

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y FRECUENCIA
DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION
SEXUAL EN ADOLESCENTES**

Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, en
adolescentes del Instituto Nacional Experimental de Educación
Básica "Dr. Luis Pasteur" y Escuela Nacional Mixta de
Ciencias Comerciales "Domingo Juarros",
de mayo a junio de 1996, en Puerto Barrios, Izabal.

ELSA ROSALINA GRANADOS LORETO

Guatemala, Julio de 1996.

INDICE

	Página
I. INTRODUCCION	1
II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA	3
III. JUSTIFICACION	5
IV. OBJETIVOS	7
V. REVISION BIBLIOGRAFICA	8
VI. METODOLOGIA	24
VII. PRESENTACION DE RESULTADOS	28
VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	44
IX. CONCLUSIONES	48
X. RECOMENDACIONES	50
XI. RESUMEN	51
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	52
XIII. ANEXO	55

I. INTRODUCCION

La adolescencia es una etapa compleja de la vida, que representa una serie de profundos cambios físicos, psicológicos, cognitivos y sociales que conducen al individuo hacia la madurez del adulto, cambios para los cuales en la mayoría de los casos no se está preparado adecuadamente, favoreciendo el elevado número de riesgos y problemas que conllevan a consecuencias negativas para la salud, sea en un corto o largo plazo (6, 18, 20).

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS), existen desde el inicio de la humanidad, no respetan raza, religión, ni edad, y los adolescentes se consideran una población con importante riesgo de contraer estas enfermedades en la mayoría de los países, condicionado entre otras cosas, por el escaso conocimiento sobre las mismas (síntomas, tratamiento, implicaciones para la salud, etc.) (13, 18).

Actualmente los adolescentes representan alrededor de una quinta parte del total de la población en las Américas (20), por lo que su educación y orientación adecuadas son importantes para una vida adulta sin mayores riesgos.

El presente estudio relacionado con los conocimientos, actitudes y frecuencia de enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de ambos sexos, se realizó en 515 estudiantes de dos instituciones nacionales mixtas de educación media, ubicadas en la ciudad de Puerto Barrios, Izabal.

En este estudio se establece que el nivel de conocimientos de los adolescentes de ambos sexos, es bueno en la mayoría de los casos, además que la actitud en relación a prevención en la transmisión de ETS, es positiva; no siendo así respecto al uso de antibióticos para el tratamiento de las ETS y la prevención para evitar un nuevo contagio de alguna de estas enfermedades.

Además se determina que la frecuencia de las ETS en la población estudiada es baja en relación a lo reportado en otros estudios, con el mayor número de casos para el sexo masculino. Sin embargo se considera que factores sociales, como prejuicios, miedo, vergüenza, ignorancia o poco interés, pueden estar afectando el reporte de estas enfermedades.

Algunos otros estudios reportan que los adolescentes reciben escasa información en relación a las ETS (12). En este estudio el 98.44% de la población reporta que desearía recibir más información sobre el tema, a pesar de que la mayoría, ha recibido información en relación al mismo.

II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

La adolescencia es la etapa de la vida en la que se producen una serie de importantes cambios fisiológicos, somáticos, mentales, emocionales y sociales, que conducen al individuo hacia la madurez del adulto (1).

Es difícil establecer límites cronológicos precisos para este periodo vital, así como definir una diferencia real entre adolescencia y juventud (1, 5).

De acuerdo a preceptos establecidos por la Organización Mundial de la Salud, se acepta que la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años de edad, coincidiendo generalmente su comienzo con los cambios puberales (10 a 14 años de edad); y finalizando al cumplirse gran parte del crecimiento y desarrollo morfológicos (15 a 19 años) (2, 5, 12).

En 1,990, la población de adolescentes y jóvenes (10 a 24 años) constituyó alrededor del 31% de la población total de América Latina (2). Los adolescentes en Guatemala, constituyen 2,188,752, que equivalen al 27.6% de la población total (2, 9).

La edad de inicio de las relaciones sexogenitales en el istmo se da frecuentemente en la adolescencia. El inicio temprano de estas relaciones se da en el rango de edad entre los 10 y 14 años de edad; el resto se inicia alrededor de los 18 años (15).

En la ciudad de Guatemala, 7 de cada 10 jóvenes tuvieron su primera relación sexogenital antes de los 15 años. En relación a las jóvenes se registró que el 12% de 15 a 19 años de edad mantenían relaciones sexogenitales antes de estar unidas o casadas; de éstas un 17% tuvo las relaciones sexogenitales antes de los 15 años y un 50 % alrededor de los 15 y 17 años. (AGES 1,986) (2, 15).

Esto es una realidad que arrastra consigo otro número de problemas, entre los que no puede dejar de mencionarse, las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el embarazo en la adolescencia; lo cual puede tener serios efectos, no sólo en el presente sino en la fecundidad futura, tanto para el hombre como para la mujer (4, 13).

En las últimas décadas se ha observado un aumento notable de las ETS, especialmente de la Gonorrea, que es la enfermedad infecciosa más común en la adolescencia. En los países desarrollados más de dos tercios de los casos de esta enfermedad ocurren en personas menores de 25 años de edad. Otras ETS frecuentes en los adolescentes, son la sífilis, las infecciones por clamidia y herpes genital (5).

Los casos de SIDA entre los adolescentes representan el 4% de todos los casos notificados en todos los países, con excepción de Honduras con 8.3% y Estados Unidos con 9.8%. Aún cuando el número de adolescentes que ha desarrollado esta enfermedad es proporcionalmente pequeño, se considera que un tercio de los adultos jóvenes que desarrollan el SIDA, adquirieron el virus durante la adolescencia (2, 5).

La complejidad de los cambios que sufren los adolescentes y la trascendencia de los problemas que los afectan, hacen cada vez más imprescindible su conocimiento y atención. Estas consideraciones son especialmente importantes cuando se tiene en cuenta que las conductas nocivas desarrolladas durante esta etapa son en gran parte prevenibles, si se implementan estrategias adecuadas (1, 3, 5).

La educación, en sus diferentes modalidades, es una de las armas más poderosas para ayudar a los jóvenes a desarrollar un óptimo estado de salud física y mental (5).

Bajo este contexto, el enfoque de este estudio, es determinar los conocimientos, actitudes y frecuencia de ETS en adolescentes estudiantes del nivel medio de educación.

III. JUSTIFICACION

Muchos de los problemas de salud del adolescente se encuentran ligados a sus comportamientos. Este periodo de transición de la niñez a la adultez constituye muchas veces una de las etapas más hermosas de la vida, así como también un periodo crucial en el desarrollo del ser humano, por los cambios físicos, psicológicos y cognitivos que se producen. Ocasionalmente, sin embargo, puede convertirse en un periodo conflictivo que abre camino a la enfermedad o a la muerte (10, 13, 14, 15).

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS), existen desde el inicio de la humanidad. Han causado millones de muertes y aunque ahora existen tratamientos eficaces, siguen siendo frecuentes y peligrosas (8, 19).

El ejercicio descontrolado de la sexualidad en la adolescencia favorece las ETS, las cuales pueden tener efectos serios en la fertilidad (15). Los conocimientos del adolescente sobre estas enfermedades son nulos, y esto se manifiesta en una alta incidencia de las mismas en los jóvenes (8).

En el informe presentado por la OMS en relación a la salud y desarrollo del adolescente, se establece que en muchos países, el 60% de los nuevos contagios de SIDA se producen entre edades de 15 a 24 años, y la incidencia de ETS en esta edad se incrementa cada vez más (21).

La vigilancia epidemiológica y los sistemas de información respecto a estas enfermedades, no son todavía totalmente confiables, sin embargo a pesar de su importancia e incidencia, es frecuente el subregistro, especialmente en la adolescencia, pues el tabú de la decencia o el de la dignidad, hacen que se escondan al máximo y no se denuncien. Esta circunstancia, unida al hecho que los servicios de diagnóstico y tratamiento son insuficientes, indica que muchas de estas infecciones no serán tratadas oportunamente, con los riesgos de secuelas serias que éstas ocasionan (5, 15).

Es una realidad que las necesidades de salud del adolescente joven no han sido evaluadas con exactitud, debido, ya sea a la naturaleza de la información disponible o a la escasez de profesionales capacitados para detectar sus problemas (6).

La salud del adolescente joven, más que en otras edades, requiere de un enfoque multisectorial, tanto en el terreno diagnóstico como en el tratamiento y prevención (5, 19).

Sin embargo, para poder implementar programas o estrategias de educación en salud adecuadas a las necesidades de cada comunidad y grupo poblacional, debemos conocer sus necesidades y realidades. Bajo esta temática el presente estudio sobre ETS en adolescentes estudiantes del nivel medio de Puerto Barrios, permitirá hacer un diagnóstico de esta problemática.

IV. OBJETIVOS

GENERAL

Determinar los conocimientos actitudes y frecuencia de enfermedades de transmisión sexual, en estudiantes de educación media de ambos sexos, de la ciudad de Puerto Barrios, Izabal, en el año de 1,996.

ESPECIFICOS

- 1.- Determinar edad promedio en la que se inicia las relaciones sexuales.
- 2.- Identificar las enfermedades de transmisión sexual que fueran padecer con más frecuencia los adolescentes.
- 3.- Determinar el sexo y grupo de edad más afectado por enfermedades de transmisión sexual.
- 4.- Identificar los principales medios de información por los cuales los adolescentes adquieren sus conocimientos sobre enfermedades de transmisión sexual.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

ADOLESCENCIA

La adolescencia, etapa que sucede a la niñez y se extiende hasta la edad adulta, es un periodo que se caracteriza por profundos cambios físicos, psicológicos y cognitivos. Es una etapa compleja de la vida que presenta una serie de problemas importantes a resolver, los que deben de ser correctamente encarados para llegar a una adultez normal (3).

De acuerdo a preceptos establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se acepta que la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años de edad, coincidiendo generalmente su comienzo con los cambios puberales (10 a 14 años), y finalizando al cumplirse gran parte del crecimiento y desarrollo morfológicos (15 a 19 años) (3).

ASPECTOS DEMOGRAFICOS

Se estima que el número de los adolescentes en la mayoría de los países de las Américas, ha experimentado incrementos notables en los últimos decenios (3). En 1,990, la población de adolescentes y jóvenes (10 a 24 años) constituyó alrededor del 31 % de la población total de América Latina y el Caribe, con aproximadamente 137 millones. América Latina cuenta con dos tercios de la población de todo el Continente Americano (18).

Los adolescentes en Guatemala, constituyen 2,188,752 que equivale a 27.6 % de la población total. El 46 % de la población guatemalteca tiene menos de 15 años; los adolescentes entre 10 y 14 años constituyen el 13.6 % y las adolescentes el 12.49 %; los adolescentes entre 15 y 19 años constituyen el 10.17 % y las adolescentes 10.25 % (9).

MORBILIDAD

Aún cuando las enfermedades se presentan con una incidencia diferente en los distintos países, las principales causas de enfermedad en los adolescentes y jóvenes son los accidentes, las afecciones ligadas al proceso reproductivo (incluidas las afecciones venéreas) y los trastornos mentales. A ellas hay que agregar la desnutrición, en los medios rurales pobres (3, 18).

En las últimas décadas, se ha observado un aumento notable en las enfermedades de transmisión sexual (ETS), algunas de las cuales conducen a la infertilidad, especialmente la blenorragia o gonorrea, que es la enfermedad infecciosa reportable más común en la adolescencia. Otras enfermedades venéreas frecuentes en los adolescentes, son la sífilis, las infecciones por clamidia, el herpes genital y el SIDA (3).

SEXUALIDAD

La sexualidad se define como el conjunto de manifestaciones biológicas, psicológicas y socioculturales de las personas en cuanto a hombres y mujeres (12). La sexualidad humana, es un fenómeno complejo y que representa una multiplicidad de facetas interconectadas. La sexualidad no comienza en la adolescencia, sino que es una continuación de fenómenos que se manifiestan desde la niñez. En la adolescencia, y potenciada por los cambios hormonales que ocurren en la pubertad, la sexualidad adquiere una nueva dimensión y comienza a ser parte fundamental del universo de los adolescentes (3).

La edad promedio de la primera relación sexual antes del matrimonio es de 14.2 años en hombres y 15.9 años en mujeres. En un estudio realizado en Guatemala se encontró que el 45 % de los hombres y el 17% de las mujeres con experiencia sexual premarital tuvieron su primer coito antes de los 15 años de edad, lo cual indica la necesidad de impartir educación sexual a temprana edad, desde la escuela primaria (12).

A menor nivel educativo, más temprano tiende a comenzar la actividad sexogenital. Diversos factores contribuyen al actual inicio más temprano y al aumento de la actividad sexual de los adolescentes. Debe tenerse en cuenta que las relaciones sexuales de los adolescentes pueden responder no sólo a deseos específicamente sexuales, sino también pueden ser una expresión de resentimiento y rebeldía contra sus padres, necesidad de reconocimiento o aprobación, responder a una necesidad de apoyo y cariño o constituir una manifestación de necesidad de reafirmación de su identidad sexual (3, 17).

EDUCACION SEXUAL

La educación sexual es la parte de la educación general que contribuye a la formación integral del hombre para que pueda adquirir los valores, conocimientos y actitudes que le permitan realizar su autodeterminación de vivir su propia sexualidad de una manera adecuada, positiva y creadora dentro

de su época, su familia, su cultura y su comunidad. La educación sexual tiene que ser adecuada al individuo de acuerdo a su edad, condiciones de vida, nivel educativo y sociocultural (21).

No obstante en muchos países, especialmente los latinos se dan muchos problemas por una mala educación sexual, como por ejemplo el abuso hacia los adolescentes, la prostitución, inestabilidad en el establecimiento de las relaciones de pareja, escaso conocimiento sobre ETS y embarazos tempranos, entre otros problemas (9, 27).

ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL (ETS).

DEFINICION:

Las enfermedades de transmisión sexual, constituyen un conjunto de afecciones producidas por bacterias, hongos, virus y protozoos patógenos. Son padecimientos infecto contagiosos que se contraen por medio de las relaciones sexogenitales con una persona infectada (1, 21, 23).

Están consideradas como enfermedades sociales, pues siempre van unidas a prejuicios, miedo, vergüenza, culpa e ignorancia de quien la padece y estas condiciones agravan el problema de diagnóstico, prevención o tratamiento (18).

Datos obtenidos por la OMS en diversos países, confirman que en el curso de los últimos 15 años, ha aumentado el número de personas con ETS. Se considera que en las ETS legalmente declarables, los casos de gonorrea infectan a más de 2 millones de personas todos los años, y que la sífilis contagia a más de 50 millones de personas cada año. En Guatemala las ETS más comunes son la gonorrea, la sífilis, y actualmente está tomando auge el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) (23).

En 1,994 el Departamento de Izabal se encontraba en tercer lugar con respecto al número de casos de gonorrea y sífilis, en relación a los demás departamentos de la república, con 199 y 14 casos respectivamente, según las estadísticas reportadas por la Dirección General de Servicios de Salud de Guatemala. Por otra parte los casos de SIDA en el mencionado departamento fueron 53 casos, y el número de pacientes VIH positivos fue de 46 casos, para el año de 1,995. (4, 5).

GONORREA (BLENORRAGIA)

DEFINICION:

Infección bacteriana del epitelio cilíndrico y de transición debida a *Neisseria gonorrhoeae*. Es la más común de todas las ETS reportadas. Las zonas anatómicas que pueden ser infectadas directamente por el gonococo son: uretra, recto, conjuntiva, faringe y endocervix (10).

ETIOLOGIA:

Neisseria gonorrhoeae, es un diplococo aerobio gramnegativo, que suele hallarse formando parejas y cuyas caras adyacentes son aplanadas (10, 24).

EPIDEMIOLOGIA:

Los únicos huéspedes naturales para *N. gonorrhoeae* son el hombre y la mujer. En condiciones normales, el microorganismo reside en el epitelio cilíndrico de las superficies mucosas y suele transmitirse por contacto sexual íntimo (24).

El riesgo de adquirir la infección depende del tipo de contacto con una persona infectada. Casi 60 a 80% de mujeres en contacto con un varón con gonorrea uretral presenta cervicitis gonococal. En contraste, se estima que sólo 20 a 30% de varones que tienen coitos con una mujer infectada desarrolla gonorrea (25).

Se sabe que las tasas de incidencia y prevalencia de la gonorrea están en relación con la edad, sexo, preferencia de sexo, raza, nivel económico, estado civil, residencia en zonas urbanas y nivel de educación, factores de riesgo que influyen en el comportamiento sexual, la actitud hacia la enfermedad y la demanda de asistencia médica. En individuos sexualmente activos, la mayor frecuencia se observa en adolescentes, en razas que no son blancas, en los pobres y peor instruidos, en las grandes ciudades y personas solteras (10).

La incidencia de la gonorrea es mayor en varones, mientras que la prevalencia es mayor en mujeres. La gonorrea se propaga, generalmente, a través de portadores que no tienen síntomas o que los ignoran. Quizá 50% de infecciones en mujeres son asintomáticas o sólo con síntomas mínimos, y cuando menos en 10% de los varones infectados no hay síntomas (10, 24, 25).

MANIFESTACIONES CLINICAS:

Los síntomas de la gonorrea, en los varones consisten en secreción uretral purulenta que, en general se acompaña de disuria y eritema del meato. Un 90 a 95%, de varones que adquieren la infección gonocócica uretral presentan secreción por la uretra (10, 25).

La epididimitis y prostatitis, que eran complicaciones relativamente comunes, ahora sólo se ven en forma ocasional. La principal complicación es la infección gonococal diseminada, que se estima afecta casi 1% de los varones con gonorrea (10).

En las mujeres ocurre un derrame vaginal verdoso, blanuzco o amarillento, acompañado de un olor intenso, dolor a la micción, dolor de garganta, amígdalas edematizadas, derrame por el ano y una sensación de dolor por debajo del abdomen. El sitio que se afecta más comúnmente es el endocervix (80 a 90%), seguido de uretra (80%), recto (40%) y faringe (10 a 20%). La complicación más importante en las mujeres es la salpingitis que con frecuencia se denomina "Enfermedad Inflamatoria Pélvica" (EIP) (10, 22, 25).

Los recién nacidos de madres con gonorrea cervicovaginal pueden padecer conjuntivitis gonocócica, aunque el uso sistemático de Nitrato de Plata al 1% en colirio para profilaxis (Eritromicina o Tetraciclina tópicos, como tratamiento alternativo) ha reducido en forma notable la frecuencia de este problema. También pueden presentar infección faríngea, respiratoria o rectal y desarrollar sepsis gonocócica (10, 25).

DIAGNOSTICO:

La tinción de Gram del exudado uretral en varones sintomáticos tiene una sensibilidad de 90 a 98% y una especificidad del 95 al 98%. La tinción de Gram es positivo sólo en un 60% de infecciones uretrales de varones asintomáticos, se recomiendan cultivos de exudados de la uretra anterior o de sedimento de orina fresca cuando las pruebas epidemiológicas sugieren posible infección uretral asintomática. La tinción de Gram de frotis de endocervix es 50 a 60% sensible y casi 82 a 90% específica en mujeres con cultivos cervicales positivos. En todas las

mujeres hay que hacer cultivos para *N. gonorrhoeae*, incluso cuando el frotis de Gram parece positivo (10, 17, 24, 25).

Los medios especiales como el de Thayer Martin (TM), o el de TM modificado, o el de Martin Lewis, que contienen antibióticos para inhibir selectivamente la mayor parte de otros microorganismos, son especialmente útiles para obtener el aislamiento de gonococos a partir de la uretra, el endocervix y la faringe (10).

TRATAMIENTO:

Para los pacientes en zonas en donde la resistencia a la penicilina no es un problema significativo se recomienda la administración oral de Amoxicilina (3 grs.) más Probenecid (1 gr.) o Ampicilina (3.5 grs.) más Probenecid (7).

Un total de 4.8 millones de unidades de penicilina G procainica inyectada en dos lugares, combinada con Probenecid oral (1 gr.) tiene la misma eficacia. El tratamiento de los contactos de casos conocidos de gonorrea es el mismo que el de la uretritis gonocócica (7).

El aumento de la resistencia del gonococo a la penicilina en muchas regiones, dio lugar a nuevas recomendaciones terapéuticas:

Infección genital, rectal o faríngea no complicada en varones y mujeres: Ceftriaxona, 250 mg IM una vez, más Doxiciclina, 100 mg por vía oral dos veces al día por siete días. O Espectinomicina 2.0 gr IM una vez, más Doxiciclina, 100 mg por vía oral dos veces al día, por siete días (17, 25).

COMPLICACIONES:

En sus etapas posteriores, la gonorrea puede conducir a infecciones graves de los órganos reproductivos, esterilidad, ceguera, artritis paralizante y hasta cardiopatía secundaria. Durante el parto el feto puede infectarse en los ojos lo cual provoca ceguera, si no tiene tratamiento adecuado (22, 25).

La principal complicación de enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) gonorréica es la cicatrización de las trompas y esterilidad. La frecuencia de esterilidad involuntaria se estima en 15% por una EIP, y casi 50% después de tres (25).

Las medidas profilácticas son esenciales. El uso de preservativos evita la transmisión de ETS. Todo contacto debe recibir tratamiento, aún cuando se mantengan asintomáticos (13).

SIFILIS

DEFINICION:

Infección bacteriana causada por el *Treponema pallidum*. Suele adquirirse por contacto sexual con otra persona infectada. Si no se trata, progresa a través de las etapas primaria, secundaria y terciaria; las primeras (primaria y secundaria) son infecciosas (25).

ETIOLOGIA:

Treponema pallidum es uno de los muchos microorganismos de forma espiral, del género espiroquetas (23, 24).

EPIDEMIOLOGIA:

Con excepción de la sífilis congénita, esta enfermedad se adquiere de manera casi exclusiva por contacto íntimo con las lesiones infecciosas de la sífilis primaria o secundaria (chancro, placas mucosas, condiloma plano). Otras formas menos frecuentes de transmisión son el contacto personal no sexual y la infección adquirida in útero o por transfusiones sanguíneas (10, 15, 23, 24).

La frecuencia más alta en varones y mujeres ocurre entre los 20 y 24 años, seguida de los 25 a 29 y 15 a 19 años (24).

MANIFESTACIONES CLINICAS:

Sífilis primaria: La lesión primaria o chancro suele aparecer antes de 4 semanas del momento del contacto, en los enfermos no tratados cura espontáneamente entre cuatro y ocho semanas. Suele iniciarse como una pápula única indolora que enseguida se erosiona y, a menudo pero no siempre, se indura adquiriendo una característica de consistencia cartilaginosa a la palpación del borde y la base de la úlcera. En varones heterosexuales suele localizarse en el pene, mientras que en varones homosexuales es frecuente hallarlo en el canal anal o en el recto, dentro de la boca o en genitales externos. En mujeres, los puntos más frecuentes son el cuello uterino y los labios. En consecuencia, la sífilis primaria puede pasar desapercibida en mujeres y varones homosexuales (10, 17).

Sífilis secundaria: Meses después de aparecer los chancros, empiezan los síntomas de esta etapa, algunas personas, no presentan ninguno de ellos sin embargo la enfermedad, está aún activa. Las manifestaciones de este periodo son variadas, aunque suelen consistir en lesiones mucocutáneas simétricas localizadas o difusas y linfadenopatías indoloras generalizadas. Los síntomas generales que pueden preceder o acompañar, a esta etapa son: dolor faríngeo (15 a 30%), fiebre (5 a 8%), pérdida de peso (2 a 20%), malestar (25%), anorexia (2 a 10%), cefalea (10%) y meningismo (5%) (10, 17, 24).

Cuando menos un 80% de pacientes con sífilis secundaria tienen lesiones cutáneas o en las uniones mucocutáneas en algún momento de su enfermedad. Las lesiones por lo general están diseminadas y su distribución es simétrica. Con frecuencia son de color rosa, cobrizo o rojo oscuro, en particular las lesiones maculares iniciales (10, 23, 24).

Las lesiones húmedas, rosadas o blancogrisáceas, muy contagiosas llamadas "condilomas planos", se observan en un 10% de enfermos de sífilis secundaria. Las erosiones superficiales de las mucosas, llamadas "placas mucosas", aparecen en 10 a 15% de los enfermos y pueden afectar a labios, mucosa de la boca, lengua, paladar, faringe, vulva y vagina, glándula o cara interna del prepucio (10, 15, 24, 25).

Sífilis latente: Es la etapa en que no hay signos clínicos de sífilis y LCR es normal. La latencia se inicia cuando pasa el primer ataque de sífilis secundaria y puede durar toda la vida. Suele descubrirse mediante pruebas de anticuerpo treponemal específicas positivas para sífilis. La latencia se divide en dos etapas: temprana y tardía; la primera (latencia temprana), se define como el primer año después de la infección. La latente tardía por lo general no es infecciosa, excepto en embarazadas, que pueden transmitirla al feto después de muchos años (15, 24, 25).

Sífilis terciaria o tardía: Hoy en día es rara, es la etapa destructiva de la enfermedad y puede causar incapacidad. Las complicaciones sífilíticas tardías aún son problemas médicos importantes, pero la identificación de nuevos casos de sífilis tardía disminuye de manera constante. La sífilis tardía no es infecciosa. Puede incluir cualquier órgano del cuerpo, pero deben diferenciarse 3 tipos principales de la enfermedad: tardía benigna (gomatosa), cardiovascular y neurosífilis (10, 15, 24, 25).

DIAGNOSTICO:

El examen de campo oscuro siempre es positivo en personas con sífilis primaria y en la mayoría de las lesiones secundarias, aunque puede arrojar un resultado negativo falso si el paciente se ha aplicado jabón o medicamentos a las lesiones. Por lo tanto, si existe una lesión sospechosa, debe instruirse al paciente para que no la lave antes de la evaluación (15, 17, 24).

Las pruebas serológicas involucran dos tipos básicos de anticuerpos que son estimulados por la infección con *Treponema pallidum*: un anticuerpo no específico dirigido contra la cardiolipina (un componente normal de los tejidos), y anticuerpos específicos al treponema. Las pruebas inespecíficas estándares son la VDRL (Venereal Diseases Research Laboratories) y la RPR (Rapid Plasma Reagin). Ambas son efectivas para la detección de casos y su seguimiento; sin embargo, como también revelan anticuerpos a componentes normales de los tejidos, pueden dar resultados positivos falsos. Estas pruebas resultan positivas una a dos semanas después de la aparición del chancro sífilítico (15, 17).

La mejor prueba específica es la de reacción de inmovilización del *T. pallidum*, pero ésta es difícil de ejecutar y su costo es elevado. La prueba más usada es la ATF-ABS (absorción de anticuerpos fluorescentes al treponema), que se emplea para confirmar la positividad del VDRL o la RPR, es sensible y altamente específica (15, 23, 24, 25).

TRATAMIENTO:

1.- Penicilina Benzatinica 2.4 millones dividida en dos dosis iguales (1.2 millones en cada glúteo) vía I.M. más 1 gr de Probenecid vía oral. Para pacientes alérgicos a la penicilina: 2.- Tetraciclina 500 mg cuatro veces al día durante 15 días; ó 3.- Doxiciclina, 100 mg, vía oral, dos veces al día, durante dos semanas (7, 10, 17).

COMPLICACIONES:

Esta enfermedad en la etapa terciaria, puede llevar a lesión cerebral, enfermedad cardíaca, lesión renal, sordera, parálisis, descoordinación muscular, ceguera, deterioro de vasos sanguíneos e inclusive la muerte. Durante el embarazo puede causar grave daño al producto, daño físico, desfiguración y muerte (10, 24, 25).

LINFOGRANULOMA VENEREO (LGV)

DEFINICION:

Enfermedad aguda o crónica causada por *Chlamydia trachomatis*, que produce típicamente lesiones genitales pasajeras seguidas de linfadenopatía regional importante, que puede progresar a la fibrosis y destrucción tisular en casos no tratados (10, 25).

ETIOLOGIA:

El LGV, es una infección causada por *C. trachomatis*, serovariedades L1, L2 y L3, de los cuales al parecer el más común es L2. Las cepas de LGV sólo pueden cultivarse en tejido o saco vitelino (10, 25).

EPIDEMIOLOGIA:

Es más común en climas tropicales y subtropicales. Se desconoce la frecuencia real de esta enfermedad. Alrededor del 50% de los pacientes con cultivos positivos para la *N. gonorrhoeae*, tienen también infecciones por *Chlamydia*. La enfermedad se transmite casi siempre por contacto sexual. El sitio primario de infección suele encontrarse alrededor de los genitales pero puede ser anal o bucal, según las costumbres sexuales (15, 25).

MANIFESTACIONES CLINICAS:

La lesión primaria pasajera suele presentarse como una pápula o una erosión infiltrada pequeña. En etapas tempranas el síndrome de adenopatía se manifiesta por ganglios discretos, sensibles, móviles. Después de varios días, los ganglios se apelotonan y forman una tumefacción ovoide, dura, lobulada, con adherencia de la piel eritematosa que los recubre. Es posible que los ganglios se necrosen y, si no se aspiran, quizá se desarrollen trayectos de fistulas espontáneos. Posiblemente se presenten fiebre, escalofrío y cefalea, con otros síntomas sistémicos inespecíficos, como náuseas y pérdida de peso (24, 25).

DIAGNOSTICO:

A. Criterio clínico: Lo establece la presencia de síntomas como los descritos anteriormente, es importante considerar las características de los síntomas, para hacer un diagnóstico diferencial de sífilis y chancro blando (19).

B. Criterio epidemiológico: Incluye toda persona que a través del interrogatorio sea considerada contacto sexual de una persona infectada de linfogranuloma venéreo (19).

C. Pruebas de laboratorio: Se puede realizar demostración directa de microorganismos de LGV en el material de lesiones o mediante pruebas serológicas apropiadas. Para el diagnóstico serológico se dispone ampliamente de una prueba de fijación del complemento, en la que se utiliza antígeno específico de grupo. Cuando existe un síndrome clínico compatible, un título de 1:16 o mayor sugiere con firmeza LGV (25).

TRATAMIENTO:

1.- Tetraciclina 500 mg vía oral cada 6 horas, por tres semanas, para adultos.

2.- En el embarazo, puede administrarse Sulfisoxazol, 500 mg vía oral, cuatro veces al día, por lo menos tres semanas.

3.- Es necesario aspirar los ganglios tensos a través de piel normal para evitar la formación de trayectos fistulosos (7, 17, 24).

HERPES GENITAL

DEFINICION:

Enfermedad sumamente infecciosa causada por un virus (Herpes Virus tipo II), se transmite por contacto directo con la lesión durante el acto sexual (15, 24).

ETIOLOGIA:

Las dos cepas del virus del herpes simple (HSV) que causan enfermedad humana, el HSV-1 y HSV-2, están estrechamente relacionadas antigénicamente y comparten casi el 50% de homología del DNA. El HSV-1 es la causa más frecuente de lesiones orolabiales (úlceras catarrales o ampollas febriles), mientras que la mayoría de las infecciones genitales son causadas por el HSV-2 (10, 17, 24).

EPIDEMIOLOGIA:

La infección por HSV-2 está más estrechamente unida con la actividad sexual, en la que la prevalencia de anti cuerpos crece rápidamente en la pubertad, y está relacionada con la época del primer coito y el número de compañeros sexuales. La infección por HSV-2 en las mujeres se ha relacionado epidemiológicamente con el carcinoma cervical (24).

MANIFESTACIONES CLINICAS:

El período de incubación que sigue al contacto sexual es de 2 a 7 días. En muchos pacientes, la adquisición primaria de herpes genital es asintomática, y la infección se manifiesta sólo por enfermedad recurrente meses o años más tarde (24).

La infección inicial de herpes genital puede presentarse con los siguientes síntomas: dolor, prurito, o parestesia en la región genital, lesiones en la región genital que se inician con eritema, luego pápula y que progresan a vesículas y a erosiones dolorosas con costra (excepcionalmente el herpes puede ser indoloro) y desaparecen sin dejar cicatriz (10, 15, 24).

En las mujeres, las lesiones herpéticas ocurren en los labios, mucosa vaginal, cérvix o en la piel del perineo. En los hombres, las lesiones con frecuencia involucran el glande, el prepucio y, con menor incidencia el escroto, las nalgas y los muslos. Los hombres homosexuales con frecuencia presentan lesiones perianales o rectales (10, 17, 24).

DIAGNOSTICO:

La única manera segura de diagnosticar un herpes genital, consiste en obtener una muestra de la lesión. El frotis tipo TZANCK es probablemente el método más frecuentemente utilizado y sirve para diagnosticar herpes en el 60 % de los casos (17, 23).

TRATAMIENTO:

El Aciclovir es eficaz para reducir los síntomas y apresurar la curación durante el primer brote, no obstante, es menos efectivo para tratar episodios posteriores. La región genital debe mantenerse limpia y seca y se pueden utilizar ungüentos lubricantes con lidocaína al 2% para producir analgesia local; evitar cualquier actividad sexual mientras persistan la lesiones, hasta la masturbación debe evitarse, para evitar que se extienda la infección (15, 17, 24).

SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

DEFINICION:

Disminución del mecanismo o capacidad de defensa del organismo ante las infecciones. El SIDA es una enfermedad contagiosa producida por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el cual penetra en el cuerpo y ataca la célula de la sangre llamada linfocito, encargada del mecanismo de defensa del organismo (23).

EPIDEMIOLOGIA:

Desde 1,981, se han comunicado de 156 países más de 300,000 casos de SIDA. Los grupos de alto riesgo pueden considerarse que son aquellos que realizan prácticas sexuales promiscuas, aunque en un principio se creyó que era una enfermedad de varones homosexuales, pues el 71 % de las personas infectadas pertenecían a este grupo, hoy en día se cree que cualquier práctica sexual ocasional, puede ser de alto riesgo. Así también son vulnerables, aquellas personas que reciben transfusiones sanguíneas, usuarios de drogas I.V y las prostitutas (18, 25).

Los adolescentes constituyen una población con importante riesgo de contraer SIDA en la mayoría de los países, el 60% de los nuevos contagios de esta enfermedad, se producen entre las edades de 15 a 24 años (13, 25, 26).

MANIFESTACIONES CLINICAS:

Son muy variadas, van desde el paciente asintomático, hasta el que presenta cuadros febriles, sudores nocturnos, fatiga, diarrea, pérdida de peso, linfadenopatía generalizada y candidiasis oral. Las infecciones sintomáticas habitualmente son crónicas. Las enfermedades genitales ulcerosas (como el herpes y la sífilis) facilitan la infección (23).

Entre las infecciones oportunistas que se presentan durante esta enfermedad se pueden mencionar: candidiasis, meningitis criptocócica, criptosporidiosis, citomegalovirus, virus del herpes, sarcoma de Kaposi, tuberculosis atípica, neumonía por *Pneumocystis carinii*, sífilis, toxo plasmosis, virus de varicela zoster, *Listeria monocytogenes*, *Legionella pneumophila* (23).

DIAGNOSTICO:

Los factores epidemiológicos, clínicos, patológicos y sociológicos son importantes para realizar el diagnóstico de SIDA (24).

Las pruebas de laboratorio están basadas en un sistema inmunoabsorbente, usado primariamente para el estudio de los bancos de sangre. En general el ensayo inmunoabsorbente, ligado a la enzima (ELISA), funciona como la prueba de exposición de HIV. Como esta prueba tiene muchos falsos positivos, cuando es positiva debe repetirse. Si el segundo examen es positivo, debe de hacerse el examen de confirmación: la prueba de Western Blot. La sensibilidad y especificidad de esta prueba son altas, pero debe de recordarse que estas pruebas no detectan a los individuos infectados antes de la seroconversión, que habitualmente se produce entre 2 y 5 meses posteriores a la infección. La prueba positiva no es diagnóstico de SIDA, sino que indica una exposición previa al virus, por ende el individuo puede ser considerado portador sano si está asintomático, pero infectado y capaz de transmitir la enfermedad (17, 23, 24, 25).

TRATAMIENTO:

Hasta el momento no se conoce ningún tratamiento específico para erradicar el virus. Todos los ensayos por ahora y los tratamientos usados en estos pacientes son para las complicaciones secundarias que vayan presentando en el curso de la enfermedad. La terapia antiviral (Azitidina AZT) reduce la frecuencia y/o severidad de dichas infecciones (21, 23, 24).

PREVENCIÓN DE LAS ETS

La prevención de las ETS y la infección por VIH, requerirá informes nuevos y creativos. La educación sexual combinada con las medidas diagnósticas y las recomendaciones apropiadas son fundamentales para evitar la propagación (15, 23).

Las escuelas públicas y privadas desempeñan un papel estratégico en la educación de los jóvenes acerca de las ETS y el SIDA. Los esfuerzos preventivos deben ir más allá de la mera información y deben ayudar a los jóvenes a desarrollar motivaciones, actitudes y habilidades, que les permitan evitar conductas de riesgo de infección. Entre las conductas que pueden contribuir a reducir en forma relativa el riesgo de contraer ETS se mencionan:

- 1.- No tener relaciones sexuales con nadie que muestre cualquier síntoma de ETS.
- 2.- Informarse acerca de los síntomas, tratamiento y prevención de ETS, ya que entre más familiarizado se está al respecto, menos posibilidad hay de contraerlas.
- 3.- Usar condón cada vez que se tenga relaciones sexuales con la misma pareja o pareja nueva.
- 4.- Realizarse evaluación médica periódica y análisis de sangre por lo menos 2 veces al año, si se tienen relaciones sexuales con diferente pareja (15,19).

VI. METODOLOGIA

A. TIPO DE ESTUDIO

El estudio realizado es de tipo observacional descriptivo, de corte transversal.

B. SELECCION DEL SUJETO DE ESTUDIO

Estudiantes comprendidos entre 10 y 19 años de edad, de dos instituciones educativas del nivel medio, ubicadas en la cabecera departamental de Izabal.

C. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se tomó 515 estudiantes de la totalidad de la población (800 estudiantes) que son los que cumplían con los criterios de inclusión.

D. CRITERIOS DE INCLUSION

CRITERIOS DE INCLUSION:

- 1.a. Estudiantes con edades comprendidas entre los 10 a 19 años de ambos sexos.
- 1.b. Estudiantes debidamente inscritos en la jornada matutina de los centros educativos objeto de estudio.
- 1.c. Estudiantes que desearon participar en el estudio.

E. VARIABLES A ESTUDIAR

Ver página número 25.

Variable	Concepto	Operacionalización	Escala de Medición	Tipo	Instrumento
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual.	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha en que se realizó el estudio medidas en años y meses.	De razón	Independiente	Boleta de Recolección de datos.
Sexo	Conjunto de características anatómicas y fisiológicas que distinguen a los individuos en masculinos y femeninos.	Masculino Femenino	Nominal	Independiente	Boleta de Recolección de datos.
Conocimiento	Aquello que se dice con seguridad que corresponde a la realidad.	Noción, información sobre ETS de 76 a 100 pts. Excelente De 51 a 75 pts. Bueno De 26 a 50 pts. Regular De 0 a 25 pts. deficiente (preguntas de la 1 a la 10 de boleta de recolección de datos)	Ordinal	Independiente	Boleta de Recolección de datos.
Actitud	Tendencia general de un individuo a obrar de un modo determinado ante una situación determinada.	Disposición o reacción positiva o negativa respecto de las ETS Según respuesta en boleta de recolección de datos, preguntas de la 11 a la 16.	Nominal	Independiente	Boleta de Recolección de datos.
Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS)	Padecimiento infeccioso que se contrae por medio de las relaciones sexuales con una persona infectada.	Padecimiento actual o previo de ETS, según lo refiere el adolescente en boleta de recolección de datos. Preguntas de la 22 a la 27.	Nominal	Dependiente	Boleta de Recolección de datos.
Relación Sexogenital	Interacción que existe entre personas de diferente o mismo sexo. Acto específico del coito.	Respuesta afirmativa o negativa a la pregunta número 17, de boleta de recolección de datos.	Nominal	Independiente	Boleta de Recolección de datos.

F. RECURSOS

1.- MATERIALES:

- Instituto Nacional Experimental de Educación Básica "Dr. Luis Pasteur".
- Escuela Nacional de Ciencias Comerciales "Domingo Juarros".
- Boleta de recolección de datos.
- Equipo de escritorio.
- Mimeógrafo.
- Computadora.
- Máquina de escribir eléctrica.
- Bibliotecas de USAC, APROFAM, OPS, UNICEF, AGES, DGSS.

2.- HUMANOS:

- Médico revisor de tesis.
- Médico asesor de tesis.
- Directores administrativos de los centros educativos.
- Profesores auxiliares de los centros educativos.

3.- ECONOMICOS:

- Aproximadamente Q 2,500.00

G. PLAN DE RECOLECCION DE DATOS

Se solicitó la autorización a los directores de los centros educativos donde se realizó el estudio y se explicaron los objetivos del mismo. Así también al personal docente.

Se programaron conjuntamente los días específicos en que se realizó la encuesta.

Se explicó a los estudiantes el objetivo del estudio solicitándoles su colaboración en el mismo, de forma voluntaria. Se procedió a pasar la encuesta a aquellos alumnos que cumplieron con los criterios de inclusión ya establecidos.

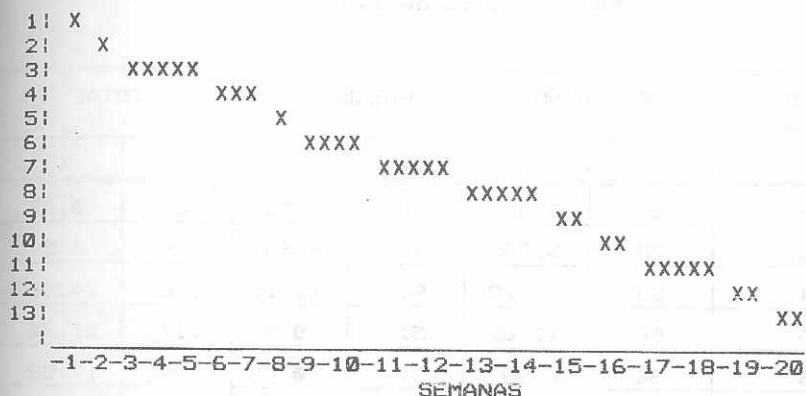
H. PROCESAMIENTO Y PRESENTACION DE RESULTADOS

Al obtener los resultados del estudio se procedió al ordenamiento, tabulación y aplicación de métodos estadísticos para su interpretación, realizando para su presentación posterior la elaboración de cuadros.

I. TIEMPO DE EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES

GRAFICA DE GANTT.

ACTIVIDADES



DESCRIPCION DE ACTIVIDADES:

- 1.- Selección del proyecto de investigación.
- 2.- Elección del asesor y revisor del estudio.
- 3.- Recopilación del material bibliográfico.
- 4.- Elaboración del proyecto juntamente con el revisor y el asesor.
- 5.- Diseño de los instrumentos que se utilizaron para la recopilación de la información.
- 6.- Aprobación del proyecto por la coordinación de tesis.
- 7.- Ejecución del trabajo de campo.
- 8.- Procesamiento de los datos, elaboración de tablas, y análisis y discusión de resultados.
- 9.- Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
- 10.- Presentación del informe final para correcciones.
- 11.- Aprobación del informe final.
- 12.- Impresión del informe final.
- 13.- Examen público y defensa de tesis.

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

Distribución por edad y sexo de adolescentes de ambos sexos, estudiantes del nivel medio en Puerto Barrios, Izabal. Mayo a junio de 1,996.

EDAD AÑOS	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	f.	%	f.	%	f.	%
12	2	0.39	3	0.58	5	0.97
13	20	3.88	24	4.66	44	8.54
14	63	12.23	63	12.23	126	24.46
15	66	12.82	51	9.9	117	22.72
16	36	6.99	52	10.09	88	17.08
17	45	8.74	32	6.21	77	14.95
18	23	4.46	20	3.88	43	8.34
19	6	1.16	9	1.75	15	2.91
TOTAL	261	50.68	254	49.32	515	100.00

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 2

Estado civil de adolescentes de ambos sexos, estudiantes del nivel medio en Puerto Barrios, Izabal. Distribución según edad Mayo a junio de 1,996.

EDAD AÑOS	CASADOS		SOLTEROS		TOTAL	
	f.	%	f.	%	f.	%
12	-	-	5	0.97	5	0.97
13	-	-	44	8.54	44	8.54
14	-	-	126	24.46	126	24.46
15	-	-	117	22.72	117	22.72
16	-	-	88	17.08	88	17.08
17	-	-	77	14.95	77	14.95
18	1	0.19	42	8.15	43	8.34
19	-	-	15	2.91	15	2.91
TOTAL	1	0.19	514	99.81	515	100.00

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No.3

Conocimientos sobre ETS de los adolescentes de ambos sexos,
estudiantes del nivel medio, de Puerto Barrios, Izabal.
Distribución según sexo.
Mayo a junio de 1,996.

ESCALA	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	f.	%	f.	%	f.	%
EXCELENTE	29	5.63	25	4.85	54	10.48
BUENO	161	31.26	154	29.90	315	61.16
REGULAR	52	10.10	66	12.82	118	22.92
DEFICIENTE	19	3.69	9	1.75	28	5.44
TOTAL	261	50.68	254	49.32	515	100.0

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No.4

Distribución según edad y sexo del nivel de conocimientos
sobre ETS, en adolescentes de ambos sexos, estudiantes del
nivel medio en Puerto Barrios, Izabal.
Mayo a junio de 1,996.

ESCALA	EXCE- LENTE		BUENO		REGULAR		DEFI- CIENTE		TOTAL	
	F	M	F	M	F	M	F	M	f.	%
12	1	-	-	3	1	-	-	-	5	0.97
13	-	1	7	11	7	9	6	3	44	8.54
14	5	4	38	33	14	20	6	5	125	24.27
15	5	5	38	29	19	18	4	1	119	23.10
16	7	6	23	35	6	10	-	-	87	16.89
17	8	3	30	23	4	6	3	-	77	14.95
18	2	2	20	15	1	3	-	-	48	9.32
19	1	4	5	5	-	-	-	-	15	2.91
TOTAL	29	25	161	154	52	66	19	9	515	100.0

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

F: Femenino.
M: Masculino.

CUADRO No.5

Actitud de los adolescentes de ambos sexos en la práctica de las relaciones sexogenitales y la prevención de ETS, en estudiantes del nivel medio en Puerto Barrios, Izabal. Distribución según sexo. Mayo a junio de 1,996.

ACTITUD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	f.	%	f.	%	f.	%
POSITIVA	178	34.56	185	35.92	363	70.48
NEGATIVA	63	12.23	63	12.23	126	24.47
S/RESPUESTA	20	3.88	6	1.17	26	5.04
TOTAL	261	50.68	254	49.32	515	100.00

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No.6

Actitud de los adolescentes de ambos sexos en el tratamiento de las ETS, en estudiantes del nivel medio en Puerto Barrios, Izabal. Distribución según sexo. Mayo a junio de 1,996.

ACTITUD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	f.	%	f.	%	f.	%
POSITIVA	249	48.35	239	46.41	488	94.75
NEGATIVA	12	2.33	13	2.52	25	4.85
S/RESPUESTA	-	-	2	0.39	2	0.39
TOTAL	261	50.68	254	49.32	515	100.00

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No.7

Actitud de los adolescentes de ambos sexos en la prevención de un nuevo contagio de ETS , en estudiantes del nivel medio en Puerto Barrios, Izabal. Distribución según sexo.
Mayo a junio de 1,996.

ACTITUD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	f.	%	f.	%	f.	%
POSITIVA	126	24.47	97	18.84	223	43.31
NEGATIVA	128	24.85	154	29.90	282	54.75
S/RESPUESTA	7	1.36	3	0.58	10	1.94
TOTAL	261	50.68	254	49.32	515	100.00

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No.8

Actitud de los adolescentes de ambos sexos en la prevención de la transmisión de ETS a su pareja sexual, en estudiantes del nivel medio en Puerto Barrios, Izabal. Distribución según sexo.
Mayo a junio de 1,996.

ACTITUD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	f.	%	f.	%	f.	%
POSITIVA	207	40.19	169	32.82	376	73.01
NEGATIVA	47	9.13	82	15.92	129	25.05
S/RESPUESTA	7	1.36	3	0.58	10	1.94
TOTAL	261	50.68	254	49.32	515	100.00

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No.9

Actitud de los adolescentes de ambos sexos en el uso de antibióticos para el tratamiento de las ETS, en estudiantes del nivel medio en Puerto Barrios, Izabal.
Distribución según sexo.
Mayo a junio de 1,996.

ACTITUD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	f.	%	f.	%	f.	%
POSITIVA	74	14.37	67	13.00	141	27.37
NEGATIVA	107	20.78	145	28.16	252	48.94
S/RESPUESTA	80	15.53	42	8.16	122	23.69
TOTAL	261	50.68	254	49.32	515	100.00

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No.10

Actitud de los adolescentes de ambos sexos en el tratamiento de las ETS de su pareja sexual o amigo(a), en estudiantes del nivel medio en Puerto Barrios, Izabal.
Distribución según sexo.
Mayo a junio de 1,996.

ACTITUD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	f.	%	f.	%	f.	%
POSITIVA	177	34.37	153	29.71	330	64.08
NEGATIVA	70	13.59	93	18.06	163	31.65
S/RESPUESTA	14	2.72	8	1.55	22	4.27
TOTAL	261	50.68	254	49.32	515	100.00

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No.11

Distribución según sexo de la actividad sexogenital de los adolescentes de ambos sexos, estudiantes del nivel medio en Puerto Barrios, Izabal.
Mayo a junio de 1,996.

RELACION SEXOGENITAL	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	f.	%	f.	%	f.	%
HAN TENIDO	6	1.17	137	26.60	143	27.77
NO HAN TENIDO	255	49.51	117	22.72	372	72.23
TOTAL	261	50.68	254	49.32	515	100.00

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No.12

Distribución según edad y sexo del inicio de las relaciones sexogenitales en adolescentes de ambos sexos, estudiantes del nivel medio en Puerto Barrios, Izabal.
Mayo a junio de 1,996.

EDAD EN AÑOS	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	f.	%	f.	%	f.	%
< DE 14	1	0.70	62	43.36	63	44.06
14 - 16	5	3.49	62	43.36	67	46.85
17 - 18	-	-	12	8.39	12	8.39
> DE 18	-	-	1	0.70	1	0.70
TOTAL	6	4.19	137	95.81	143	100.00

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No.13

Distribución según sexo del padecimiento de alguna ETS en adolescentes de ambos sexos, estudiantes del nivel medio en Puerto Barrios, Izabal.
Mayo a junio de 1,996.

PADECIO DE ETS	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	f.	%	f.	%	f.	%
POSITIVO	1	0.70	4	2.28	5	3.50
NEGATIVO	5	3.50	133	93.00	138	96.50
TOTAL	6	4.20	137	95.80	143	100.00

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No.14

Distribución según sexo y edad de las ETS más frecuentemente padecidas por los adolescentes de ambos sexos, estudiantes del nivel medio en Puerto Barrios, Izabal
Mayo a junio de 1,996.

ETS	< DE 14		14 - 16		17 - 18		> DE 18		TOTAL	
	F	M	F	M	F	M	F	M	f.	%
HERPES	-	-	1	-	-	-	-	-	1	20
URETRITIS	-	-	-	-	-	1	-	-	1	20
GONORREA	-	-	-	-	-	3	-	-	3	60
TOTAL	-	-	1	-	-	4	-	-	5	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No.15

Distribución según sexo de los principales medios de información sobre el tema de ETS, en adolescentes de ambos sexos estudiantes del nivel medio en Puerto Barrios, Izabal.
Mayo a junio de 1,996.

MEDIO DE INFORMACION	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	f.	%	f	%	f.	%
TV	41	7.96	45	8.74	86	16.70
RADIO	4	0.78	5	0.97	9	1.75
MAESTROS	95	18.45	65	12.62	160	31.07
PADRES	63	12.23	56	10.87	119	23.10
AMIGOS	14	2.72	20	3.88	34	6.6
OTROS *	24	4.66	32	6.22	56	10.88
NO HA RECIBIDO INFORMACION	20	3.88	31	6.02	51	9.90
TOTAL	261	50.68	254	49.32	515	100.00

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

*Incluye revistas, iglesia y APROFAM.

CUADRO No. 16

Aceptación para recibir más información sobre ETS, en adolescentes de ambos sexos, estudiantes del nivel medio en Puerto Barrios, Izabal.
Mayo a junio de 1,996.

DESEA MAS INFORMACION	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	f.	%	f.	%	f.	%
SI	258	50.09	249	48.35	507	98.44
NO	3	0.59	5	0.97	8	1.56
TOTAL	261	50.68	254	49.32	515	100.0

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.

La población inicial objeto de estudio en esta investigación sobre conocimientos, actitudes y frecuencia de enfermedades de transmisión sexual en adolescentes, era de 800 estudiantes del nivel medio, sin embargo debido a diferentes actividades escolares en uno de los centros educativos en donde se realizó el estudio, la población se redujo a 515 estudiantes de ambos sexos, que cumplieron con los criterios de inclusión descritos en la metodología; correspondiendo 261 (50.68%) al sexo femenino y 254 (49.32%) al sexo masculino, cuyas edades oscilan entre los 12 años (0.97%) y los 19 años (2.91%), edad en que finaliza la adolescencia, de acuerdo a la bibliografía consultada. En relación al estado civil, casi la totalidad de los estudiantes de ambos sexos (99.81%) son solteros, y sólo el 0.19% casados, que corresponde a 1 caso de la edad de 18 años. (ver cuadros No. 1 y No. 2).

En relación al nivel de conocimientos que los adolescentes de ambos sexos poseen sobre las enfermedades de transmisión sexual (ETS), y en base a la operacionalización de esta variable, se determinó que más de la mitad del total de los adolescentes, es decir el 61.16% tienen un nivel bueno de conocimientos, correspondiendo al sexo femenino el 31.26% y al sexo masculino el 29.90%. En el resto de la población, se observó que el 22.92% tienen un nivel regular en el conocimiento de las ETS; 10.48% tienen un nivel excelente y 5.44% un nivel deficiente, tanto en el sexo femenino como en el masculino. Estos resultados deben ser considerados muy en cuenta, pues a pesar que más de la mitad de la población estudiada tiene un nivel bueno de conocimientos, existe información equivocada o incompleta en algunos aspectos. Además el encontrar que un escaso porcentaje de adolescentes tienen un nivel excelente de conocimientos, refleja que es necesario mejorar la calidad de la información proporcionada a este grupo poblacional. (ver cuadro No. 3).

Se observó que la edad no representa una variable determinante en el nivel de conocimientos del adolescente respecto a las ETS, aunque esta información puede no reflejar una realidad completamente exacta, debido a que el número de estudiantes en cada grupo de edad era diferente. (ver cuadro No. 4).

La actitud de los adolescentes de ambos sexos respecto a las ETS, fue evaluada sobre los siguientes aspectos: la actividad sexogenital y la prevención de ETS; búsqueda de orientación para el tratamiento de una ETS; prevención de ETS, tanto individual como en la pareja sexual; uso de antibióticos en el tratamiento de ETS y tratamiento de una ETS en la pareja sexual o amigo(a). Respecto al primer aspecto, se pudo observar que el 70.48% del total, tienen una actitud positiva, ya que refieren como adecuado el uso de preservativo para la prevención de la transmisión de las ETS. (ver cuadro No. 5).

La actitud de los adolescentes de ambos sexos incluidos en esta investigación, en relación a la búsqueda de orientación para el tratamiento de alguna ETS, es positiva en la mayoría de los casos, pues el 94.75%, buscaría asesoría médica. Del resto, 4.85% tiene una actitud negativa al respecto, pues refieren que consultarían a un amigo(a), al farmacéutico o simplemente no buscarían ayuda; y el 0.39% no refirió ninguna respuesta. (ver cuadro No. 6).

Continuando con el análisis de las actitudes de los adolescentes de ambos sexos en relación a las ETS, referente al aspecto de la prevención de un nuevo contagio de alguna ETS, así como de la prevención de la transmisión de alguna de estas enfermedades a su pareja sexual, se pudo determinar, que en relación al primer aspecto, la actitud es negativa en más de la mitad de los casos (54.75%), refiriendo los adolescentes como medida de prevención adecuada, sólo el uso de preservativo o sólo evitar el contacto sexual con diferentes personas, y no las dos medidas en forma simultánea, que es lo indicado en esta situación. Ahora bien, al referirse a la prevención de la transmisión de ETS a su pareja sexual, el 73.01% de los adolescentes de ambos sexos poseen una actitud positiva, ya que buscarían tratamiento médico individual e informarían a su pareja sexual. (ver cuadro No. 7 y No. 8).

El 48.94% de los adolescentes, tanto del sexo femenino como masculino, tienen una actitud negativa en el uso de antibióticos para el tratamiento de las ETS, debido a que refieren que utilizarían estos medicamentos por recomendación de un amigo, indicación del farmacéutico o bien porque conocen del problema; y sólo el 27.37%

de la población utilizarían antibióticos por recomendación de un médico. (ver cuadro No. 9).

Estas situaciones en las que el diagnóstico, prevención o tratamiento de las ETS se ven retardados, agravan aún más el problema y pueden estar condicionadas por prejuicios, miedo, vergüenza, culpa o ignorancia por parte del adolescente, como se describe en la literatura revisada (18).

Como se mencionó anteriormente, otro aspecto que se evaluó en relación a las actitudes del adolescente y las ETS, fue el tratamiento de estas enfermedades en la pareja sexual o amigo(a), debido a que el éxito en el control de la incidencia y prevalencia de dichas enfermedades, radica en un tratamiento adecuado no sólo del paciente sintomático, sino también el de la pareja, observándose en este estudio, que el 64.08% de la población de ambos sexos refieren una actitud positiva; 31.65% tienen una actitud negativa y el 4.72% no refirieron ninguna respuesta. (ver cuadro No. 10).

De acuerdo a la literatura revisada, el inicio de la actividad sexogenital de el hombre y la mujer en nuestros países, suele realizarse durante la adolescencia (15). En este estudio, del total de los adolescentes incluidos en el mismo, 143 (27.77%) refirieron haber tenido relaciones sexogenitales, de los cuales 4.19% corresponden al sexo femenino y 95.81% al sexo masculino. Estos datos nos permiten observar que el inicio de las relaciones sexogenitales tempranamente durante la adolescencia es más frecuente en el sexo masculino que en el femenino, como también lo refieren otros estudios (12, 16).

La edad en la que la mayoría de adolescentes de ambos sexos refieren haber iniciado su actividad sexogenital, es entre los 14 y 16 años, encontrándose 67 casos (46.85%); correspondiendo 5 (3.49%) al sexo femenino y 62 (43.36%) al sexo masculino; del resto, 44.06% inician su actividad sexogenital antes de los 14 años de edad, de los cuales el 43.36% son del sexo masculino y 0.70% del sexo femenino; 8.39% inician a tener relaciones sexogenitales entre los 17 y 18 años de edad y el 0.70% después de los 18 años, correspondiendo ambos grupos al sexo mas-

culino. En base a estos datos y otros obtenidos en estudios realizados anteriormente, que indican que el inicio de la actividad sexual en el hombre y la mujer es antes de los 15 años de edad (12), se hace necesario que la educación sexual se imparta a temprana edad para orientar en mejor forma a los adolescentes y minimizar los riesgos que conlleva el inicio temprano de la vida sexual.

Respecto al padecimiento de las ETS en los adolescentes, se observó que del total de la población que refieren haber tenido relaciones sexogenitales, 5 (3.50%) refieren haber padecido de una ETS. De éstos, 1 caso (20%) corresponde al sexo femenino, quien refirió haber padecido de herpes genital entre los 14 y 16 años de edad; el resto corresponde a 4 casos (80%) del sexo masculino, encontrándose 1 caso (20%) de uretritis y 3 casos (60%) de gonorrea, todos refirieron haber padecido la enfermedad sólo en una ocasión y entre los 17 y 18 años de edad. (ver cuadros No. 13 y No. 14).

Aún cuando la frecuencia de ETS encontrada en este estudio es baja, se puede observar que la gonorrea es la enfermedad que se presenta con la frecuencia más alta, por lo que se sigue considerando la enfermedad infecciosa reportable más común en la adolescencia (3).

Las principales fuentes a través de las cuales los adolescentes adquieren información sobre las ETS, según se puede observar en el cuadro No. 15, son los maestros (31.07%), los padres o encargados (23.10%) y la televisión (16.70%); encontrándose que 9.90% de los adolescentes no han recibido información; el resto han recibido información sobre el tema a través de revistas, la iglesia, APROFAM, amigos o compañeros y la radio.

A pesar de que la mayoría de los adolescentes han recibido información sobre las ETS, el 98.44% de ellos expresan que desearían recibir mayor información sobre el tema, por lo que es importante que se evalúe la calidad de información que se transmite al adolescente, ya que la educación sexual en general, debe ser orientada en base a la edad, condiciones de vida, nivel educativo y sociocultural de cada grupo. (ver cuadro No. 16).

IX. CONCLUSIONES

- 1.- Más de la mitad de los adolescentes de ambos sexos, poseen un nivel de conocimientos bueno en relación a las ETS, pero sólo el 10.48%, alcanza un nivel excelente.
- 2.- No existe relación determinante en la edad o sexo y el nivel de conocimientos sobre las ETS.
- 3.- La actitud de el y la adolescente en relación a la actividad sexogenital y la prevención de ETS, es positiva en el 70.48% de la población.
- 4.- Las actitudes de los adolescentes de ambos sexos en el tratamiento individual, el de su pareja sexual y la prevención en la transmisión de las ETS, son positivas en más de la mitad de los casos, en cada uno de estos aspectos.
- 5.- Los adolescentes de ambos sexos, tienen una actitud negativa respecto al uso de antibióticos para el tratamiento de las ETS, así como en la prevención de un nuevo contagio de alguna de estas enfermedades.
- 6.- El sexo masculino inicia más tempranamente su relación sexogenital que el sexo femenino, pues sólo el 1.17% de las mujeres tienen relaciones sexogenitales durante la adolescencia, en comparación con el 26.6% de los hombres.
- 7.- La edad en que suele iniciarse la actividad sexogenital en la mayoría de los adolescentes de ambos sexos, es entre los 14 y 16 años.
- 8.- En el sexo masculino la actividad sexogenital se inicia en igual porcentaje antes de los 14 años, como entre los 14 y 16 años de edad, a diferencia de las mujeres que el mayor porcentaje lo hacen entre los 14 y 16 años de edad.
- 9.- El 3.5% del total de adolescentes de ambos sexos que iniciaron su actividad sexogenital en este periodo, refieren haber padecido de alguna ETS.

- 10.- Las ETS que más refieren haber padecido los y las adolescentes son: gonorrea, uretritis y herpes genital.
- 11.- De las ETS reportadas, la gonorrea presentó el mayor número de casos, afectando únicamente al sexo masculino.
- 12.- El sexo y grupo de edad más afectados por las ETS, fueron los adolescentes del sexo masculino, entre las edades de 17 y 18 años.
- 13.- Las principales fuentes por las cuales los adolescentes de ambos sexos han obtenido información sobre las ETS, son: los maestros, padres o encargados y la televisión.
- 14.- El 98.44% de la población estudiada, desea recibir más información sobre las ETS.

X. RECOMENDACIONES

- 1.- Proporcionar mejor y mayor información a los maestros y padres de familia sobre las enfermedades de transmisión sexual, ya que constituyen elementos importantes en la orientación de los adolescentes.
- 2.- Promover la importancia de la educación sexual a temprana edad, de ser posible a partir de la escuela primaria.
- 3.- Promover la educación continua sobre sexualidad y ETS, a través de los medios de información que más utilicen los adolescentes en sus diferentes ambientes.
- 4.- Incluir la educación sexual como parte del programa de estudios establecidos para cada nivel educativo, que permita realizar una evaluación periódica de los aspectos positivos y negativos de la misma.

XI. RESUMEN

En el presente trabajo se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal, evaluándose los conocimientos, actitudes y frecuencia de enfermedades de transmisión sexual (ETS) en 515 adolescentes de ambos sexos, estudiantes de nivel medio en dos instituciones educativas del sector público de la ciudad de Puerto Barrios, Izabal. Para ello se utilizó una boleta de recolección de datos anónima, que consta de 28 preguntas, elaborada en base a los objetivos y variables del estudio.

Del total de los adolescentes incluidos en el estudio, el 50.68% son del sexo femenino y 49.32% del sexo masculino, comprendidos ambos grupos entre las edades de 12 a 19 años. El nivel de conocimientos es bueno en la mayoría de los casos, sin embargo sólo el 10.48% poseen un nivel excelente. La práctica sexogenital es más frecuente en el hombre que en la mujer, pues el 95.81% de los adolescentes que inician su actividad sexogenital en esta edad, corresponde al sexo masculino, y sólo el 4.19% al sexo femenino. La edad en que la mayoría de los adolescentes inician su actividad sexogenital, es entre los 14 y 16 años; y en la mayoría de los varones es antes de los 14 años y entre los 14 y 16 años de edad.

Las actitudes de los adolescentes de ambos sexos son negativas en relación al uso de antibióticos para el tratamiento de las ETS y en la prevención de un nuevo contagio de alguna de estas enfermedades. La actitud en relación a la actividad sexogenital y prevención de las ETS, búsqueda de asesoría en el tratamiento individual y el de su pareja sexual y prevención en la transmisión de ETS a su pareja sexual, es positiva en la mayoría de los casos.

Se determinó que el 98.44% de los adolescentes, desean recibir mayor información sobre las ETS a pesar de que la mayoría ya han recibido información sobre este tema.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- APROFAM. Enfermedades de transmisión sexual. Documento mimeografiado. 1,990. 4 pp.
- 2.- Contreras E, Edgar A. Conocimientos y actitudes sobre sexualidad y métodos anticonceptivos en estudiantes de educación media. Tesis (Médico y cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1,992. 42 pp.
- 3.- Chelala, César. La Salud de los adolescentes y los jóvenes de las Américas: escribiendo el futuro. Washington, D.C.:OPS/DMS, 1,995. 46 pp.
- 4.- DGSS. Boletín epidemiológico nacional Vol. No. 11. Guatemala: DGSS, 1,994 (pp. 74-75).
- 5.- DGSS. Informe de casos de infección por VIH de 1,984 a Noviembre de 1,995. Folleto mimeografiado, Guatemala 1,995.
- 6.- Florenzano U, Ramón. Salud familiar y conductas de riesgo en el adolescente. Chile:OPS/DMS, 1,992. 13pp.
- 7.- Goodman G, Alfred. et. al. Las bases farmacológicas de la terapéutica. 8a. Ed. México: Editorial Médica Panamericana, 1,991. (pp. 1022; 1044)
- 8.- Gramajo F, Alma I. Proyecto de atención integral del adolescente. Tesis (Médico y cirujano) Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1,994. 40pp.
- 9.- Harper, Cynthia. Embarazo de la adolescente, en América Latina y el Caribe. México:Federación Internacional de Planificación Familiar. 1,990.
- 10.- Isselbacher, Kurt K. et. al. Harrison principios de medicina interna. 13 Ed. España: McGraw Hill, 1,994. Tomo I y II. (pp. 751-758) (pp. 846-887) (pp. 1802-1812)
- 11.- Herrera G, Gustavo A. La biosexualidad en relación al entorno social de el y la adolescente. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala. 1,994. 34pp.
- 12.- Kaempffer, Ana. Características y problemas de salud del adolescente; el caso chileno. Chile:Escuela de salud pública, división de Medicina Preventiva y Salud Materno Infantil. 1,985. 10pp.
- 13.- Koniak-Griffin D. et. al. Conductas de adopción de riesgo y conocimientos sobre el SIDA; experiencias y creencias de madres adolescentes pertenecientes a minorías étnicas. Health Education Research. 1,994; 9: 449-463pp.
- 14.- Krauskopf R, Dina. Situación de las adolescentes centroamericanas: tendencias y perspectivas. Guatemala: UNICEF, 1,991. 61pp.
- 15.- Maddaleno, Matilde. et. al. La salud del adolescente y joven. Washington D.C.:OPS/DMS, 1,995. Publicación Científica No. 552. (pp. 70-83)(pp. 273-284).
- 16.- Marcos V, Anabella. Conocimientos, prácticas y actitudes sobre sexualidad del estudiante de ciencias médicas en la Universidad de San Carlos de Guatemala. Tesis (Médico y cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1,993. 68pp.
- 17.- Martin, David. Sexually transmitted diseases. The medical clinic of North America. 1,990 Nov;74:(1358-1383pp)
- 18.- Monrroy, Anameli. Salud, sexualidad y adolescencia. 2da Ed. México:PAX, 1,990. (pp. 21-42) (pp. 127-134).
- 19.- MSPAS, DGSS, Comisión de vigilancia y control del SIDA. Manual de normas y procedimientos en vigilancia y control de la ETS. Guatemala, 1,990. 73pp.
- 20.- OPS/DMS. Salud integral de los adolescentes. Washington D.C: OPS/DMS, 1,992 (pp. 13-26).
- 21.- Ramirez G, Mario A. Conocimientos y actitudes de la adolescente sobre sexualidad y enfermedades de transmisión sexual. Tesis (Médico y cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1,995. 40 pp.
- 22.- Rodas G, Luis F. Conocimientos y mitos sobre enfermedades de transmisión sexual en adolescentes. Tesis (Médico y cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala. 1,990. 77pp.

- 23.- Silver, Tomás. et. al. Manual de medicina de la adolescencia. Washington D.C.: OPS/OMS, 1,992. 635pp. (pp. 279-303).
- 24.- Stein, Jay H. et. al. Medicina interna. 3era. Ed. México: Salvat, 1,991. Tomo II. (pp. 1306-1314) (pp. 1394-1396) (pp. 1465-1471) (pp. 1515-1520)
- 25.- Wyngaarden, James B. et. al. Cecil tratado de medicina interna. 19 Ed. México: McGraw Hill, 1,994. Tomo II. (pp. 2042-2059) (pp. 2229-2237)
- 26.- Wyn J. Mujeres jóvenes y enfermedades de transmisión sexual; una cuestión de salud pública. J. Public Health. 1,994 Aug; 18: 32-39pp.

XIII. ANEXO.

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y FRECUENCIA DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL EN ADOLESCENTES.

Establecimiento: _____ Grado: _____
 Edad en años: _____ Sexo: M F Fecha: _____
 Estado civil: _____

SERIE I

INSTRUCCIONES:

A continuación encontrará dos tipos de preguntas, en las de selección múltiple, MARQUE SOLO UNA RESPUESTA, la que usted considere correcta; en las de completación ESCRIBA LA RESPUESTA CORRECTA.

Las respuestas de este cuestionario son confidenciales, le solicitamos que sean totalmente sinceras, para así poder obtener información real, la cual es muy valiosa.

1.- ¿Qué parte del organismo atacan las enfermedades venéreas?

- a. Los músculos
- b. El estómago
- c. Los órganos genitales
- d. Los riñones

2.- Las enfermedades venéreas pueden entrar al cuerpo por?

- a. Por el ano
- b. Por la boca
- c. Por los órganos genitales
- d. Todas la anteriores

3.- De qué manera se transmiten las enfermedades venéreas?

- a. Contacto de las manos
- b. Por sentarse en un baño público
- c. Intercambio de ropa
- d. Por tener relaciones sexuales con una persona infectada

4.- De las siguientes enfermedades cuál considera que NO es una enfermedad venérea?

- a. Amigdalitis
- b. SIDA
- c. Sífilis
- d. Gonorrea

- 5.-Cuál de los siguientes síntomas NO es una enfermedad venérea?.
- Pus en el pene
 - Flujo vaginal
 - Dolor de cabeza
 - Ardor para orinar
- 6.-Cuál de los siguientes factores, es un riesgo para contagiarse de una enfermedad venérea?.
- Usar baños públicos
 - No alimentarse bien
 - Ingerir licor
 - Tener relaciones sexuales con personas promiscuas(*)
*(que tienen relaciones sexuales con varias personas)
- 7.- De los siguiente métodos anticonceptivos, cuál ayuda a evitar la transmisión de enfermedades venéreas?.
- Condón (preservativo)
 - Pastillas anticonceptivas
 - Método del ritmo
 - Tabletas o cremas vaginales
- 8.- Enfermedad que produce ardor al orinar, acompañada de pus?.
- Sífilis
 - Herpes
 - Uretritis
 - Chancro
- 9.- Qué es la SIFILIS, y cómo se manifiesta?.
-
-
-
- 10.- Enfermedad venérea que es la más común de todas estas enfermedades, y es causada por una bacteria llamada gonococo?.
-
-
-

- 11.- Si usted supiera que tiene una enfermedad venérea qué haría?.
- Consultar a un amigo o amiga.
 - Consultar con el médico.
 - Consultar a la farmacia.
 - No buscar ayuda.
- 12.- Si padeciera alguna vez de una enfermedad de transmisión sexual qué haría para no contagiarse otra vez?.
- Usar preservativo al tener relaciones sexuales.
 - Evitar el contacto sexual con diferentes personas.
 - No toma ninguna medida especial de prevención.
 - Las respuestas de los incisos a y b son correctas.
- 13.- Al tener relaciones sexuales usted qué piensa que es lo correcto con respecto a enfermedades venéreas?.
- Tener relaciones sexuales con poca frecuencia.
 - Tener relaciones sólo con personas conocidas sin importar la frecuencia.
 - Usar preservativo (condón).
 - Todos son correctos.
- 14.- Si padeciera usted de alguna enfermedad venérea, qué haría en relación a su pareja?.
- Usar preservativo y no informar a su pareja.
 - Usar preservativo e informar a su pareja.
 - Buscaría tratamiento médico para usted.
 - Buscaría tratamiento médico para usted y su pareja.
- 15.- Si usted decide utilizar antibióticos para tratarse una enfermedad venérea, lo haría porque?.
- Un amigo se lo recomendó.
 - Usted sabe de eso.
 - En la farmacia se lo indicaron.
 - Si fue por otra causa diferente a las anteriores, especifique: _____
- 16.- Si sabe que un amigo o su pareja padece de una enfermedad venérea usted qué haría al respecto?.
- Le recomendaría algún tratamiento que usted conoce.
 - No le importaría.
 - Le diría que busque ayuda calificada.
 - Lo llevaría a la farmacia más cercana.

17.- Ha tenido usted relaciones sexuales?.

Si

No

SERIE II

Si su respuesta anterior fue afirmativa, favor subrayar o completar las preguntas siguientes:

18.- A qué edad inició usted relaciones sexuales?

- a. Menos de 14 años.
- b. Entre los 14 y 16 años.
- c. Entre los 17 y 18 años.
- d. Más de 18 años.

19.- Sus relaciones sexuales las ha tenido con?

- a. Sólo su pareja.
- b. Con alguien más a parte de su pareja, de forma ocasional.
- c. Con una persona diferente en cada ocasión.
- d. Personas del mismo sexo.

20.- Con qué frecuencia tiene relaciones sexuales?.

- a. 1 a 2 veces por semana.
- b. Más de 3 veces por semana.
- c. 1 vez cada 15 a 30 días.
- d. 1 vez cada 2 a 6 meses.

21.- Ha padecido alguna vez de enfermedad venérea?.

Si

No

22.- Si conoce qué enfermedad venérea padece o padeció, favor escribir el nombre: _____

23.- Si no recuerda el nombre de la enfermedad que padece o padeció, describa las molestias que presenta o presentó: _____

24.- Si ha repetido la enfermedad venérea, con qué frecuencia ha sido?.

- a. Cada 15 días.
- b. Entre 1 y 2 meses.
- c. Entre 3 y 6 meses.
- d. Nunca repitió.

25.- En relación a la enfermedad venérea a la que se refiere, tuvo el siguiente curso:

- a. Recibió tratamiento prescrito por un médico.
- b. Se curó sin recibir tratamiento.
- c. Aún presenta molestias a pesar del tratamiento.
- d. Actualmente la está padeciendo.

SERIE III

26.- Si ha recibido información respecto a enfermedades venéreas, subraye la principal fuente de donde la ha obtenido:

- a. Televisión.
- b. Radio.
- c. Maestros.
- d. Sus padres o encargados.
- e. Amigos o compañeros.
- f. Otros, especifique: _____

27.- Le gustaría recibir mayor información sobre el tema de las enfermedades venéreas?.

Si

No

28.- En qué aspecto del tema le gustaría que se enfatizara, o si posee algún comentario, favor expreselo: _____

NOTA: "RECUERDE QUE SU INFORMACION ES CONFIDENCIAL, NO ESCRIBA SU NOMBRE, SI POSEE ALGUNA DUDA FAVOR ABOCARSE A MI PERSONA".
GRACIAS POR SU COLABORACION