* es capaz de infectar distintos tipos de mucosas, principalmente la uretra en el hombre y el cuello uterino en las mujeres, pudiendo infectar otras zonas como el recto, conjuntiva, faringe, vulva o vagina dependiendo del tipo de relación sexual (oral, anal o vaginal)¹³.

- Diagnóstico

El diagnóstico de la infección gonocócica se realiza mediante el aislamiento de la bacteria causante de la infección mediante el uso de las muestras clínicas obtenidas. Dentro de las técnicas diagnósticas utilizadas para la detección del microorganismo se encuentra:

- a. Cultivo: es la técnica de referencia para el diagnóstico de la infección. Este tipo de técnica permite el análisis de muestras endo-cervicales, uretrales, rectales, faríngeas y es válida tanto para infecciones sintomática como asintomáticas. Su principal ventaja es que se trata de una técnica simple, no muy costosa y que permite obtener cepas para la vigilancia de la susceptibilidad antimicrobiana de esta bacteria. Por otro lado, se desaconseja su uso si existen dudas sobre las condiciones de transporte de la muestra.
- b. Examen microscópico directo: es de gran utilidad para el diagnóstico de uretritis gonocócica masculina y se basa en la visualización al microscopio de la presencia de diplococos gram- negativo a nivel intra o extracelular tras tinción¹². La ventaja de esta técnica es su alta sensibilidad (90-95%) así como su especificidad (95-100%) para muestras de secreción uretral, por lo que se recomiendan para el diagnóstico de uretritis gonocócica sintomática. Sin embargo, su sensibilidad y especificidad frente a muestras distintas a las uretrales, es mucho menor (sensibilidad del 50-70% en muestras endo-cervicales y especificidad menor al 90%)¹¹.
- c. Técnica de Ampliación de Ácidos Nucleico (TAAN): este tipo de técnica presenta limitaciones en su uso debido a que aún no se conoce del todo la secuencia genómica de las neisserias comensales. Por ello, esta técnica se recomienda principalmente para diagnosticar coinfecciones en el tracto genital de *N gonorrhoeae* y *Chlamydia Trachomatis*. La principal ventaja es la rapidez en los resultados y su mayor sensibilidad en comparación a otras técnicas como el cultivo, así como que permite llevarla a cabo con otro tipo de muestras (endo-cervicales, vaginales, orina –de hombre o mujer–, o uretrales). Como principal desventaja, destaca su elevado coste económico y que no son útiles para establecer un diagnóstico certero¹¹.

Por tanto, podemos destacar que la técnica de elección de entre todas las expuestas para un diagnóstico certero es el uso del cultivo.

- Síntomas y signos

Los signos y síntomas que producen esta infección varían dependiendo de dos factores, el tipo de relación sexual mantenida (oral, rectal, con penetración), y del sexo del paciente.

En el caso de los hombres, el tiempo de sintomatología tras la infección suele rondar entre los 2-5 días siendo la forma clínica más común la uretritis, que se caracteriza por la inflamación de la uretra y la presencia de secreción uretral purulenta^{12,14}. En el 90% de los casos en varones, la infección se presente de forma sintomática, por lo que las complicaciones son menos frecuentes¹².

En el caso de las mujeres, la sintomatología presenta un tiempo de latencia mayor (7-21 días)¹² y en la mayoría de los casos se presenta de forma asintomática o sus síntomas se confunden con otras patologías ginecológicas. El hecho de que se presente de forma siliente en la mujer explica que estas tengan un 50 % de probabilidad de infección tras una única exposición frente el 25% de probabilidad que presentan ellos¹⁵. Dentro de los síntomas más frecuentes, se encuentran: dolor durante la micción y flujo vaginal de aspecto turbio. Aunque menos frecuente, también pueden presentar dolor durante el coito o en la parte baja del abdomen y sangrados anormales¹⁵. Una de las complicaciones más frecuentes, que se produce entre el 10 y 20 % de las mujeres infectadas por *N. gonorrhoeae* es la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), y que se produce cuando la infección asciende desde la zona vaginal hasta el útero pudiendo llegar a causar graves problemas de salud en la mujer como dolor pélvico crónico, embarazos ectópicos, mayor riesgo de partos prematuros o infertilidad^{13,15}.

Por otro lado, si tenemos en cuenta el tipo de relación sexual por la cual se ha contraído la infección, los estudios epidemiológicos demuestran que prevalecen los casos de infección en el cual el medio de contagio ha sido la penetración.

En los casos en los que se ha contraído la infección tras la práctica de sexo oral, la principal sintomatología es la faringitis, aunque esta suele pasar asintomática. En la cavidad oral, pueden aparecer ulceraciones dolorosas en labios acompañadas de sensación de ardor¹⁵. Por otro lado, cuando la causa de la infección es haber mantenido relaciones sexuales mediante la penetración anal, la proctitis es la principal complicación que se caracteriza por la inflamación del recto presentando además un elevado porcentaje de casos asintomáticos⁹.

La dificultad del diagnóstico precoz reside en la prevalencia de casos asintomáticos, sobre todo en mujeres, lo que puede derivar en complicaciones más severas como es la infección diseminada que, aunque infrecuente, se presenta en un 1% de los casos, especialmente en pacientes con infección genital asintomática y que suele ser producida por cepas que presentan una tendencia a la diseminación. Esta complicación se caracteriza clínicamente por la presencia de pápulas y pústulas en la parte distal de las extremidades (50-70% de los casos), afección articular asimétrica y aunque en menor medida endocarditis, pericarditis y septicemia, sobre todo en pacientes inmunodeprimidos¹².

- Tratamiento

La principal dificultad en la pauta de un tratamiento efectivo radica en la resistencia antimicrobiana que a lo largo de los años ha conseguido alcanzar esta bacteria, no siendo ya

efectivos los antibióticos habituales como la penicilina, tetraciclina, macrólidos (incluidos la azitromicina) y otros más recientes como las fluoroquinolonas, de los cuales se han reportados numerosos casos de cepas resistentes. Actualmente, el único tratamiento efectivo contra esta infección, son las cefalosporinas de amplio espectro. Tanto en adultos como en adolescentes, se recomienda la administración de una única dosis de ceftriaxona intramuscular o cefixima vía oral. No obstante, un último estudio ha puesto de manifiesto un descenso de la susceptibilidad a las mismas, sobre todo vía oral que coincide con la aparición de una nueva cepa conocida coloquialmente como super-gonorrea¹². Es por ello, y a raíz de los estudios, organizaciones internacionales de amplia reputación como la US Centers For Disease Control (CDC) ha recomendado que, como tratamiento de primera línea, se prescriba ceftriaxona intramuscular combinándola simultáneamente con azitromicina vía oral^{16,17}.

Junto con el tratamiento farmacológico, es imprescindible incrementar los consejos sanitarios destinados al buen uso de la medicación y doblar los esfuerzos en las medidas de prevención ya que muchos estudios han puesto de manifiesto que, en un futuro no muy lejano, la efectividad de los tratamientos actuales podría reducirse de forma drástica ocasionando graves consecuencias para los pacientes infectados¹⁶.

SIFILIS

La Sífilis es una enfermedad infecciosa sistémica cuyo agente causal es bacteriano, la *Treponema Pallidum*⁹. Se caracteriza por cursar con periodos sintomáticos, generalmente cortos, separados por periodos de latencia con duración variable.

En España es considerada como una enfermedad de declaración obligatoria individualizada desde el año 2007. En los últimos años y según los datos epidemiológicos, en el periodo de tiempo comprendido entre 2011 y 2016 la tasa de incidencia se ha mantenido estable con una alta tasa. En Canarias la tasa de incidencia es relativamente baja comparada con la media nacional (4,85-8,74 casos /100.000) siendo además una de las trece comunidades que aporta información individualizada de los casos declarados⁷.

- Etiología

El microorganismo causante de la enfermedad fue observado por primera vez en 1905. La *T. Pallidum* es una bacteria que se caracteriza por presentar una forma helicoidal larga que presenta entre 6 y 14 espiras. Uno de los grandes avances que se ha realizado en los últimos años, se logró en 1998, cuando se consiguió completar la secuencia de su genoma¹⁸, aspecto fundamental para el avance en su tratamiento.

- Diagnóstico

La principal técnica diagnóstica usada actualmente para la detección de Sífilis, son las pruebas serológicas, que se basa fundamentalmente en dos tipos:

Pruebas no treponémicas (VDRL): se basan en la determinación semicuantitativa de la presencia de anticuerpos frente al antígeno no específico de treponema. Además, reflejan la actividad de la infección y permiten hacer un seguimiento de la respuesta al tratamiento (el título debe caer cuatro veces para considerar lo efectivo). Sin embargo, presentan una baja

especificidad en casos de Sífilis primaria y en las etapas tardías de la infección.

Pruebas treponémicas: son técnicas cualitativas más específicas que las no treponémicas pues están dirigidas a la detección de anticuerpos específicos contra la *T. pallidum*, además de permanecer positivas incluso una vez ya tratada la infección.

Acorde con esto, los estudios y guías de tratamiento aconsejan como prueba diagnóstica de primera línea el uso de pruebas treponémicas como la TPHA combinadas con pruebas no treponémicas (VDRL) como mecanismo de control de la infección y valoración de la efectividad del tratamiento^{9,19,20}.

- Síntomas y signos

La Sífilis tiene un periodo de incubación de 10 a 90 días con promedio de aproximadamente 21 días. Clínicamente se diferencian tres períodos:

- a. Sífilis primaria: aparición de las primeras manifestaciones clínicas tras el contagio. Se caracteriza por la presencia de una úlcera denominada chancro, indolora, con bordes elevados y de localización genital. Suele desaparecer a los seis meses. En este periodo la enfermedad sigue siendo contagiosa.²¹
- b. Sífilis secundaria: se desarrolla a las 3-6 semanas tras el contagio y se caracteriza por la aparición de 4 síndromes: cutáneo (aparición de pápulas y máculas eritematosas en la piel del tronco y extremidades, conocida como roséola sífilica), mucoso (lesiones erosivas e hipertróficas), de los anejos (alopecia sobre todo en la zona ténporo parietal) y síndrome general (caracterizado por malestar general, fiebre dolores articulares y en ocasiones hepatitis.)
- c. Sífilis terciaria (tardía): se da en un 30- 40 % de los no tratados⁹. Se caracteriza por la aparición de nódulos en la piel, huesos y vísceras. Además, puede presentar manifestaciones más generales a nivel cardiovascular y neurológico

Así mismo, al tratarse de una enfermedad infecciosa crónica, hay un periodo de latencia en el cual no se manifiestan síntomas clínicos, pero las pruebas serológicas siguen siendo positivas^{8,20}.

- Tratamiento

En la actualidad, el fármaco de primera línea usado en el tratamiento de la Sífilis en todos sus periodos es la bencilpenicilina o penicilina G benzatina. La dosis, el tipo de penicilina y la duración dependerán del estadio de la Sífilis. En el caso de embarazadas, aún en casos de que esta sea alérgica a la penicilina, este debe de ser el fármaco de elección⁹.

Tan importante como elegir el tratamiento más efectivo, es llevar un seguimiento de la respuesta del paciente al mismo. A todos los pacientes, se les debe realizar un examen clínico después del tratamiento, así como una prueba de cuantificación de VDRL. En los casos de Sífilis primaria o secundaria, se les ha de realizar a los 6 y 12 meses de comenzar el tratamiento, en los casos de Sífilis latente a los 6,12 y 24 meses. En pacientes con coinfección con VIH, el seguimiento se realizará con mayor frecuencia (3,6,9,12 y 24 meses). Se consi-

dera que el tratamiento es efectivo con un descenso del VDRL de al menos cuatro veces¹⁷. Otro aspecto importante del tratamiento de la Sífilis es la conocida como reacción de Jarish-Herxheimer, reacción inflamatoria que cursa con fiebre, cefaleas y mialgias, taquicardia y taquipnea y que suele aparecer entre las 2 y 5 tras el inicio del tratamiento, presentándose en mayor porcentaje en pacientes con VIH y embarazadas.¹⁸

Es importante no confundirla con una reacción alérgica a la penicilina¹⁸. Con el fin de prevenir nuevos casos, las parejas de aquellos pacientes diagnosticados con Sífilis deberán ser evaluados tanto clínica como serológicamente⁹.

CHLAMYDIA TRACHOMATIS

La *Chlamydia Trachomatis*, es una bacteria gram negativo intracelular obligada²². En Europa, la European Center for Disease Control (ECDC) considero que es la infección bacteriana más frecuente, con 90 millones de casos registrados según la OMS¹¹. En nuestro país, según los últimos datos, se han llegado a registrar 7.127 casos, siendo más frecuente en mujeres que en hombres y con una media de edad de 25-34 aunque, también se recoge un alto porcentaje de casos en jóvenes de entre 15 y 19 años especialmente en mujeres (16,2% chicas, 11,1% chicos)²³.

- Etiología

La infección por *C. Trachomatis* es altamente transmisible, siendo la vía sexual, el principal mecanismo de transmisión. Algunos estudios sugieren que la transmisión es más eficiente de hombres a mujeres. La infección presenta un periodo de exposición que puede variar entorno a los 7 y 21 días después del contagio. Otra vía de contagio es de madre a hijo durante el paso a través del canal del parto²⁴, siendo por tanto un factor de riesgo para la rotura prematura de la membrana y parto prematuro.

- Diagnóstico

Existen distintos métodos para el diagnóstico de la *C. Trachomatis* como son el cultivo celular, técnicas de detección de antígenos, métodos de hibridación de ácidos nucleicos y técnicas de ampliación de ácidos nucleicos, siendo este último, el procedimiento de primera elección para el diagnóstico debido a que detecta entre un 17 y 28 % más infecciones que los otros medios mencionados¹¹.

Existen distintas tecnologías comerciales de TAAN, siendo las más conocidas las RLC, RCP Y SDA. Este procedimiento permite el diagnóstico a partir de primera toma de orina tanto en hombre como en mujeres, así como isótopos uretrales en hombre o endocervical y vaginal en mujeres²⁴.

- Signos y síntomas

La principal complicación ante esta infección es el elevado porcentaje de casos asintomáticos que se presentan, siendo asintomática en el 50 % de caso en varones y del 70 -75% en el caso de las mujeres^{11,25}.

En los hombres, la presentación clínica más común (dos tercios de los pacientes sintomáti-

cos) es la uretritis, que se caracteriza por la presencia de malestar uretral, disuria y secreciones purulentas. Otras complicaciones que son comunes, sobre todo en pacientes no tratados son la epididimitis y salpingitis²⁴.

Por otro lado, la manifestación clínica más habitual en las mujeres es la cervicitis que se acompaña de flujo vaginal purulento, sangrado intermenstrual o dispareunia. La presencia de fiebre, dolor pélvico o abdominal, debe alertar de una posible irradiación de la infección hacia la zona pélvica que da lugar a la enfermedad inflamatoria pélvica y que suele aparecer entorno al 2- 5 % de las mujeres infectadas. Dentro de las complicaciones de la EIP destacan el riesgo de infertilidad, embarazo ectópico o dolor pélvico crónico²⁴.

Dependiendo de las prácticas sexuales, la *Trachomatis* también puede dar lugar a infecciones orofaríngeas o rectales. La infección rectal puede derivar en una proctitis o ser asintomática y suele adquirirse mediante prácticas sexuales anales receptivas, o en el caso de la mujer con infección por C.T. genitourinaria, también por autoinoculación. En el caso de las infecciones orofaríngeas, estas suelen ser asintomáticas, pero pueden presentarse síntomas como faringitis o linfadenopatía cervical¹⁷.

Dado el alto porcentaje de casos asintomáticos y las graves consecuencias para la salud de las complicaciones derivadas de esta infección, es imprescindible promover las pruebas diagnósticas en los grupos de riesgo.

- Tratamiento

El tratamiento antibiótico de elección ante infección por *C Trachomatis* es la azitromicina vía oral (1gr) en una única dosis o doxiciclina (100mg) durante 7 días. Algunas alternativas a este tratamiento es el uso de eritromicina o levofloxacino, ²² aunque los efectos secundarios, sobre todo gastrointestinales, así como su coste suelen ser mayores. En el caso de infecciones rectales u orofaríngeas, la azitromicina o doxiciclina son los antibióticos recomendados al igual que en el caso de las embarazadas.

Todo paciente en tratamiento debe abstenerse de la actividad sexual durante 7 días hasta la completa desaparición de los síntomas, así como hasta que todas la pareja sexual hayan completado el tratamiento.

La repetición de las pruebas serológicas 3- 4 semanas después del tratamiento solo están indicadas en caso de que persistan los síntomas o se sospeche de una nueva afección, o en el caso de mujeres embarazada, que deberán repetir las pruebas a las 3 semanas de finalizar el tratamiento²⁴.

TRICHOMONAS VAGINALIS

La *Trichomona Vaginalis* (TV) es un protozoo flagelado unicelular²². Se trata de una de las infecciones sexuales no virales más prevalentes a nivel mundial con alrededor de 173 millones de casos reportados cada año, principalmente en mujeres, debido a que en los hombres suele cursar asintomática (80% de las infecciones en hombres)⁸ constituyendo por tanto un reservorio de infección para la mujer¹¹.

- Etiología

La principal vía de transmisión es la sexual, aunque en menor medida dada la labilidad del protozoo, puede transmitirse a través del uso de juguetes sexuales u objetos de baño (toallas, esponjas...)²².

- Diagnóstico

La técnica diagnóstica de referencia para las infecciones por *T. Vaginalis* es el cultivo, debido a su alta sensibilidad y especificidad¹¹. Esta técnica es viable tanto con muestra de secreción vaginal o uretral como en muestras de orina de primer chorro (con un 40 % menos de sensibilidad)¹¹.

No obstante, es una técnica que requiere de unas condiciones de transporte específicas debido a la labilidad del parásito por lo que su realización presenta un alto coste. Por ello otra opción para el diagnóstico es el examen microscópico del parásito al fresco. Presenta un sensibilidad y especificidad menor que la técnica del cultivo, pero la obtención de resultado es más rápida y su coste menor. La principal desventaja de esta técnica es que la muestra ha de ser observada durante las dos primeras horas tras la obtención de ésta, pues el organismo pierde movilidad²². Así, en los últimos años se ha visto que las pruebas de detección de ácidos nucleicos, método de referencia para el diagnóstico de otras ITS, es otra opción válida que puede realizarse con muestras de secreciones vaginales, exudado endocervical, uretral y en orina⁹.

- Signos y síntomas

La gran particularidad de esta infección es que presenta un elevado porcentaje de casos asintomáticos en hombres (80%)⁹, representando menos del 5% de casos de uretritis masculina diagnosticados, constituyendo por tanto un reservorio de infección para la mujer¹¹.

El cuadro clínico más común en los hombres es la uretritis, aunque solo el 47 % presenta secreción purulenta y un 22% disuria¹¹. Otra complicación que se puede presentar en varones es la epididimitis o prostatitis.

En las mujeres, los casos asintomáticos representan el 50 % del total de infecciones. El microorganismo infecta principalmente el epitelio escamoso de la vagina dando lugar a vulvovaginitis que se acompaña de flujo vaginal con mal olor y de aspecto verdoso, erosión e inflamación en la zona vaginal dando lugar a prurito, disuria y en ocasiones sangrado post-coital¹¹,²². Una infección no tratada puede ser un factor de riesgo para rotura de membranas y partos prematuros en mujeres embarazadas¹¹.

- Tratamiento

El tratamiento de elección para tratar a las personas infectadas por T.C. tanto en cuadros sintomáticos, como asintomáticos es el Metronidazol (1gr vo) en dosis únicas o Tinidazol (2gr). En el caso de pacientes seropositivos o ante fallos en el tratamiento, se aconseja una prolongación de las dosis, con una pauta de Metronidazol 500mg cada 12 horas durante

siete días. El uso de este fármaco no está contraindicado en el caso de mujeres gestantes. Una parte fundamental de la efectividad del tratamiento se basa en el tratamiento simultáneo de la pareja sexual del paciente, que en muchos casos no suele presentar síntomas, pero no tratarlo puede ser un factor de riesgo para la reinfección^{22,9}.

Organizaciones internacionales aconsejan realizar una prueba de control pasados los 3 meses en mujeres, debido a las altas tasas de reinfecciones, así como realizar un cribado que descarte la coexistencia de otras ITS⁹.

2.5 Adolescentes, un grupo de riesgo frente a las ITS

La adolescencia es un período de la vida que abarca desde los 10-15 años (adolescencia temprana) hasta los 16-19 años (adolescencia tardía) y que se caracteriza entre otras cosas, por la búsqueda de nuevas experiencias y la conformación de los rasgos y comportamiento sexuales^{1,6,26}.

Según la OMS, la adolescencia es una etapa de especial vulnerabilidad, por lo que ha de ser el principal foco de atención de las autoridades sanitarias²⁶. Gran parte de esta vulnerabilidad está relacionada con el tema tratado en este trabajo, pues como reflejan distintos estudios son los jóvenes de entre 15 y 24 años quienes representan el 50% de las ITS declaradas representando solo el 25 % de la población sexualmente activa^{1,6}.

Es necesario valorar que nuestra sociedad, así como sus jóvenes, perciben el sexo y las relaciones de pareja de manera distinta a la de hace algunos años como así reflejan estudios recientes, situando la edad de inicio en el sexo a edades cada vez más tempranas, 14, 8 años en chicos y 15 años en el caso de ellas.

El inicio temprano en las prácticas sexuales supone un mayor riesgo de contraer alguna ITS a lo largo de la vida debido principalmente a la falta de conocimientos, al mayor número de parejas esporádicas o relaciones no planificadas. Otro concepto que refleja los cambios en los hábitos sexuales de los adolescentes es la actual tendencia por parte de los adolescentes de tener varias parejas estables en períodos de tiempo cortos y consecutivos con las que no toman precauciones por considerarla una relación monógama y que conlleva un aumento en el riesgo de contraer alguna ITS o embarazo no deseado²⁷.

Es por ello necesario introducir programas de educación sexual acorde con la etapa de su desarrollo y basadas en las necesidades reales de los adolescentes. Basándonos en las evidencias científicas, se ha demostrado que los aspectos más relevantes en la efectividad de estas intervenciones, radica en la capacidad de ofrecer consejos de alto impacto enfocando el contenido a temas muy precisos como son los mecanismos de transmisión, el riesgo que tienen las distintas prácticas y la promoción del uso del preservativo^{1,9}.

Respecto a estos tres temas, es considerable valorar que aún hoy en día existe entre nuestros adolescentes mucha desinformación, sobre todo, aquella relacionada con otras enfermedades de transmisión sexual distintas del VIH las cuales, siguen percibiéndose como de bajo riesgo al presuponer que son curables y no conllevan graves perjuicios para la salud^{27,28}.

A pesar de la información que reciben los adolescentes sobre el sexo seguro, muchos de ellos siguen llevando a cabo prácticas sexuales de riesgo²⁷. Existen distintos factores que influyen en el grado de asunción de riesgos de los adolescentes desde la edad y el sexo hasta los relacionados con su nivel educativo y social. Un estudio descriptivo sobre los principales factores de riesgo ante las ITS de los adolescentes a nivel nacional reflejaba que son los varones los que mayor número de parejas sexuales tiene pero son las chicas las que menos uso hacen del condón en sus relaciones con parejas. Así mismo el grupo de edad que más riesgos asumen son los comprendidos en la franja de

edad de 17, 18 años hecho que corrobora el resultado de un estudio realizado en España que refleja que a medida que aumenta la edad, se hace un menor uso del preservativo.

Respecto al nivel educativo, es significativo algunos resultados de estudios de investigación, que demuestran que, aunque son los adolescentes de centros privados los que mayor actividad sexual tenían, son los jóvenes de los centros privados los que mayores conductas de riesgo asumían en sus relaciones sexuales. (mayor número de relaciones sexuales esporádicas, menor uso del preservativo...)⁶.

Otro factor de riesgo para tener en cuenta es el grado de uso de métodos de barrera. Numerosos estudios apuntan que el preservativo es el anticonceptivo más utilizado por los jóvenes^{3,4}. En Canarias, el uso del condón presenta un porcentaje del 98,2 % siendo una de las comunidades autónomas del país con mayor uso entre los adolescentes⁶, no obstante, existe todavía un alto porcentaje de adolescentes que no utilizan métodos de barrera²⁹, hecho que viene a afirmar la encuesta FRESC llevada a cabo en el año 2012 y que ponía de manifiesto un descenso en el uso del preservativo desde el año 2004. Este descenso puede explicar a su vez, el aumento en el número de adolescentes que hicieron uso de anticonceptivos de emergencia, sobre todo en aquellas comunidades autónomas (Galicia y Cataluña) en las que se aprobó la libre y gratuita dispensación de estos anticonceptivos. Dentro de las principales motivaciones o creencias para no hacer uso de este destacan el no tener pensado realizar actividades sexuales, no gustarles o tener relaciones con personas desconocidas.

Por otro lado, la principal razón para si hacer uso de este es el miedo al embarazo no deseado (73,6%), mientras que el miedo a contraer una ITS es valorado como razón de peso en un 10,2 %.⁴

Por todo esto, es importante destacar que las intervenciones educativo- sanitarias destinados a estos grupos han de reinventarse y adaptarse a la nueva sociedad. Preocupantes son las conclusiones extraídas de un estudio realizado por S. Saura Sanjaume et al sobre el alto porcentaje de adolescentes que manifestaban no recurrir a sus Centros de Salud ante dudas e inquietudes sobre su salud sexual por desconfiar del respeto a la confidencialidad recurriendo en consecuencia a otras fuentes de información menos fiables como son amigos, hermanos mayores u otros familiares cercanos²⁷.

Es por ello, que desde los servicios de salud se deben desarrollar programas de promoción y prevención basándose en las numerosas evidencias científicas que ofrecen recomendaciones para lograr que el mensaje llegue de forma clara a los adolescentes. Recomendaciones como brindar charlas y talleres informativos a edades más tempranas, hablar sobre los distintos métodos anticonceptivos reforzando el mensaje de la necesidad del uso del preservativo como único método de barrera frente a las ITS y, sobre todo, reforzando la confianza de los jóvenes hacia los sistemas sanitarios con el fin de que puedan acudir a fuentes fiables de cuidados e información sin miedo a ser juzgados o castigados.

3 | JUSTIFICACION

Actualmente los adolescentes siguen siendo uno de los grupos de población más expuestos ante las ITS, representando el 50 % de los casos de ITS diagnosticados. La falta de información, la desconfianza en los servicios sanitario, la experimentación con sustancias nocivas como alcohol y drogas o la iniciación en el sexo a edades cada vez más tempranas son entre otros, los principales factores de riesgo contribuyen a esa vulnerabilidad¹.

Es por ello, necesario abordar el problema desde la raíz, es decir, potenciar aquellas herramientas de autocuidado que les permita desarrollar su capacidad para tomar decisiones seguras a

la hora de mantener relaciones sexuales. Para ello, la educación sanitaria ha de ser el pilar en el que se sustenten todas las medidas de prevención y promoción de la salud sexual. Acorde con esto, y siguiendo las recomendaciones otorgadas por las principales organizaciones concedoras del tema a tratar⁹, se ha querido llevar a cabo una intervención educativa efectiva basada en la comunicación, en el aporte de mensajes de alto impacto y dirigidas a mejorar aquellos aspectos de la comunicación que impiden que el mensaje llegue a esta población haciendo sesiones de información más participativas, adaptando el contenido a su etapa de desarrollo y mejorando los tiempos de duración de las mismas con el fin de hacer llegar el mensaje de forma clara y concisa.

4 | OBJETIVOS

GENERALES

Desarrollar un proyecto educativo-sanitario que supere las barreras que limitan que el mensaje llegue de forma clara a nuestra población diana y permita otorgar a los adolescentes los conocimientos necesarios para adquirir hábitos sexuales saludables y disminuir así su exposición a situación o prácticas sexuales de riesgo.

ESPECÍFICOS

Para poder alcanzar nuestro objetivo final, primero será necesario:

- Evaluar el grado de conocimientos que tienen los adolescentes sobre ITS.
- Conocer las principales inquietudes sobre las relaciones sexuales de los adolescentes en la actualidad mediante un cuestionario ad-hoc.
- Desmentir falsas creencias relacionadas con las prácticas sexuales y con el sexo seguro.
- Potenciar la confianza de los adolescentes hacia los servicios sanitarios a través de información sobre los recursos disponibles.

5 | METODOLOGIA

El presente proyecto de intervención educativa, basado en una revisión bibliográfica, surge con la idea de desarrollar un programa educativo que sea realmente efectivo a la hora de promover entre los adolescentes hábitos sexuales saludables. Un estudio realizado recientemente sobre las conductas sexuales de los adolescentes europeos ponía de manifiesto que en general las conductas sexuales del adolescente son buenas y que muchos países miembros, entre ellos España, han puesto en marcha programas de promoción de la salud sexual⁶.

No obstante, existen otros datos que refuerzan la idea de que, a pesar de los esfuerzos por parte de los servicios sanitarios, los adolescentes siguen asumiendo conductas de riesgo durante sus prácticas sexuales^{4,10,27,30}.

Por ello, con este proyecto de intervención, se quiere poner en prácticas nuevas estrategias de comunicación que permitan concienciar a los adolescentes sobre la importancia de mantener relaciones de forma segura.

5.1. Tipo de estudio

Se llevará a cabo un estudio de intervención educativa pre- post, que permitirá estudiar a la muestra seleccionada durante dos periodos específicos, antes de la intervención, finalizada la misma y a los seis meses con el fin de valorar la efectividad de esta y comprobar su utilidad para la promoción de conductas sexuales sin riesgos. Para ello utilizaremos como método de medición un cuestionario de elaboración propia (ad-hoc) con el que se evaluará el grado de conocimiento de los adolescentes sobre infecciones de transmisión sexual, (sintomatología de las principales ITS y métodos de prevención) además de recoger información sobre sus conductas (edad de inicio en el sexo, número de parejas, fuentes de información a las que recurren...).

Se ha decidido elaborar un cuestionario propio con el fin de que exista un reflejo claro del grado de efectividad de la intervención.

5.2. Población diana y muestra

La intervención se llevará a cabo en el centro de educación secundaria Teobaldo Power, perteneciente a la provincia de Santa Cruz de Tenerife.

La muestra está formada por alumnos/as de 4º de la ESO. La franja de edad sobre la que trabajaremos será de 15-17 años ya que es la edad en la que los estudios han demostrado que los adolescentes se inician en las actividades sexuales y por tanto donde mayor grado de información requieren^{4,30}.

- Criterios de inclusión
 - a. Adolescente entre 15-17 años
 - a. Estudiante del centro

- Criterios de inclusión para realizar cuestionario
 - a. Haber participado en todas las sesiones informativas y talleres dados.
 - a. Haber rellenado el primer cuestionario.

El grupo sobre el que se llevara a cabo la intervención se divide en tres clases, 4 de la ESO A, B y C con un número aproximado por clase de 30 alumnos.

5.3 Duración

Como hemos expuesto anteriormente, diversos estudios de investigación aconsejan que para lograr una máxima efectividad del mensaje que se intenta transmitir, las sesiones de intervención duren entre un máximo de 20- 30 minutos y se desarrollen estrategias de comunicación basadas en preguntas abiertas que permitan al receptor participar en la misma, así como enfatizar en las ideas

claves mediante el uso de imágenes y otras estrategias visuales de impacto que refuercen el mensaje,^{1,9} Por ello, nuestras sesiones se realizarán a lo largo de 4 semanas y durarán 25 minutos.

5.4 Consentimiento informado

Dos semanas antes de dar comienzo a la intervención, se le facilitara al instituto la documentación necesaria para que los tutores legales de los adolescentes conozcan cual será el contenido de nuestras charlas y talleres y den por tanto su consentimiento no solo a recibir información sino a que sus hijos aporten información de carácter privado y confidencial que serán usados con fines educativos y científicos (Anexo 3).

5.5. Método de organización y coordinación

La siguiente intervención contará con un equipo formado por dos profesionales enfermeros y una matrona que serán los encargados de llevar a cabo las intervenciones de educación sanitaria.

Para poder llevar a cabo la intervención con éxito, es imprescindible establecer una buena coordinación de equipo, así como del proyecto, por lo que a continuación, se detallará como se dividirán las sesiones, que contenido se abordará en cada una y cuál es el objetivo final de cada una de ellas.

1ª SESIÓN: ¿QUE SABEMOS SOBRE LAS ITS?

En esta primera sesión, se llevará a cabo una charla informativa sobre las infecciones de transmisión sexual más comunes que son: gonorrea, chlamydia, sífilis y tricomonas vaginales. Previo a la intervención, repartiremos entre todos los estudiantes un cuestionario de auto cumplimiento de carácter individual y confidencial en el que se recogerán preguntas relacionadas con sus prácticas sexuales, edad de inicio en las relaciones, métodos de barrera más utilizado, número de parejas sexuales y conocimientos básicos sobre las ITS de las que hablaremos en nuestro taller. El objetivo de este cuestionario es comprobar que nivel de información y percepción del riesgo de las prácticas sexuales tienen antes de la intervención. Posteriormente se volverá a pasar entre los mismos asistentes el cuestionario, lo que nos permitiría evaluar qué grado de mejora en su salud sexual les ha aportado nuestra intervención, y del mismo modo, nos permitirá valorar cuan efectiva es la misma.

Dentro de los temas que se tratarán acerca de cada ITS se hará hincapié en:

- Mecanismo de transmisión: con el fin de advertir a los adolescentes que el sexo sin penetración también es un mecanismo de transmisión de estas enfermedades.
- Principales síntomas de alerta: se le entregará un folleto de elaboración propia en el que se explica de forma visual cuales son los principales signos y síntomas de alarma por los cuales, en caso de sospecha deban acudir a su centro de salud. (Anexo 4).
- Pruebas diagnósticas: se les hablará de forma clara cuales son las pruebas diagnósticas disponibles y como acceder a ellas.

Con el fin de integrar y hacerlos partícipes de esta intervención y fomentar la comunicación y confianza, se llevará a cabo una ronda de preguntas rápidas en la que tendrán la oportunidad de exponer dudas e incluso vivencias propias. En este momento de la intervención, la capacidad co-

municativa de los profesionales es imprescindible para garantizar la efectividad de la intervención. Deberán motivar a los jóvenes a intervenir, mostrar sus dudas e inquietudes sin miedo. Para ello podrán recurrir a hablar de experiencias propias de su juventud y adolescencia creando un ambiente de intimidad que permita a los adolescentes abrirse.

Así mismo con el fin de potenciar el mensaje, esta charla se acompañará de un Power point en el que se expondrá toda la información antes planteada y en la que se incluirán imágenes de alto impacto que refleja la gravedad de las consecuencias de estas enfermedades para la salud de los jóvenes.

- Material utilizado
 - a. Proyector con conexión a internet
 - b. Folleto ilustrado sobre ITS – de elaboración propia–. (Anexo 4)
 - c. Cuestionario previo a la intervención
 - d. Power Point

- Duración aproximada de la intervención
 - a. 5 minutos: cuestionario basal
 - b. 10 minutos: exposición del PowerPoint
 - c. 10 minutos: resolución de dudas y puesta en común de ideas

2ª SESIÓN: USO DEL CONDÓN Y OTROS MÉTODOS DE BARRERA. DESMONTANDO MITOS

El objetivo de esta sesión es resaltar la importancia que tienen los mecanismos de barrera en las relaciones sexuales durante la adolescencia y fomentar así, el uso del condón. Aunque en nuestra Comunidad Autónoma el preservativo es el principal método de barrera utilizado (98,2 %)5, aún existen entre los adolescentes cierto rechazo a su uso, así como falsas creencias sobre la efectividad de la marcha atrás4. Durante la sesión utilizaremos un pene artificial a modo de ejemplo, agruparemos a los estudiantes en grupos de 13- 15 y repartiremos a cada uno de los grupos, un pene y un preservativo.

El objetivo es que los adolescentes aprenden a colocar correctamente el preservativo y a familiarizarse con el mismo. En este momento se les hablará de cómo escoger el preservativo idóneo según las características fisiológicas de cada uno, preferencias, sensibilidad y se les informará de cómo pueden conseguirlos de forma gratuita en caso de que sea necesario. Con esto lo que se pretende es normalizar la sexualidad y darles las pautas necesarias para llevar a cabo prácticas sexuales de forma segura y satisfactoria.

De forma más breve, hablaremos de otros métodos de barrera como son las píldoras anti-conceptivas, los parches hormonales o el preservativo femenino y cuales son las contraindicaciones, efectos secundarios e indicaciones para su uso.

Para finalizar la sesión, dejaremos que sean los propios estudiantes los que aporten dudas y preguntas acerca del uso del preservativo. Para esta parte de la intervención, el profesional de enfermería deberá realizar preguntas de carácter abierto que permita a los estudiantes expresar sus dudas y al mismo tiempo conducirlos al tema en el que se quiere hacer hincapié, el fomento del preservativo. Para ello, se recurrirá a preguntas de verdadero y falso, de esta manera, los estudiantes dan su opinión y expresan su percepción acerca de la temática y al mismo tiempo se les aporta información veraz que les ayudará a mejorar su percepción sobre el uso del preservativo.

Algunas preguntas serán:

1. ¿El uso del condón disminuye la espontaneidad de la relación? (falso)²⁸ aquí es un buen momento para hablar de cómo se pueden realizar distintas actividades sexuales que fomentan el placer sin necesidad de llevar a cabo prácticas de riesgo como pueden ser juegos eróticos, uso de lubricantes etc. También es importante hacerles ver que la confianza y el respeto es clave para llevar una vida sexual y en pareja satisfactoria.
 2. ¿La marcha atrás es efectiva si se hace bien? (Falsa): según un estudio realizado entre jóvenes españoles, existe un 1,6 % de ellos que realizan el coito interruptus de forma habitual. Desmontar este mito sobre su efectividad es primordial para fomentar la salud sexual entre los adolescentes.²⁸
 3. Si tomo la pastilla no tengo que usar preservativo: falso. Debemos resaltar que la pastilla sólo previene el embarazo pero que no evita el contagio por ITS.
- Material necesario:
 - a. 16 penes artificiales de muestra
 - b. 50 condones por clase
 - c. Otros utensilios: pastillas anticonceptivas, preservativo femenino y parches hormonales de muestra, lubricantes, distintos modelos de preservativos comerciales.
 - Duración de la sesión:
 - a. 15 minutos: colocación de condón
 - b. 10 minutos: exposición de ideas y preguntas

SESIÓN 3: CONOCE TUS RECURSOS

Un estudio llevado a cabo en adolescentes de Reino Unido demostró que cuanto mayor es el conocimiento de los adolescentes sobre los recursos sanitarios disponibles, mayor uso hacen de los mismos y mejor percepción de riesgo tienen en sus relaciones sexuales²⁷. Es por ello por lo que el objetivo de este taller es el de mejorar la confianza que tiene los adolescentes en los sistemas sanitarios con el fin de que estos sean los primeros puntos de apoyos a los que recurran en caso de dudas o problemas relacionados con su vida sexual. Los adolescentes tienen una especial reticencia a compartir su vida sexual con sus médicos o enfermeras de referencia, sobre todo porque perciben una baja seguridad de su confidencialidad.²⁷

Las actividades que se llevarán a cabo son:

1. Introducción en el sistema sanitario: se les aportará información sobre cuáles son los recursos que disponen para realizar consulta en caso de dudas o ante algún signo o síntoma que sospechen sea secundario a alguna ITS.
2. Se les informará sobre el recurso de planificación familiar: pondremos el foco en su centro de salud como principal punto de apoyo en caso de cualquier duda que tengan sobre métodos

- anticonceptivos destinados tanto a la prevención de las ITS como del embarazo no deseado.
3. Pruebas y cribados: se les hablará de cuáles son las pruebas diagnósticas que ayudan a los sanitarios a detectar ITS. En este punto se les hablará de cuáles son los pasos a seguir en caso de que éste sea positivo (comunicárselo a su pareja/ as sexuales, seguir pautas de tratamiento médico) así como hacerles ver la realidad del auge de estas infecciones y la importancia de someterse a este tipo de pruebas en casos de sospecha.
 4. Derribar prejuicios y potenciar la confianza: se les hablará del carácter confidencial de las consultas con enfermería, se les ayudará a normalizar el hablar de sus relaciones sexuales como parte importante de su mejora de salud.
 5. Resolución de dudas: se dejarán unos minutos finales para que los estudiantes expongan sus dudas y preguntas acerca de los recursos sanitarios de los que se les ha hablado.
- Material:
 - a. Power point informativo en el que la enfermera que realice el taller se apoyará para realizar la charla.
 - Duración del taller:
 - a. 15 minutos: información sobre recursos sanitarios
 - b. 10 minutos: resolución de dudas.

4ª SESIÓN: CLAUSURA

La sesión final consistirá en una puesta en común de las ideas, dudas y nuevos conocimientos que les ha aportado a los alumnos estas sesiones educativo-sanitarias.

Para ello, utilizaremos el método de trabajo grupal que denominaremos «lluvia de ideas» y que consistirá en que cada alumno aporte una idea para entre todos general un resumen general de lo que ha supuesto para ellos este taller. El objetivo es aclarar dudas y compartir ideas de manera que puedan expresar aquellos conocimientos que han podido adquirir tras estas sesiones. Para finalizar, se les entregará un cuestionario con los mismos ítems que el cuestionario dado al principio de la intervención.

Lo que pretendemos con ellos es llevar a cabo un estudio comparativo de los conocimientos pre y post intervención, lo que nos ayudará a concluir si los talleres, así como sus temáticas han sido efectivos a la hora de captar su atención y proporcionarles nuevos conocimientos, así como una mejor percepción de la salud sexual y de la importancia que tiene para la misma evitar realizar conductas de riesgo relacionadas con el sexo. Además de este último cuestionario, se les entregará otro en el que deberán puntuar del 1 al 10 su grado de satisfacción con los talleres a los que han asistido y cuáles son sus propuestas de mejora.

- Materiales necesarios:
 - a. Pizarra
 - b. 40 cuestionarios de evaluación (por clase)
 - c. 40 cuestionarios de satisfacción (por clase)

- Duración de la sesión:
 - a. 15 minutos: “lluvia de ideas”
 - b. 10 minutos: cumplimentación de cuestionario de evaluación y de satisfacción.

5.6. Medición de la intervención

El instrumento de medición que utilizaremos para obtener los resultados objetivos evaluables es el cuestionario de propia elaboración (anexo 1), y que nos permitirá medir el grado de conocimiento y riesgos sexuales que asumen los adolescentes. Para realizar una comparativa, este cuestionario deberá ser rellenado al principio al final de la intervención y pasados seis meses. El objetivo, es evaluar el grado de efectividad de la intervención y cuáles serían los posibles puntos de mejora.

La razón por la cual se ha decidido realizar un cuestionario de elaboración propia radica en la falta de un cuestionario validado que recogiera específicamente los ítems que queremos valorar, pues la mayoría de los ya utilizados en otros estudios abordaban conceptos que en esta intervención no se han tratado como el VIH o el embarazo no deseado.

5.7. Estadística

Para la realización del análisis estadístico, se utilizará el programa informático de tratamiento estadístico SPSS 21 y Excel.

5.8 Cronograma general

	FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO			OCTUBRE			
Actividad/ semana	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Elección de tema y búsqueda bibliográfica																			
Planteamiento																			
Justificación																			
Objetivos																			
Marco teórico																			
Metodología																			
Intervención																			

5.8. Cronograma de la intervención

Semana/sesión	1	2	3	4
1ª sesión:	¿Qué sabemos sobre ITS			
2ª sesión		Uso de condón y otros métodos de prevención: desmontando mitos		
3ª sesión			Conoce tus recursos	
4ª sesión				Clausura

5.10 Recursos

Humanos	<ul style="list-style-type: none">• 3 profesionales de enfermería• Tutores (supervisión de la clase)
Materiales	<ul style="list-style-type: none">• Proyector + ordenador y sistema de sonido• Material fungible (folios, folletos)• Penes artificiales (4x taller)• Condones (40x clase)

5.11 Presupuesto

Concepto	Unidad de medida	Cantidad	Unidad	Tiempo	Total
Enfermera y Matrona	Personal	2	Aprox 100x especialista	4 sesiones	800 euros
Desplazamiento al centro	Transporte	1 coche	Gasolina	4 semanas	40 euros
Coste total en personal					840
Concepto	Unidad de medida	Cantidad	Unidad	Tiempo	Total
Folios	Paquete folios 500	2 paquetes	7 euros unidad		14 euros
Ordenador		1	500		500
Proyector		1	300		300
Folletos		160	0,80 euros		120
Tinta de impresora	Cartuchos	3	20 euros/unidad		60
Impresora		1	200		200
Penes artificiales		16	80 euros/unidad		1.280
Condomes	Caja de 20	8	20 euros/unidad		160
Presupuesto final					2.595

5.12 Consideraciones éticas y legales

Para llevar a cabo esta intervención, y puesto que se trata de menores de edad, es necesario contar con el consentimiento no sólo del centro educativo donde se llevará a cabo la actividad, sino también con el consentimiento de los tutores legales de cada alumno. En consecuencia, dos semanas antes de comenzar con la sesión, se le entregará al centro los documentos necesarios para que los tutores legales den su consentimiento informado y poder llevar a cabo nuestro proyecto con el respaldo legal y ético necesario. Dicho documento, expresará el carácter confidencial de la información que se obtendrá de los cuestionarios utilizados y se determinará el carácter de

divulgación científica relacionado con un trabajo de fin de grado que tendrán dichos talleres. Los alumnos que tras cumplirse el período de las dos semanas no hayan entregado al centro la documentación necesaria, no podrán participar en los talleres. (Anexo 3).

5.13 Factores externos

El logro de los objetivos marcados viene determinado por factores externos que no están relacionados con la planificación, organización, actividades o profesionales que desarrollarán esta intervención. Así, la participación de los alumnos en estas sesiones vendrá marcada por la predisposición de los padres y del centro en autorizar dichas propuestas. Al tratarse de un centro de educación secundaria, presuponemos que tendrán una alta predisposición a que se realicen este tipo de programas en su centro. De hecho, por este motivo, hemos elegido este centro y no otro, pues previamente ya se han realizado en él charlas educativas ligadas a temas sexuales en adolescentes.

ANEXOS

Anexo 1

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN

Grado de conocimiento de los adolescentes sobre ITS y factores de riesgo

El siguiente cuestionario es de carácter individual y confidencial.

Edad: Genero:

1. Edad de inicio en tu primera experiencia sexual:
2. ¿Consideras que actualmente tienes una relación estable? SI /NO
3. Numero de relaciones sexuales mantenidas hasta la fecha
4. ¿Has mantenido relaciones sexuales sin preservativo? SI /NO
5. Si has contestado afirmativamente, explica brevemente la razón
6. ¿Has padecido alguna infección de transmisión sexual? SI /NO
7. Enumera todas las ITS que conozcas
8. Enumera los signos y síntomas que te hagan sospechas de que padeces algún tipo de ITS.
9. ¿Consideras que has practicado alguna vez relaciones sexuales de riesgo?
SI /NO
10. ¿Cuáles son las principales vías de transmisión de las siguientes ITS?

Gonorrea:

Chlamydia:

Sífilis:

Trichomonas Vaginalis:

11. Si tuvieras alguna duda relacionada con ITS, cuáles serían tus principales fuentes de información/ apoyo:
12. ¿Consideras que has recibido la información necesaria para poder tener relaciones sexuales seguras? SI/NO
13. Cuáles son los principales mecanismos de protección sexual que utilizas, (condones, pastilla anticonceptiva, parches etc.)
14. Del 1 al 10 que grado de preocupación tiene para ti contraer algún tipo de ITS.
15. Del 1 al 10 que nivel de gravedad crees que tienen estas ITS sobre la salud.
16. En la actualidad, ¿crees que existe una alta tasa de incidencia de ITS? SI/NO
17. ¿Confías en que tus profesionales de salud aseguran tu derecho a la intimidad y a la confidencialidad? SI /NO
18. ¿Desearías recibir más información y asesoramiento sobre prácticas sexuales seguras?

SI /NO

Anexo 2

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO

Puntúa del 1 al 5, siendo el 5 el número de máximo valor

- Calidad de la información recibida:
- Capacidad de los profesionales para captar mi atención:
- Utilidad de lo aprendido para mejorar mi salud sexual:
- Adaptación de los temas tratados a mis necesidades e inquietudes:
- Grado de resolución de mis dudas:
- Grado de satisfacción en general de los talleres:

Sugerencias para mejorar:

Anexo 3

DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN

La alumna Barbara Peraza González de 4^a de enfermería quisiera llevar a cabo una intervención educativa sobre salud sexual como trabajo de fin de grado tutorizada por la profesora María del Carmen Hernández, en el centro educativo en el que está escolarizado su hijo. En las semanas que dure la intervención, se pretende realizará en el centro educativo de su hijo talleres educativo-sanitario que tendrán como objetivo el de aportar a los alumnos del curso de 4^o de la ESO la información y conocimientos necesarios para que en caso de mantener relaciones sexuales en la actualidad o en un futuro, sepan cómo mantenerlas de forma segura. En las distintas charlas informativas, se les hablará sobre las principales infecciones de transmisión sexual, mecanismos de prevención (uso de condón y otros métodos de protección) así como información de los recursos sanitarios de los que disponen para recibir información, asesoramiento o consultas.

En los talleres, se les pedirá que rellene cuestionarios de carácter confidencial e individual que serán utilizados para recolectar datos estadísticos e información necesaria para llevar a cabo este estudio. Por todo esto es necesario que los alumnos cuenten con la autorización de sus tutores legales.

Yo autorizo a mi hijo/a
.....a participar en los talleres que se realizarán en el instituto Teobaldo Power.

Firma del tutor legal

LA PREVENCIÓN SIEMPRE ES LA MEJOR OPCIÓN

ITS : SIGNOS DE ALERTA

EDUCACIÓN SANITARIA: SEXO SEGURO

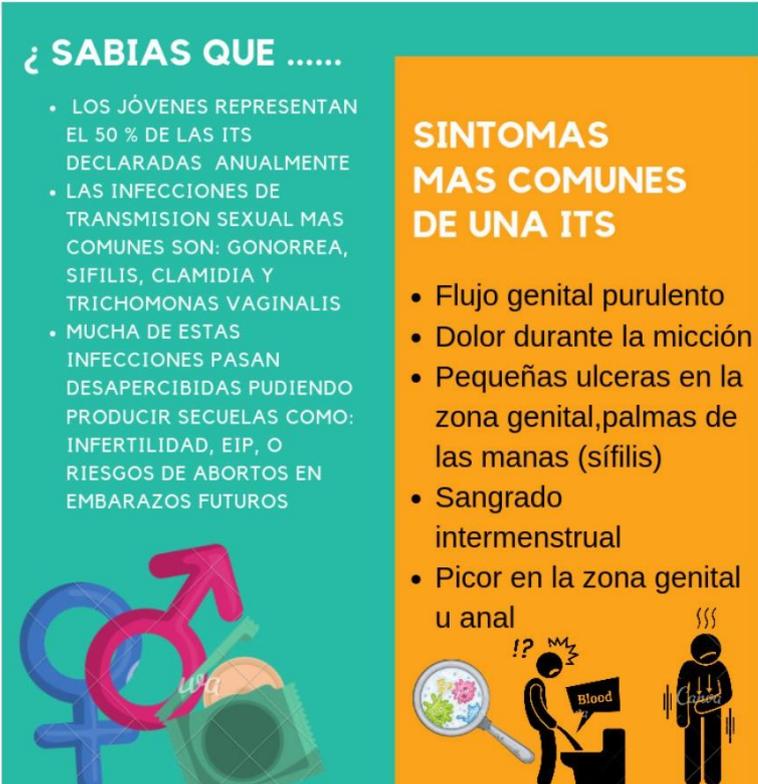


¿ SABIAS QUE

- LOS JÓVENES REPRESENTAN EL 50 % DE LAS ITS DECLARADAS ANUALMENTE
- LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL MÁS COMUNES SON: GONORREA, SIFILIS, CLAMIDIA Y TRICHOMONAS VAGINALIS
- MUCHA DE ESTAS INFECCIONES PASAN DESAPERCIBIDAS PUDIENDO PRODUCIR SECUELAS COMO: INFERTILIDAD, EIP, O RIESGOS DE ABORTOS EN EMBARAZOS FUTUROS

SINTOMAS MAS COMUNES DE UNA ITS

- Flujo genital purulento
- Dolor durante la micción
- Pequeñas úlceras en la zona genital, palmas de las manos (sífilis)
- Sangrado intermenstrual
- Picor en la zona genital u anal



¿DONDE ACUDIR ?

ANTE CUALQUIER SOSPECHA SIEMPRE ACUDIR A TU MEDICO DE CABECERA.

PRUEBAS:

EN SU CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA SE LE REALIZARAN PRUEBAS DE ORINA, SANGUÍNEO Y RECOGIDA DE MUESTRAS GENITALES PARA DESCARTAR CUALQUIER TIPO DE ITS.

SI, TIENES DERECHO A

- CONFIDENCIALIDAD
- INFORMACIÓN VERAZ
- DIAGNOSTICO CERTERO
- TRATAMIENTO PRECOZ
- ATENCIÓN MEDICA DE CALIDAD.



6 | BIBLIOGRAFIA

1. Coronas F, Funes F. Abordaje de la sexualidad en la adolescencia. Rev. Med. Clin. Condes. [internet]. 2015. [consultado 22 Nov 2018]; 26(1):74-80. Disponible en: <https://www-sciencedirect-com.accedys2.bbt.ull.es/science/article/pii/S0716864015000127>
2. Gascón Jiménez J.A, Navarro Gochicoa B, Gascón Jiménez F.J, Pérula de Torres L.A, Jurado Porcel A, Montes Redondo G. Conocimiento de los adolescentes sobre el SIDA y las enfermedades de transmisión sexual. Aten. Primaria. [internet]. 2003 [Consultado 22 Nov 2018]; 32(4):216-222. Disponible en: <https://www-sciencedirect-com.accedys2.bbt.ull.es/science/article/pii/S0212656703792555>
3. Fresneda N, Santesmases R, Guillaumet M. Intervención educativa para promocionar prácticas sexuales seguras en adolescentes que soliciten anticoncepción de emergencia en urgencias de Atención Primaria. Ágora de enfermería [internet]. 2017 [Consultado 23 Nov 2018]; 21(3): 106-111. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6116253>
4. Rodríguez Carrión J, Traverso Blanco C. Conductas sexuales en adolescentes de 12 a 17 años de Andalucía. Gac Sanit. [internet]. 2012 [Consultado 24 Nov 2018]; 26(6): 519-524. Disponible en: www.scielo.org/scielo.php?frbrVersion=7&script=sci_arttext&pid=S0213-91112012000600005&lng=en&tlng=en
5. Corral Cao L, Mármol Álvarez B, Vázquez Otero B. Conocimientos, conductas y fuentes de información sobre la salud sexual em adolescentes de un municipio gallego. Metas Enferm. [internet] 2016 [Consultado 15 Dic 2018]; 19(1): 60-67. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80861/>
6. Teva I, Bermúdez MP, Buela-Casal G. Variables sociodemográficas y conductas de riesgo en la infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes. Rev. Esp de Salud Pública [Internet]. 2009 [Consultado 25 Nov 2018]; 83(2):309-320. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17083213>.
7. Unidad de vigilancia del VIH y conductas de riesgo. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 2016. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología; 2018 p 23.
8. World Health Organization. Estrategia mundial del sector de la salud contras las infecciones de transmisión sexual. [internet]: OMS; 2016 [Consultado 26 Nov 2018]. Disponible en: www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/ghss-stis/es/
9. GESIDA, SPNS, GEITS, SEIP. Documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2017.
10. Callejas Pérez S, Fernández Martínez B, Méndez Muñoz P, León Martín M.T, Fábrega Alarcón C, Villarín Castro A et al. Intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de la ciudad de Toledo. Rev. Esp. Sa-

lud Publica [Internet]. 2005 [Consultado 2018 Dic 18];79(5): 581-589. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272005000500008&lng=es.

11. Martínez MA. Diagnóstico microbiológico de las infecciones de transmisión sexual (ITS). Parte 1. ITS no virales. Rev.Chil.Infect. [internet]2009 [Consultado 25 Dic 2018]; 26 (6):529-539. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182009000700008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182009000700008>.
12. Ariza Mejía MC. Análisis epidemiológico de la situación de la gonorrea en España: Sistemas de Información. [tesis doctoral]. Madrid: Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos; 2015.
13. Cáceres K. Informe Anual 2016 Situación epidemiológica de gonorrea (CIE 10: A54). Rev.Chil. infectol. [Internet]. 2018 [Consultado 27 Dic 2018]; 35(4): 403-412. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182018000400403&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0716-10182018000400403>.
14. Figueroa R. Uretritis gonocócica. Perinatol. Reprod.Hum.[internet] 2013[Consultado 28 Dic 2018]; 27(2):113-122. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372013000200007&lng=es.
15. Catorceno V. Gonorrea. Rev. Act. Clin. Med[Internet].2010 [Consultado 29 Dic 2018];1. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-37682010001000006&lng=es.
16. Ndowa F, Lusti-Narasimhan M. The threat of untreatable gonorrhoea: implications and consequences for reproductive and sexual morbidity. JSTOR.[internet].2012 [Consultado 29 Dic 2018]; 20(40):76-82. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/41714981>.
17. Alirol E, Wi TE, Bala M, Bazzo ML, Chen X-S, Deal C, et al. Multidrug-resistant gonorrhea: A research and development roadmap to discover new medicines. Plos.Med.[internet] 2017[Consultado 29 Dic 2018]; 14(7). Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002366>.
18. Ros-Vivancos C, González Hernande M, Navarro Gracia J.F, Sanchez Payá J, González Torga A, Portilla Sogorb J. Evaluación del tratamiento de la Sífilis a lo largo de la historia. Rev.Esp. Quimioter.[internet]2018 [Consultado 3 Ene 2019];31(6): 485-492. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/medline/300000000/PMC6254479/>.
19. Riera Monroig J, Fustà Novell X, Fuertes de Vega I. Diagnóstico serológico de la sífilis. Avances y estado actual. Piel (BARC). [internet]2017 [Consultado 3 Ene 2019]; 32(9): 577-579. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-piel-formacion-continuada-dermatologia-21-articulo-diagnostico-serologico-sifilis-avances-estado-S0213925117301788>.
20. Organización Panamericana de la Salud. Nuevas estrategias de diagnóstico para la Sífilis. Rev. Panam.Publica. [internet]2008 [Consultado 5 Ene 2019]; 23 (3). Disponible en: <https://doaj-org.accedys2.bbtck.ull.es/article/775c0661c0dd421980ae767e2e207a29?frbrVersion=2>.

21. Álvarez Mesa M, de la Torre Navarro L, Domínguez Gómez J. Las Infecciones de Transmisión Sexual: una revisión dirigida a la atención primaria de salud. *Rev Cubana.Med.Gen.Integr* [Internet]. 2014 [Consultado 5 Ene 2019]; 30(3): 343-353. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000300008&lng=es.
22. Gigliola Cannoni B, Silvana Bórquez R. Vulvovaginitis e infecciones de transmisión sexual en la adolescencia. *Rev.Med.Clin.Condes*. [internet] 2011 [Consultado 5 Ene 2019]; 22 (1): 49-57. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(11\)70392-3](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70392-3).
23. Godoy P. La vigilancia y el control de las infecciones de transmisión sexual: todavía un problema pendiente. *GacSanit*[Internet].2011[Consultado5Ene2019];25(4):263-266.Disponibleen: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112011000400001&lng=es.
24. Lane BA, Decker CF. Chlamydia Trachomatis infections. *Disease-a-Month*. [internet]. 2016[Consultado 5 Ene 2019]; 62(8): 269-273. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2016.03.010>
25. Occhionero M, Paniccia L, Pedersen D, Rossi G, Mazzucchini H, Entrocassi A, et al. Prevalencia de la infección por Chlamydia Trachomatis y factores de riesgo de infecciones transmisibles sexualmente en estudiantes universitario. *Rev. Argent.Microbiol*. [internet] 2015 [Consultao 5 Ene 2019]; 47 (1): 9-16. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ram.2014.11.00>.
26. Barros, T. Barreto D, Pérez F, Santander R, Yépez E, Abad-Franch F, Aguilar M. Un modelo de la prevención primaria de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/sida en la adolescencia. *Rev.Panam.Publica*. [internet] 2001 [Consultado 10 Ene 2019]; 10 (2). Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2001.v10n2/86-94/>.
27. Saura Sanjaume S, Fernández de Sanmamed Santos MJ, Vicens Vidal L, Puigvert Viu N, Mascort Nogué C, García Martínez J. Percepción del riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual en población joven. *Aten.Primaria*. [internet] 2010 [Consultado 10 Ene 2019];42(3): 143-148. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-percepcion-del-riesgo-contrar-una-S0212656709004089>.
28. Guerrero García M, Barreales Cardín C. Cambio en la accesibilidad a la píldora postcoital y análisis de la influencia sobre la incidencia en las infecciones de transmisión sexual. *Pharm Care Esp*. [internet] 2009[Consultado 15 Ene 2019]; 11(4): 157-162. Disponible en: <https://www.pharmaceutical-care.org/revista/contenido.php?mod=archivosbusqueda&menu=3.2&id=465&tipo=completo>.
29. González Ibáñez S, Granell Bello J, Iranzo Pérez L, Zanón Carrascosa D. Estudio de mitos y falsas creencias sobre sexualidad en una población universitaria. *Rev. Educare21*. [internet]2013 [Consultado 15 Ene 2019];11(1).Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/publicaciones/educare/>
30. Conejos Jericó L et al. Conocimientos y actitudes sobre factores de riesgo de sexualidad en adolescentes. *Metas de Enferm*. [internet] 2010 [Consultado 18 Ene 2019]; 13(8): 58-65. Disponible en: <https://medes.com/publication/62146>.

