

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y CREENCIAS  
SOBRE LAS ENFERMEDADES DE  
TRANSMISION SEXUAL**

**Luis Pedro Rodríguez Morales**

**Guatemala, Mayo de 1,996**

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

TITULO Y SUBTÍTULO	
ÍNDICE DE CONTENIDOS	
I) INTRODUCCIÓN	1
II) DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	3
III) JUSTIFICACIÓN	5
IV) OBJETIVOS	6
V) REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	7
VI) METODOLOGÍA	21
VII) PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	26
VIII) ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	41
IX) CONCLUSIONES	47
X) RECOMENDACIONES	48
XI) RESUMEN	49
XII) REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
XIII) ANEXOS	53

## I. INTRODUCCIÓN

El presente estudio titulado: "Conocimientos, actitudes y creencias sobre las enfermedades de transmisión sexual" es un trabajo descriptivo-transversal que fue realizado en el municipio de Zaragoza, Chimaltenango con el objetivo de dar una panorámica general sobre este tópico en una población rural ladina; esto con el fin de orientar actividades educativo-preventivas a ese nivel.

El trabajo se realizó por medio de una encuesta individual a cada sujeto de estudio asegurándose de tener estructuración previa en la misma para recolección de los datos pertinentes. Se encuestaron 240 mujeres en edad fértil trabajando este grupo como población objeto partiendo del supuesto del desconocimiento general, probable parte pasiva en el contagio de alguna ETS (Enfermedad de Transmisión Sexual) y por el doble riesgo debido a la maternidad. Los datos relevantes obtenidos en el estudio fueron los siguientes: El 89.6% de la población posee solamente estudios de primaria, el ingreso por familia/mes es inferior a 499 quetzales en el 70.8% de los casos. Solamente el 22.9% de la población ha recibido charlas sobre sexualidad en el último año hasta el momento de la recolección de datos. El 82.1% de la población en estudio conocía el modo de transmisión de las enfermedades venéreas sin embargo sus conocimientos sobre las técnicas para prevención de las mismas son inferiores al 10% en todas las enfermedades exceptuando el Sida. Existe un desconocimiento general sobre las ETS exceptuando el Sida que es conocido por el 77.5%.

La variable ingreso económico no se relacionó directamente con el conocimiento sobre el tema, pero las variables estado civil, años de actividad sexual y nivel educacional si lo hicieron adecuadamente. El lugar principal de obtención de la información para las mujeres sobre el tema de ETS ha sido los medios de comunicación y los amigos.

Aunque tiene limitantes al poblado y tiempo de ejecución del estudio los resultados pueden ser por lo menos parcialmente

extrapolados a poblaciones rurales-ladinas con el fin de orientar mejor la búsqueda y corrección de deficiencias en las actividades educativo-preventivas a este nivel.

## II. DEFINICION Y DELIMITACION DEL PROBLEMA

Las enfermedades de transmisión sexual o venéreas son un grupo de infecciones de diferente agente etiológico que se agrupan en una sola categoría por sus características clínicas y epidemiológicas comunes. (39)

Las enfermedades transmitidas por contacto sexual son prevalentes en muchos segmentos sociales, pero por razones evidentes no es la actividad sexual en sí, sino el número y tipo de compañeros sexuales lo que determina el riesgo de padecerla. (31,32)

Las estadísticas mundiales reportan los índices de gonorrea más altos en jóvenes comprendidos entre 15 y 30 años y solteros, así como quienes tiene un nivel socioeconómico bajo. La incidencia de gonococosis en jóvenes solteros es 50 veces mayor que en casados de clase media o superior. (13,39)

Las infecciones múltiples son comunes en estas personas.

El 20% de los pacientes infectados de gonorrea presenta clamydiasis uretral; entre el 30 y 50% de las mujeres con gonorrea presentan clamydiasis cervical. El 16% de las pacientes con flujo vaginal y vaginosis presentaban infecciones de tipo mixto en donde se aisló *Cándida*, *Gharderella* y *Tricomonas Vaginalis* entre otras. (13,39)

El 50% de los varones con gonococosis o clamydiasis uretral son asintomáticos. (13)

De los datos con que se cuenta a nivel nacional se corrobora la información obtenida a través de registros en incidencias internacionales, se considera que las enfermedades de transmisión sexual son predominantemente de personas jóvenes solteras de ambos sexos y asociado al nivel económico y educacional bajo; la incidencia de haber cursado con un cuadro de enfermedad venérea en alguna época es de alrededor de 5%, sin embargo estos datos no son confiables en un 100% debido al subregistro existente dentro del sistema de salud. (\*)

El grupo de mujeres en edad reproductiva es de especial riesgo para el padecimiento de enfermedades de tipo venéreo debido a su

vida sexual activa. Es de importancia dejar en claro que el embarazo no protege de ninguna forma de las enfermedades de transmisión venérea, y que incluso puede adquirirse un embarazo y una enfermedad venérea en un mismo grupo. Se considera que el porcentaje de mujeres asintomáticas en gonocococis puede ser tan alto como 50%, la sífilis por su carácter silencioso es difícil de detectarse si no es a través de una serología adecuada, los recién nacidos de madres con algún tipo de enfermedad venérea corren alto riesgo de contagio por vía vertical o a través del canal del parto.

(32)

Las mujeres en edad reproductiva constituyen un grupo especial de enfoque debido a su riesgo de embarazo y doble daño en caso de contraer una enfermedad, así como su carácter asintomático y tratamiento tardío; falta de conocimiento de riesgo a que se exponen por promiscuidad de su pareja en muchos de los casos. (29)

El presente trabajo se llevó a cabo en el municipio de Zaragoza perteneciente al departamento de Chimaltenango de la República de Guatemala durante los meses de Diciembre de 1995 y Enero de 1996.

### III. JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades venéreas o de transmisión sexual constituyen un tema multifacético debido a los múltiples aspectos que abarcan sobre todo en las mujeres en edad reproductiva. (39)

Por su alta tasa de complicaciones en muchos casos debido a la evolución silenciosa de los casos o cuadros mixtos, además de riesgo de contraer enfermedades altamente complicadas como el caso de la hepatitis B o mortales como el SIDA colocan a las enfermedades de transmisión sexual dentro de un marco especial dentro del aspecto biológico. (20,32)

Además al considerar los múltiples cuadros provocados en fetos de madres enfermas (sífilis congénita, conjuntivitis gonococcica, etc) y las secuelas tardías provocadas en los mismos las sitúan como enfermedades de urgente detección en embarazadas y con importantes implicaciones en el campo ético (Ej. Aborto terapéutico)

(7)

No puede desligarse de este marco la importancia social del problema y ha de mencionarse la desintegración familiar como aspecto importantísimo de este tipo de padecimientos así como las secuelas psicológicas que pueden presentarse (Ej. Traumas de tipo sexual). (39)

No puede dejar de mencionarse que las enfermedades de transmisión sexual son de una fácil prevención y tratamiento siempre y cuando la educación de la persona y su comportamiento sean adecuados. Por ello es de suma importancia el aspecto de enfoque epidemiológico educativo de este tipo de padecimientos. (23)

\* Estadísticas anuales de MSPAS de 1993 para control de las enfermedades transmisibles de 1995 y Enero de 1996.

#### IV. OBJETIVOS

##### OBJETIVO GENERAL

Describir los conocimientos, actitudes y creencias con respecto a las enfermedades de transmisión sexual en una muestra poblacional rural.

##### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Verificar la participación de las variables nivel educacional y económico sobre el conocimiento acerca de las enfermedades de transmisión sexual.
- 2) Describir la participación de las variables estado civil y tiempo de vida sexual activa con respecto a las actitudes y creencias con respecto a las enfermedades de transmisión sexual.
- 3) Identificar la fuente principal de donde la mujer ha obtenido información acerca de las enfermedades de transmisión sexual.

#### V. MARCO TEÓRICO

##### V.A. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL:

El término "Enfermedades de Transmisión sexual" se utiliza para referirse a trastornos propagados a través de un contacto íntimo a saber: el coito, contacto corporal estrecho, la felatio, el conilingus, besar el ano o coito anal.<sup>(5,39)</sup>

La aparición del Sida ha incrementado la preocupación del público por este tipo de enfermedades y el riesgo de los hábitos sexuales inseguros.<sup>(39)</sup>

Las enfermedades venéreas predominan en los grupos jóvenes, con niveles de estudio y socioeconómicos bajos.<sup>(39)</sup>

Este grupo de enfermedades es de suma importancia en mujeres en edad reproductiva debido a que todas afectan negativamente al feto.<sup>(35)</sup>

Estudios nacionales <sup>(9,14)</sup> evidencian que las variables nivel socioeconómico y educacional son esenciales dentro del campo de conocimiento de las mismas; así como se verifica que gran parte del conocimiento adquirido en el tema se recibe en el ciclo básico de la educación formal.<sup>(14)</sup>

Las principales enfermedades de transmisión sexual a tratar en el presente estudio son las siguientes:

##### V.B. GONORREA:

La Neisseria gonorrhoeae es un microorganismo transmitido sexualmente que origina uretritis anterior en varones y uretritis y adenocervicitis en mujeres. Otras localizaciones posibles del germen son: faringitis, proctitis, conjuntivitis y vulvovaginitis. Es una enfermedad de notificación obligatoria.<sup>(13,29)</sup>

##### V.B.1. Epidemiología:

El ser humano es el único huésped de la Neisseria gonorrhoeae. Se considera que hasta el 5% de la población de riesgo puede estar

infectada, estudios han demostrado que hasta un 2% de los jóvenes con vida sexual activa padecen dicha enfermedad. (39)

Se considera que hasta un 70% de las mujeres que tienen contacto con un varón contaminado pueden contraer la enfermedad en un contacto inicial mientras que solo en un 30% de los varones sucedería al tener contacto con una mujer infectada. (29,39)

Se considera que hasta un 50% de las mujeres pueden ser asintomáticas mientras que dicho caso se presentaría solo en un 10% de los varones. (13)

#### V.B.2. Etiología:

Enfermedad producida por las Neisseria gonorrhoeae, que es un diplococo gram negativo, anaerobio. (19)

Patogenia: Adherencia a mucosas a través de la destrucción de la IgA secretora por medio de una proteasa específica. (13)

#### V.B.3. Cuadro clínico:

En varones el cuadro de uretritis se caracteriza por un exudado amarillo-verdoso que se asocia con disuria, su incubación es de 2 - 6 días.

En caso de faringitis se observa un exudado amarillento abundante, se acompaña de linfadenopatía local.

Puede existir una proctitis grave que se presenta principalmente en varones homosexuales.

Aunque raro puede observarse epididimitis generalmente unilateral y en varones menores de 35 años.

En mujeres el 50% de los casos es asintomático. (29,36)  
El cuadro en las pacientes sintomáticas puede presentarse con fiebre, disuria, un exudado verdoso transcervical, una erupción pustular, dolor articular e hipersensibilidad en región de abdomen bajo.

En mujeres el sitio más afectado es el endocervix (80-90%) seguido de la uretra (80%), recto (40%) y faringe (10-20%). (39)

La infección endocervical puede originar exudado verdoso abundante, así como menstruación irregular. (36)

El cuadro puede asociarse a una enfermedad inflamatoria pélvica principalmente en embarazadas.

El cuadro de uretritis puede ser asintomático. (36)

Al existir diseminación hacia el hígado puede desarrollar una perihepatitis conocida como Síndrome de Fizz-Hugh-Curtis, la que clínicamente se presenta como una colecistitis: Dolor tipo cólico en hipocondrio derecho, asociado a hipersensibilidad a la palpación, la intervención quirúrgica denotaría múltiples adherencias en cuerda de violín. (39)

#### V.B.4. Diagnóstico:

Aislamiento microscópico del germen, observando un diplococo gram negativo intracelular.

Puede utilizarse el cultivo de Taller-Martin para el aislamiento del microorganismo y el estudio de su sensibilidad a antibióticos.

#### V.B.5. Tratamiento:

Para una infección no complicada es la penicilina procaína en dosis única de 4.8 millones de unidades, o tratamiento por 10 días con 800,000 unidades diarias.

Puede utilizarse como alternativa la tetraciclina, ampicilina o amoxicilina.

Para infecciones con resistencia puede utilizarse la estreptomina y la ceftriaxona. (17,18,33)

#### V.B.6. Prevención:

- 1) Evaluar cultivos endocervicales a toda paciente embarazada en su primera consulta.
- 2) Dar tratamiento a contactos.
- 3) Vacuna en desarrollo.

#### V.C. SIFILIS:

Enfermedad causada por el Treponema Pallidum, es subaguda o crónica. Sobresale dentro de las enfermedades de transmisión sexual por la gran variedad de manifestaciones clínicas que presenta por dicha razón se le llamó la gran imitadora. Presenta tres fases. En los enfermos no tratados en la mayoría de casos aparece enfermedad cardíaca o del Sistema Nervioso Central. (13,35)

#### V.C.1. Etiología:

Causada por el *Treponema Pallidum*, se trata de una célula en forma espiral que tiene gran similitud con las bacterias Gram Negativas.

Los únicos huéspedes que se conocen son el hombre y algunos primates.<sup>(19)</sup>

#### V.C.2. Patogenia:

Puede penetrar a través de la mucosa en estado normal o a través de pequeñas fisuras. Es una enfermedad sistémica; el microorganismo no produce toxinas, y no hay evidencia de que sobreviva el medio intracelular.

La lesión primaria es una endarteritis focal (evidencia de agrupación de linfocitos, células plasmáticas y monocitos alrededor de un vaso sanguíneo inflamado). Existe también una reacción inflamatoria granulomatosa secundaria la cual se denomina Goma.<sup>(29,31,36)</sup>

#### V.C.3. Epidemiología:

Con excepción de su forma congénita, la sífilis se contrae a través de contacto íntimo con las lesiones primarias o secundarias de un individuo infectado.

La incidencia más alta de sífilis se encuentra entre la población de 20-24 años, seguido por los grupos de 25-29 años y de 15-19 años respectivamente.<sup>(39)</sup>

El tratamiento con penicilina ha resultado sumamente efectivo por lo que se ha reducido en un 98% los fallecimientos de lactantes por sífilis, así como el ingreso de pacientes a centros psiquiátricos por alteraciones de sífilis terciaria.<sup>(39)</sup>

#### V.C.4. Curso natural:

El tiempo de incubación es de 21 días en promedio. Se caracteriza por la aparición de una pápula que termina convirtiéndose en una úlcera generalmente no dolorosa con base clara y bordes protuberantes y claros.

Puede luego aparecer una erupción generalizada en todo el cuerpo que es característica de la fase secundaria.

La fase terciaria se caracteriza por el daño a ojos, sistema

nervioso central y corazón principalmente.<sup>(39)</sup>

#### V.C.5. Manifestaciones clínicas:

V.C.5.i. Sífilis Primaria: La lesión clásica es el chancro y la úlcera indurada de base incolora y bordes prominentes.

Puede haber linfadenopatía regional uni o bilateral.

La lesión puede presentarse en cualquier región mucosa que tenga contacto con algún sitio infectado.

Debe diferenciarse de las lesiones herpéticas (múltiples y dolorosas) y del linfogranuloma venéreo (lesión pequeña que se acompaña de adenopatía regional importante).<sup>(36,39)</sup>

V.C.5.ii. Sífilis Secundaria: Aparece entre 4 y 8 semanas después que aparece el chancro. Puede haber malestar, cefalea, faringitis.

El 80% de los pacientes presenta lesión cutánea generalizada o en pliegues. Inicia con lesiones papulares en tronco y luego se disemina haciéndose más intenso en palmas y plantas.

A nivel vulvar puede encontrarse un condiloma plano que en la mayoría de veces aparece en asociación con las lesiones generalizadas de piel. Sus bordes son ligeramente indurados y está cubierta de un exudado grisáceo de tejido necrótico.

Los condilomas no sólo cubren la vulva sino que se extienden a la región del perineo circundante.<sup>(13,36)</sup>

V.C.5.iii. Sífilis Terciaria: Denominada también sífilis tardía, se caracteriza por el daño destructivo e incapacitante; puede ser benigna como el caso de la Goma, pero también sumamente incapacitante como en el caso del daño cardiovascular (insuficiencia aórtica, aneurisma aórtico o aortitis) o del sistema nervioso central (asintomática, tabes dorsal, parálisis general, meningo vascular, atrofia óptica).<sup>(39)</sup>

A nivel vulvar puede aparecer la típica goma, pero mucho más comúnmente puede aparecer una ulceración amplia con tejido necrótico abundante. Es necesario distinguir del linfogranuloma y del carcinoma.<sup>(13)</sup>

V.C.5.iv. Sífilis congénita: Se caracteriza por erupción máculo-papular como en adultos, deformidad en huesos nasales que da la característica forma de silla de montar, osteocondritis en huesos

largos, alteraciones del octavo par y neurosífilis. (7)

#### V.C.6. Diagnóstico:

- 1) Observación directa de microorganismo en campo oscuro.
- 2) Prueba para anticuerpos: VDRL o RPR.
- 3) Prueba anticuerpos específicos anti-treponema: FTA-ABs

La precisión diagnóstica de esta prueba es de casi 100%. (29)

#### V.C.7. Pronóstico:

La morbilidad de la sífilis primaria y secundaria es la misma para la mujer embarazada que para la no embarazada.

Si la madre no es tratada el 25% de los fetos mueren intraútero, 25-30% inmediatamente después del nacimiento, y 40 % desarrollan sífilis antes de cumplir 3 semanas. (24)

#### V.C.8. Tratamiento:

Sífilis primaria o secundaria: Penicilina G Benzatínica 2.4 millones de unidades IM en dosis única o Penicilina G procaína 0.6 a 1.2 millones de unidades IM/día por 10 días.

Alérgicos a Penicilina: Eritromicina 500 mg PO/6 hrs durante 15 días para enfermedad primaria y 30 días para la secundaria. (17,31)

Sífilis Terciaria: Penicilina Benzatínica 2.4 millones de unidades c/semana por 3 semanas. Penicilina G procaína 0.6-1.2 millones de Unidades día por 15-20 días.

Neuro-sífilis: Penicilina cristalina 2 millones de unidades c/4 hrs por 10 días. (17,18)

No debe de utilizarse tetraciclina como fármaco de segunda línea en pacientes alérgicas. (39)

Si el título de anticuerpos cuantificados por VDRL no disminuye tras administración de ciclo de tratamiento debe de repetirse el mismo una semana después. (33)

Tratar a una madre gestante antes de la 16 semana cura la enfermedad y previene los cambios congénitos mientras que si es tratada después de este tiempo solamente cura la enfermedad pero no previene los daños al feto. (17)

#### V.D. LINFOGRANULOMA VENÉREO:

Es un enfermedad de carácter agudo o crónico cuyo germen causal es la Chlamydia Trachomatis. (19)

#### V.D.1. Etiología:

Los géneros L1, L2 y L3 de la familia de la Chlamydia Trachomatis. (19)

#### V.D.2. Patogenia y patología:

No se conoce el tiempo de incubación. Generalmente se presenta una lesión primaria clínicamente detectable.

El tejido linfático sufre especial alteración pudiendo llegar a elefantiasis genital por linfaedema si no se trata adecuadamente. (13)

#### V.D.3. Manifestaciones clínicas:

Debe de sospecharse siempre en pacientes con linfadenopatía en área genital, fístulas inguinales o estrecheces rectales. Las lesiones deben distinguirse de las causadas por linfadenopatía piógena focal.

#### V.D.4. Diagnóstico:

- 1) Visualización directa de microorganismos de lesión.
- 2) Reacción de anticuerpos.
- 3) Cultivo en saco vitelino o células de tejidos. (29)

#### V.D.5. Tratamiento:

Tetraciclina 500 mg/6 horas por 3 semanas.

En casos de embarazo puede utilizarse sulfisoxasol 500 mg/6 horas por 3 semanas. (32,35)

#### V.E. GRANULOMA INGUINAL:

Conocida como Donovanosis, es una enfermedad ulcerativa de progresión lenta que afecta piel y tejido celular subcutáneo de regiones inguinales y anales.

#### V.E.1. Etiología:

El agente causal es la Calymmatobacterium granulomatis, que es una bacteria gram negativa que guarda relación con la familia de las Klebsiellas. (19)

#### V.E.2. Manifestaciones clínicas:

Generalmente el cuadro inicia con un gránulo que progresa hasta una erupción carnosa granulomatosa en piel.

La lesión no es dolorosa, ni causa sintomatología generalizada; cuando cicatrizan producen lesiones tipo queuloide.

Puede evidenciarse en algunos casos crónicos lesiones tipo pseudobubón (racimo de uvas) en tejido celular subcutáneo sin afectar ganglios linfáticos. En raras ocasiones el cuadro puede asociarse a infección ósea o visceral.

Debe diferenciarse del linfogranuloma venéreo, sífilis, enfermedades granulomatosas y ulcerativas. (13,22)

#### V.E.3. Diagnóstico:

1) Observación de cuerpos de Donovan a nivel intracelular de regiones afectadas.

2) Tinciones de Wrigth o Giemsa para evidenciar el bacilo. (29)

#### V.E.4. Tratamiento:

Tetraciclina o sulfisoxazol 500 mg/6 hrs por tres semanas. (18)

### V.F. HERPES GENITAL:

El virus responsable es el tipo 2, aunque en raras ocasiones puede ser el virus tipo 1 el causal. Aparece en 1% de las mujeres embarazadas.

#### V.F.1. Etiología:

Virus del Herpes. (4,19)

#### V.F.2. Clínica:

Aparecen vesículas de 1 a 22 mm de diámetro, las cuales posteriormente (2 a 3 días) se convierten en úlceras cóncavas sumamente dolorosas.

El cuadro puede acompañarse de fiebre y linfadenopatía regional. El cuadro tiene una duración total del alrededor de 10 días; las recidivas son frecuentes. (4,13,16)

#### V.F.3. Diagnóstico:

1) Papanicolau o tinción con técnica de Tzank para demostrar cuerpos intracelulares de inclusión.

2) Demostrar virus por técnicas de inmunofluorescencia.

3) Cultivos. (22)

#### V.F.4. Pronóstico:

Madre: Cuadro autolimitado, generalmente sin daño permanente ni secuelas. Mortalidad rara debida a encefalitis.

Hijo: Desarrollo de cuadro herpético generalizado con alta mortalidad en 50% de los niños que pasan por el canal de parto infectado. (32,39)

#### V.F.5. Tratamiento:

Compresas frías tópicas, analgésicos locales y generales. Aciclovir 200 mg tres o cuatro veces al día para reducir el tiempo de cuadro activo y recidivas. (17,18)

#### V.F.6. Prevención:

Evaluación de toda mujer embarazada previo al parto y toma de muestra en lesiones activas. Si se comprueba existencia de cuadro activo la vía de resolución es cesárea, previo a la rotura de membranas o como máximo 6 horas después de rotas éstas. El recién nacido debe de separarse de la madre hasta que haya terminado el cuadro activo y debe vigilarse por 7-14 días en busca de que se desarrolle cuadro de herpes generalizado. (29,35)

### V.G. VAGINITIS Y FLUJO VAGINAL:

La leucorrea es la salida de líquido seroso amarillento, verdoso o blanquecino por el orificio vaginal.

Es importante aclarar que no todas las vaginitis o flujos vaginales son de origen infeccioso; las hay por irritación local, cuerpo extraño o alteraciones hormonales.

Dentro de las causas infecciosas debe resaltarse la causada por bacterias, hongos y protozoos. (20)

#### V.G.1. Vaginitis por Tricomonas:

Se manifiesta por una leucorrea que muchas veces se acompaña de ardor y prurito vaginal. Se asocia a dispareunia y disuria. (12,19)

Al examen físico puede observarse una secreción verdosa con espuma en el fondo de saco, acompañándose de enrojecimiento generalizado de la mucosa vaginal y el endocervix. (16,36)

El diagnóstico se basa en la observación de los microorganismos en fresco. (13)

El tratamiento se basa en cambiar el Ph normal de la vagina y asociar un medicamento antiprotozoos, siendo el más recomendado el metronidazol a dosis de 250 mg (15mg/kg niños) cada 8 horas por siete días; en embarazadas debe de utilizarse solamente medidas tópicas. (18)

Debe de tratarse a la pareja simultáneamente para evitar la reinfección.

#### V.G.2. Vaginitis por Monilia:

El cuadro se presenta principalmente en mujeres diabéticas o post-menopáusicas, se asocia a una inflamación vaginal acompañada de prurito intenso. Los responsables de estos cuadros generalmente son levaduras, y dentro de ellas principalmente la *Cándida Albicans*.

La contaminación puede ser sexual o por contacto con instrumentos contaminados. Favorece su crecimiento la humedad y el Ph mayor de 5.

El cuadro se caracteriza por un flujo blanquecino espeso, que se acompaña de prurito intenso, e irritación de toda la mucosa vaginal y el perineo.

En la vulva pueden evidenciarse áreas blanquecino-grisáceas que se acompañan de un prurito intenso y presentan lesiones de rascado. (36)

El diagnóstico se efectúa a través de la identificación del microorganismo en un frotis de KOH 20% en fresco.

Para confirmar el diagnóstico puede cultivarse el microorganismo en medio de Sabouraud o Nickerson. (29)

El tratamiento se efectúa a base de Nistatina 100000 U (un óvulo) cada noche por 14 días. Es de importancia resaltar que la violeta de genciana es un tratamiento muy eficaz aun. (30)

Como alternativas puede utilizarse nitrato de miconazol o clotrimazol en esquema de tres días, principalmente en casos recurrentes.

Es de importancia que la paciente evite la ropa interior de

nylon y ropa ajustada por el calor que produce favoreciendo la humedad.

Cuando la sintomatología es muy intensa se puede utilizar esteroides para el alivio. (17)

#### V.G.3. Vaginitis por Garderella:

La vaginitis inespecífica como se el conocía en la antigüedad es causada por el microorganismo *Haemophilus Vaginalis* cuyo nombre fue cambiado a *Garderella Vaginalis*.

Se presenta como un cuadro de vaginitis con un olor característico a pescado, la secreción es variable en cantidad provocando irritación vulvar y vaginal, el olor desagradable es la principal manifestación. (20)

El diagnóstico se efectúa a partir de un frotis en fresco observando el citoplasma de algunas células epiteliales con un aspecto granuloso característico el cual se forma a partir de la invasión de bacilos gram negativos; en algunas ocasiones puede observarse agrupaciones de bacilos libres.

El cultivo es posible también pero debe de notificarse al laboratorio que se desea aislar dicho germen.

El tratamiento se efectúa a base de metronidazol 500 mg/c 12 hrs por siete días, puede también utilizarse un esquema de 7 días con ampicilina o cefalosporinas. (17)

#### V.H. VERRUGAS GENITALES:

Dentro de esta variedad de enfermedades se encuentran:

- 1) Condiloma Acuminado
- 2) Papiloma escamoso delimitado
- 3) Condiloma Latum Sifilítico

El aspecto de los condilomas es verrugoso, pueden aparecer solos o aislados, afectan las zonas vulvar, perianal perineal y vaginal.

El crecimiento está inducido por el virus del papiloma humano. El virus se ha aislado mediante técnicas de hibridación, y se ha visualizado en las células por medio del microscopio electrónico,

a través de técnicas de peroxidasas.

El tipo 16 del virus se ha asociado fuertemente a cáncer cervical. (20)

El tratamiento se efectúa a base de Podofilina para lesiones superficiales, a veces es necesario tratamiento quirúrgico. (18)

#### V.I. SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA:

Es una enfermedad detectada recientemente que afecta principalmente a varones homosexuales, drogadictos y hemofílicos; sin embargo existe actualmente una creciente tendencia a la propagación en el ámbito heterosexual debido a la promiscuidad. La enfermedad se caracteriza por la deficiencia generalizada del sistema inmunológico en individuos por lo demás sanos. (29)

V.I.1. Agente etiológico: Virus HTLV III. (19)

V.I.2. Diagnóstico:

-Personas sin presencia de enfermedad inmunosupresora aparente que padecen infecciones oportunistas.

-Inversión del cociente entre las células T cooperadoras y las T supresoras.

-Detección directa del virus por medio de técnica de Elisa o Western-Blot, esta evidencia nos es diagnóstico de SIDA sino de HIV positivo si la persona se encuentra asintomática. (29)

V.I.3. Pronóstico:

El pronóstico de una persona infectada por SIDA es sombrío, no hay tratamiento más que el paliativo hasta el momento. (13)

Es posible la infección por vía directa de madre a feto, transfusión sanguínea o contacto sexual que es la más común.

V.I.4. Tratamiento:

No se dispone de tratamiento efectivo para esta enfermedad.

Se ha utilizado Aciclovir para alargar el tiempo de evolución hacia el cuadro sintomático final. Se utiliza tratamiento específico para las diferentes complicaciones que pueden presentarse. (3,17,18)

V.I.5. Prevención:

La utilización de preservativo lubricado con agente inhibidor viral (Nonoxinol-9) puede resultar efectiva en la mayoría de casos. No existe vacuna preventiva. La sangre de los bancos hospitalarios debe de ser cuidadosamente analizada. (3,17,29)

#### V.J. HEPATITIS B:

La Hepatitis B es llamada comunmente hepatitis sérica, se trasmite principalmente por contacto con fluidos contaminados (Plasma, sangre, saliva). Puede presentarse de forma hiperaguda (fulminante), aguda o crónica que es una complicación frecuente y temida. (13)

V.J.1. Agente etiológico: Virus DNA conocido como partícula de DANE.

V.J.2. Manifestaciones Clínicas:

Pueden ser variadas, desde un cuadro aparatoso con fallo multisistémico, un caso con ictericia y obscurecimiento de orina hasta casos crónicos y subclínicos. (36,39)

V.J.3. Diagnóstico:

Detección de la partícula Core conocido como antígeno de superficie en la primera de presentación del cuadro entre dos y cuatro semanas después puede aislarse los anticuerpos.

El anticuerpo se mantiene hasta que se alcanzan los niveles más altos de bilirrubinas y transaminasas, si se mantiene elevado luego de este momento nos encontramos ante un probable portador crónico. (12)

V.J.4. Pronóstico:

El pronóstico no es muy favorable en caso de evolución a la cronicidad ya que muchos de estos pacientes pueden llegar a un fallo hepático por destrucción tisular o desarrollar un cáncer en el órgano afectado. (29)

V.J.5. Tratamiento:

Solamente sintomático para evitar en lo posible las secuelas crónicas. (17)

V.J.4. Prevención:



VI.G. VARIABLES

VARIABLE	REFERENCIA CONCEPTUAL	REFERENCIA OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN
EDAD	Tiempo cronológico transcurrido desde el nacimiento del individuo hasta un momento determinado dentro de evolución.	-Años	-Razón
ESTADO CIVIL	Se entiende por la condición de un individuo en relación con las normas sociales de convivencia.	-Soltera -Casada -Viuda -Divorciada -Unida	-Nominal
NIVEL EDUCACIONAL	Se entiende por el nivel académico alcanzado por una persona dentro del sistema educativo formal	-Grado de escolaridad alcanzado	-Ordinal
TIEMPO VIDA SEXUAL ACTIVA	Se entiende por el tiempo transcurrido desde el inicio de la actividad sexual de un individuo hasta un momento determinado	-Años	-Razón
NIVEL SOCIO-ECONÓMICO	Se entiende por el status ocupado por un individuo dentro del grupo social en donde se desenvuelve	-Ingreso familiar en quetzales	-Ordinal

VII.D. RECURSOS:

VII.D.1. Económicos:

1500 quetzales para: Útiles de escritorio, fotocopias de encuestas e impresión de tesis

VII.D.2. Humanos:

- Personal de Centro de Investigación para la salud reproductiva
- Personal de Bibliotecas: Aprofam, USAC, Incap, HGSJDD y Hospital Roosevelt.
- Enfermera Auxiliar y Trabajadora en salud rural de Puesto de Salud de Zaragoza.

VII.D.3. Físicos:

Centro de investigación para la salud reproductiva: 4 computadoras, una fotocopidora, una máquina de escribir.  
 Oficina de asesoramiento de tesis de USAC  
 Puesto de Salud de Zaragoza  
 Bibliotecas de: Aprofam, USAC, INCAP, HGSJDD, Hospital Roosevelt, Centro de Investigación para salud reproductiva y familiar.  
 Útiles de escritorio.



## VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

CUADRO No. 1  
DISTRIBUCIÓN POR EDAD  
Mujeres en edad fértil. Zaragoza, Chimaltenango

RANGOS EDAD	FRECUENCIA	%
15-19	28	11.7
20-24	63	26.3
25-29	47	19.6
30-34	48	20.0
35-39	28	11.7
40-44	18	7.5
45 ó más	8	3.3
TOTAL	240	100.0

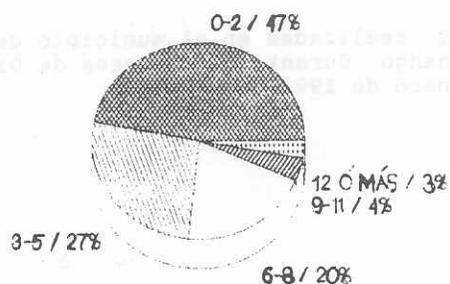
Fuente: Encuestas realizadas en el municipio de Zaragoza, Chimaltenango durante los meses de Diciembre de 1995 y Enero de 1996.

CUADRO No.2  
DISTRIBUCIÓN POR AÑOS DE ESTUDIO  
Mujeres en edad fértil. Zaragoza, Chimaltenango

RANGO AÑOS ESTUDIO	FRECUENCIA	%
0-2	112	46.7
3-5	64	26.7
6-8	48	20.0
9-11	9	11.7
12 ó más	7	7.5
TOTAL	240	100.0

Fuente: Encuestas realizadas en el municipio de Zaragoza, Chimaltenango durante los meses de Diciembre de 1995 y Enero de 1996

### AÑOS DE ESTUDIO MUJERES EN EDAD FERTIL, ZARAGOZA



FUENTE: CUADRO # 2

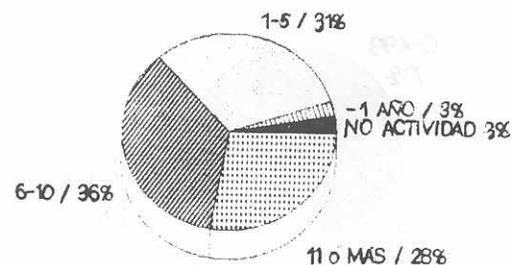
CUADRO No.3  
DISTRIBUCIÓN POR ACTIVIDAD SEXUAL  
Mujeres en edad fértil. Zaragoza, Chimaltenango

AÑOS ACTI-VIDAD SEXUAL	FRECUENCIA CASOS	%
NO ACTIVIDAD	7	2.9
MENOS 1 AÑO	6	2.5
1 - 5	75	31.3
6 - 10	86	35.8
11 ó más	66	27.5
TOTAL	240	100.0

Fuente: Encuestas realizadas en el municipio de Zaragoza, Chimaltenango durante los meses de Diciembre de 1995 y Enero de 1996

Nota: Tiempo medido en años

### AÑOS DE ACTIVIDAD SEXUAL MUJERES EN EDAD FERTIL, ZARAGOZA



FUENTE: CUADRO # 3

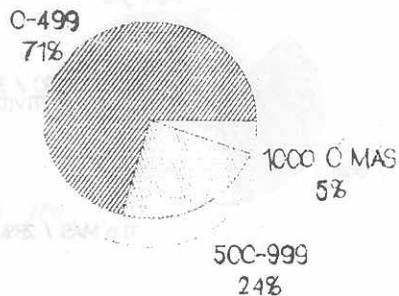
CUADRO No.4  
DISTRIBUCIÓN POR INGRESO ECONÓMICO  
Mujeres en edad fértil. Zaragoza, Chimaltenango

RANGOS INGRESO ECONÓMICO	FRECUENCIA	%
0-499	170	70.8
500-999	57	23.8
1000-1499	11	4.6
1500 ó más	2	0.8
TOTAL	240	100.0

Fuente: Encuestas realizadas en el municipio de Zaragoza, Chimaltenango durante los meses de Diciembre de 1995 y Enero de 1996

Nota: Ingreso económico medido en quetzales en total por familia\mes.

### INGRESO ECONOMICO MUJERES EN EDAD FERTIL, ZARAGOZA



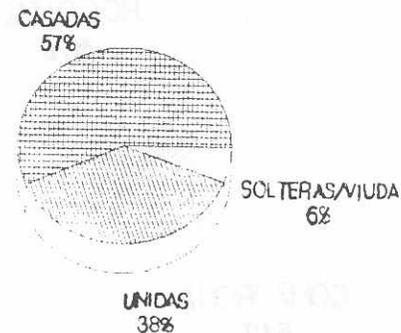
FUENTE: CUADRO #4

CUADRO No.5  
DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESTADO CIVIL  
Mujeres en edad fértil. Zaragoza, Chimaltenango

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	%
CASADAS	136	56.7
UNIDAS	90	37.5
SOLTERAS	13	5.4
VIUDAS	1	0.4
TOTAL	240	100.0

Fuente: Encuestas realizadas en el municipio de Zaragoza, Chimaltenango durante los meses de Diciembre de 1995 y Enero de 1996

### ESTADO CIVIL MUJERES EN EDAD FERTIL, ZARAGOZA



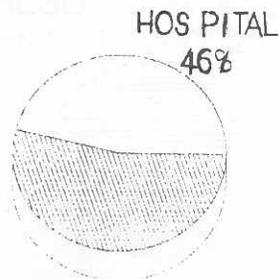
FUENTE: CUADRO #5

CUADRO No. 6  
LUGAR DE NACIMIENTO DEL ÚLTIMO HIJO  
Mujeres en edad fértil. Zaragoza, Chimaltenango

LUGAR DE NACIMIENTO	FRECUENCIA	%
HOSPITAL	104	46.2
COMADRONA	121	53.8
TOTAL	225	100.0

Fuente: Encuestas realizadas en el municipio de Zaragoza, Chimaltenango durante los meses de Diciembre de 1995 y Enero de 1996

LUGAR DE NACIMIENTO  
MUJERES EN EDAD FERTIL, ZARAGOZA



COMADRONA  
54%

FUENTE: CUADRO # 6

CUADRO No. 7  
GESTAS, PARTOS, CESÁREAS, HIJOS VIVOS Y ABORTOS  
Mujeres en edad fértil. Zaragoza, Chimaltenango

RANGO	GESTAS		PARTOS		CESÁREAS		HIJOS VIVO		ABORTOS	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
0	5	2.1	17	7.1	234	97.5	17	7.1	182	75.8
1-2	81	33.7	83	34.6	5	2.1	88	36.7	52	21.7
3-+	154	64.2	140	58.3	1	0.4	135	56.3	6	2.5
TOTAL	240	100.0	240	100.0	240	100.0	240	100.0	240	100.0

Fuente: Encuestas realizadas en el municipio de Zaragoza, Chimaltenango durante los meses de Diciembre de 1995 y Enero de 1996

Nota: # significa número de casos

CUADRO No.8  
EXAMEN SANGUÍNEO DE VDRL PARA DETECCIÓN DE SIFILIS  
Y CONOCIMIENTO DEL RESULTADO  
Mujeres en edad fértil. Zaragoza, Chimaltenango

RESPUESTA	VDRL		RESULTADO	
	NUMERO	%	NUMERO	%
SI	56	24.9	52	92.9
NO	169	75.1	4	7.1
TOTAL	225	100.0	56	100.0

Fuente: Encuestas realizadas en el municipio de Zaragoza, Chimaltenango durante los meses de Diciembre de 1995 y Enero de 1996

Nota: RESULTADO significa conocimiento del resultado.

CUADRO No.9  
ASISTENCIA A PLATICAS SOBRE SEXUALIDAD EN ULTIMO AÑO  
Y EVALUACIÓN DE LAS MISMAS  
Mujeres en edad fértil. Zaragoza, Chimaltenango

RESPUESTA	PLATICA		CRITERIO	
	NUMERO	%	NUMERO	%
SI	55	22.9	55	100.0
NO	185	77.1	0	0
TOTAL	240	100.0	55	100.0

Fuente: Encuestas realizadas en el municipio de Zaragoza, Chimaltenango durante los meses de Diciembre de 1995 y Enero de 1996

Nota: PLATICA significa asistencia a pláticas  
CRITERIO significa evaluación de las charlas recibidas.

CUADRO No.10  
LUGAR DE OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN  
Mujeres en edad fértil. Zaragoza, Chimaltenango

LUGAR DE INFORMACIÓN	FRECUENCIA	%
TELE O RADIO	60	25.0
AMIGOS	55	22.9
P/SALUD	48	20.0
OTROS	27	11.2
NINGUNA	21	8.8
APROFAM	16	6.7
COLEGIOS	13	5.4
TOTAL	240	100.0

Fuente: Encuestas realizadas en el municipio de Zaragoza, Chimaltenango durante los meses de Diciembre de 1995 y Enero de 1996.

Nota: Dentro de la variable otros se mencionaron los siguientes medios en orden descendente: Hospital, carteles, folletos, esposo, hijos trabajador de salud rural, comadrona y material leído.

CUADRO No.11  
CUADRO COMPARATIVO ENTRE LAS ENFERMEDADES MENCIONADAS  
Y LA VARIABLE AÑOS DE ESTUDIO  
Mujeres en edad fértil. Zaragoza, Chimaltenango

MENCION.	0-2	3-5	6-8	9-11	12 ó +	TOTAL
NINGUNO	13	5	0	0	0	18
OTROS	5	0	0	0	0	5
SIDA	86	51	41	7	1	186
VARIAS	8	8	7	2	6	31
TOTAL	112	64	48	9	7	240

Fuente: Encuestas realizadas en el municipio de Zaragoza, Chimaltenango durante los meses de Diciembre de 1995 y Enero de 1996

Nota: MENCION. Hace referencia a las enfermedades venéreas que la persona encuestada respondió haber escuchado mencionar.

OTROS: Hace referencia a entidades no específicas mencionadas que se consideran no válidas dentro del conocimiento general. (Ej. flujo, podredumbre)

CUADRO No.12  
CUADRO COMPARATIVO ENTRE CONOCIMIENTO SOBRE LA PREVENCIÓN DEL  
SIDA Y LA VARIABLE AÑOS DE ESTUDIO  
Mujeres en edad fértil. Zaragoza, Chimaltenango

PREVEN.	0-2	3-5	6-8	9-11	12 ó +	TOTAL
NO	50	14	12	1	0	77
SI	67	50	36	8	2	163
TOTAL	117	64	48	9	2	240

Fuente: Encuestas realizadas en el municipio de Zaragoza, Chimaltenango durante los meses de Diciembre de 1995 y Enero de 1996

Nota: PREVEN. significa si conoce métodos para prevención del contagio del SIDA.

CUADRO No.13  
 CUADRO COMPARATIVO ENTRE LAS ENFERMEDADES MENCIONADAS  
 Y LA VARIABLE INGRESO ECONÓMICO  
 Mujeres en edad fértil. Zaragoza, Chimaltenango

MENCION.	0-499	500-999	1000-1499	1500 ó +	TOTAL
NINGUNO	14	3	1	0	18
OTROS	4	0	1	0	5
SIDA	140	40	5	1	186
VARIAS	12	14	4	1	31
TOTAL	170	57	11	2	240

Fuente: Encuestas realizadas en el municipio de Zaragoza, Chimaltenango durante los meses de Diciembre de 1995 y Enero de 1996

Nota: MENCION. Hace referencia a las enfermedades venéreas que la persona encuestada respondió haber escuchado mencionar.

OTROS: Hace referencia a entidades no específicas mencionadas que se consideran no válidas dentro del conocimiento general. (Ej. flujo, podredumbre)

CUADRO No.14  
 CUADRO COMPARATIVO ENTRE CONOCIMIENTO SOBRE LA PREVENCIÓN DEL  
 SIDA Y LA VARIABLE INGRESO ECONÓMICO  
 Mujeres en edad fértil. Zaragoza, Chimaltenango

PREVEN.	0-499	500-999	1000-1499	1500 ó +	TOTAL
SI	58	16	3	0	77
NO	112	41	8	2	163
TOTAL	170	57	11	2	240

Fuente: Encuestas realizadas en el municipio de Zaragoza, Chimaltenango durante los meses de Diciembre de 1995 y Enero de 1996

Nota: PREVEN. significa si conoce métodos para prevención del contagio del SIDA.

CUADRO No.15  
 CUADRO COMPARATIVO ENTRE LAS ENFERMEDADES MENCIONADAS  
 Y LA VARIABLE ACTIVIDAD SEXUAL EN AÑOS  
 Mujeres en edad fértil. Zaragoza, Chimaltenango

MENCION.	0	-1	1-5	6-10	11 ó +	TOTAL
NINGUNO	0	2	6	4	6	18
OTROS	0	0	0	3	2	5
SIDA	7	4	71	46	58	186
VARIAS	0	0	9	13	9	31
TOTAL	7	6	86	66	75	240

Fuente: Encuestas realizadas en el municipio de Zaragoza, Chimaltenango durante los meses de Diciembre de 1995 y Enero de 1996

Nota: MENCION. Hace referencia a las enfermedades venéreas que la persona encuestada respondió haber escuchado mencionar.

OTROS: Hace referencia a entidades no específicas mencionadas que se consideran no válidas dentro del conocimiento general. (Ej. flujo, podredumbre)

CUADRO No.16  
 CUADRO COMPARATIVO ENTRE CONOCIMIENTO SOBRE LA PREVENCIÓN DEL  
 SIDA Y LA VARIABLE ACTIVIDAD SEXUAL EN AÑOS  
 Mujeres en edad fértil. Zaragoza, Chimaltenango

PREVEN.	0	-1	1-5	6-10	11 ó +	TOTAL
SI	5	3	26	20	23	77
NO	2	3	60	55	43	163
TOTAL	7	6	86	75	66	240

Fuente: Encuestas realizadas en el municipio de Zaragoza, Chimaltenango durante los meses de Diciembre de 1995 y Enero de 1996.

Nota: PREVEN. significa si conoce métodos para prevención del contagio del SIDA.

CUADRO No.17  
 CUADRO COMPARATIVO ENTRE LAS ENFERMEDADES MENCIONADAS  
 Y LA VARIABLE ESTADO CIVIL  
 Mujeres en edad fértil. Zaragoza, Chimaltenango

MENCION.	CASADA	UNIDA	SOLTERA	VIUDA	TOTAL
NINGUNO	12	6	0	0	18
OTROS	4	1	0	0	5
SIDA	99	73	13	1	186
VARIAS	21	10	0	0	31
TOTAL	136	90	13	1	240

Fuente: Encuestas realizadas en el municipio de Zaragoza, Chimaltenango durante los meses de Diciembre de 1995 y Enero de 1996.

Nota: MENCION. Hace referencia a las enfermedades venéreas que la persona encuestada respondió haber escuchado mencionar.

OTROS: Hace referencia a entidades no específicas mencionadas que se consideran no válidas dentro del conocimiento general (ej. flujo, podredumbre).

CUADRO No.18  
 CUADRO COMPARATIVO ENTRE CONOCIMIENTO SOBRE LA PREVENCIÓN DEL  
 SIDA Y LA VARIABLE ESTADO CIVIL  
 Mujeres en edad fértil. Zaragoza, Chimaltenango

PREVEN.	CASADA	UNIDA	SOLTERA	VIUDA	TOTAL
SI	37	32	8	0	77
NO	99	58	5	1	163
TOTAL	136	90	13	1	240

Fuente: Encuestas realizadas en el municipio de Zaragoza, Chimaltenango durante los meses de Diciembre de 1995 y Enero de 1996.

Nota: PREVEN. significa si conoce métodos para prevención del contagio del SIDA.

## VIII. ANALISIS DE RESULTADOS

En el presente trabajo titulado: "Conocimientos, actitudes y creencias sobre las enfermedades de transmisión sexual" se entrevistaron 240 mujeres en edad fértil (15-49 años) en el municipio de Zaragoza, Chimaltenango durante los meses de Diciembre de 1995 y Enero de 1996.

Como resultado de la información recabada pueden hacerse las siguientes notas descriptivas:

Los grupos predominantes de población entrevistado fueron comprendidos entre 20 y 34 años (cuadro 1) obteniendo un 65.9 % de la totalidad del grupo entrevistado. Es de importancia resaltar con respecto a este tópico que se trata de mujeres en edad reproductiva que en términos generales desean procrear y por tanto debe de ser un grupo prioritario para la educación sobre las enfermedades de transmisión sexual debido al doble riesgo -madre-feto en cuanto al padecimiento de alguna de ellas.<sup>(35)</sup>

Con respecto al nivel educacional el grupo predominante fue el que estaba comprendido entre 0-2 años de estudio con 46.7% de los cuales 68.8% eran analfabetos, le seguía el grupo de estudio de 3-5 años con el 26.7% y un 16.25% que estudió el 6to. grado de primaria. Con los datos anteriores podemos afirmar que el 89.6% de la población solamente tiene estudios de primaria; sin embargo sabemos que la mayoría de información acerca de estos temas se obtiene a nivel formal en el ciclo básico, por tanto ha de sospecharse que en estas mujeres la gran mayoría se ha informado a un nivel no formal con el consiguiente riesgo de tergiversación de la información objetiva con sus consecuencias en cuanto a una inadecuada prevención, diagnóstico tardío, tratamiento complicado y en ocasiones daño -muchas veces irreversible- al feto<sup>(9,35)</sup>; de aquí la importancia de la educación en sexualidad y ETS (Enfermedades de Transmisión Sexual) a este grupo como una adecuada forma de abordaje a la desinformación general existente.

Como datos importantes con respecto al tiempo de vida sexual activa se puede mencionar que solo el 3.1% de las

entrevistadas no tenía vida sexual activa al momento de la entrevista, mientras que solo el 2.7% tenía menos de un año de efectuar dicha actividad. El 30.9% de la población tenía entre 1-5 años y el porcentaje restante tenía más de 6 años de vida sexual activa.

Con respecto al grupo de ingreso económico el cual fue medido en quetzales por familia/mes podemos afirmar que el 70.8% tenía ingresos inferiores a 499 quetzales; cifra que ascendía a 94.2% si el parámetro es inferior a 999 quetzales. Si asociamos esto a que el 56.3% de las entrevistadas tenía 3 ó más hijos vivos y por tanto una familia de 5 o más personas (Solamente había una viuda en el estudio) se dilucida fácilmente que el ingreso per cápita es bajo como se espera en las poblaciones rurales generalmente marginadas de la economía central. Esto se asocia con desconocimiento y alto riesgo de contracción de ETS como lo demuestran estudios internacionales y nacionales. (9,14,39)

Puede considerarse que las variables nivel educacional y socioeconómico serán cruciales en el desconocimiento general sobre el tema de ETS, corroborándose este dato con diferentes estudios nacionales y extranjeros (9,12,35,39)

Con respecto al estado civil el 94.2% de las mujeres eran casadas o unidas, el resto eran mujeres solteras, exceptuando una viuda.

Con respecto al cuadro de antecedentes gineco-obstétricos puede afirmarse que coincidiendo con lo esperado (23) el grupo mayoritario estuvo constituido por las multíparas, sin embargo llama la atención la baja incidencia de cesárea en dicha población: solamente 2.5% dato sumamente bajo si se compara con un 15-20% reportado en la literatura. (32,35)

El último hijo de las mujeres entrevistadas había nacido en un 53.8% con comadrona y en un 46.2% en el hospital; superando ampliamente la cifra esperada. (23)

De las mujeres atendidas institucionalmente se les había efectuado prueba para detección de sífilis al 24.9% de las cuales el 92.9% conocía el resultado; sin embargo es de importancia

mencionar que los datos recabados se basan solamente en la memoria de las entrevistadas.

Solamente el 22.9% de las mujeres había recibido charlas sobre sexualidad en el último año y al 100% de éstas mujeres les había parecido adecuada la información brindada. Ha de tomarse en cuenta que como se mencionó en párrafos anteriores la información formal fuera del centro de estudios es un bajo % con respecto a la totalidad.

El 97.9% de la población estudiada estaba de acuerdo en que es correcto hablar sobre las ETS, dato levemente discordante con el 80.3% reportado en un trabajo de tesis de 1995 efectuado en adolescentes de la ciudad capitalina. (9) El estudio en la ciudad capitalina fue efectuado en adolescentes y probablemente el tabú existente con respecto a la actividad sexual a este nivel fue la causa de la diferencia entre los porcentajes presentados. Es muy importante mencionar que existe una disponibilidad adecuada para la adquisición de conocimientos sobre este tópico en la población estudiada.

El 82.1% de las personas afirmaron conocer el medio sexual como fuente de contagio de las enfermedades venéreas, este dato coincide con el 76.1% reportado en tesis trabajada en 1993 entrevistando trabajadoras del sexo en Sta. Lucía Cotzumalguapa. (14)

Solamente el 7.9% había buscado más información sobre las ETS dato discordante al compararlo con un 54.8% de personas que lo buscaron en tesis mencionada hace 2 párrafos.

(9) Nuevamente sale a colación la diferencia de nivel educacional como variable esencial en el conocimiento del tema y la adquisición de nuevos conocimientos acerca del mismo debido a la diferencia de años cursados -6 o menos en el presente estudio y 9 o más en el trabajo mencionado.

Con excepción del Sida el cual era conocido por el 73.8% de las personas existía una desinformación general con respecto a las demás enfermedades. Este dato está en discordancia con la literatura norteamericana en cuanto a que la preocupación por el conocimiento acerca del Sida incrementó el conocimiento acerca de

las demás enfermedades de transmisión sexual.

Qué es la gonorrea, su tratamiento y su prevención eran desconocido por el 92.8% de la población, y los mismos parámetros para la sífilis eran desconocidos en el 96.9% de la población. Los papilomas eran desconocidos en un 96.3% y el tratamiento para el flujo vaginal en un 85% de la población en estudio.

El 94.1% de la población desconocía el modo de transmisión de la hepatitis y el 44% de la población no sabía si las ETS dañaban al feto de una madre gestante.

El 77.5% de grupo estudiado había escuchado hablar de Sida y el 12.9% de varias enfermedades.

El 67.9% contestó adecuadamente formas de prevención del Sida; sin embargo existe una amplia discordancia con la prevención de las demás ETS.

Se considera que las últimas dos variables presentadas son bastante representativas del conocimiento general de la población por lo que se efectuó tablas comparativas entre las mismas y las variables estudio mencionadas en los objetivos específicos cuyos resultados se presentan a continuación:

Al efectuar las tabla de la variable años de estudio con las variables ETS mencionadas (Cuadro 11) y prevención del Sida (Cuadro 12) se observaron los siguientes resultados:

En el cuadro 11 quienes contaban con 9 o más años de estudio conocían varias enfermedades venéreas en un 25.8% y no desconocían en ningún porcentaje ya que todos los demás habían escuchado hablar de Sida. En el grupo de 8 ó menos años de estudio 8% de la población tenía un desconocimiento general de las enfermedades venéreas y sólo un 10.2% conocía varias ETS. Esto coincide con el comentario efectuado anteriormente.

Con respecto al grupo de prevención del Sida quienes tenían más de 8 años de estudio conocían métodos adecuados en un 90.1% mientras que en el otro grupo solamente los conocían en un 66.8%. De aquí podemos deducir que existe una diferencia según los años de estudio y el conocimiento general sobre las ETS.

A las tablas de combinación entre el nivel de ingreso

económico y las variables ETS mencionadas (Cuadro 13) y prevención del Sida (Cuadro 14) corresponden los siguientes datos: El grupo que tenía ingresos inferiores a 999 quetzales conocía el Sida o varias enfermedades en un 90.7% mientras que el grupo que tenía ingresos superiores a 1000 quetzales conocía dichas enfermedades un 84.6%. Con respecto a la prevención del Sida el 76.9% de las personas con ingresos superiores a 1000 quetzales mientras que el 67.4% del grupo con ingresos inferiores a 999 quetzales lo conocía también de aquí podemos deducir que no se evidencia una diferencia entre ambas variables.

Analizando las tablas comparativas entre la actividad sexual versus que ETS ha oído mencionar (Cuadro 15) y prevención del Sida (Cuadro 16) se observó los siguientes resultados:

Quienes tenían un año o más de vida sexual activa conocían el Sida y otras ETS en un 90.7% mientras que el grupo sin actividad sexual o con ésta menor de un año tenía conocimientos a ese nivel en un 84.6%. Con respecto a la prevención del Sida el primer grupo poseía adecuados conocimientos en un 77.5% mientras que el grupo siguientes solamente los poseía en un 38.5% con lo cual podemos afirmar que existe una diferencia significativa entre ambos grupos con respecto a dicha variables.

Al efectuar las tablas entre la variable estado civil y las variables mencionadas (Cuadros 17 y 18) se obtuvo los siguientes resultados: El grupo de solteras y viudas conocía el Sida o varias ETS en un 100% mientras que el grupo de casadas y unidas en un 89.8% , sin embargo la prevención del Sida era conocida por 42.8% del primer grupo y por el 69.5% del segundo grupo lo cual hace notar una diferencia entre ambos a este respecto.

Al mencionar el lugar en donde las mujeres encuestadas han obtenido la mayor parte de la información acerca de las ETS el grupo mayoritario estuvo constituido por quienes le obtuvieron del radio, televisión o amigos con un 47.9% , el Sistema de Salud y organizaciones asociadas brindaron información al 26.7%, los colegios y escuelas al 5.4% lo cual nos orienta a la necesidad de una reorientación de la actividad educativa para la obtención de

unos resultados más satisfactorios con respecto al conocimiento de las ETS. Como se ha mencionado en ocasiones anteriores, el nivel de información no formal ha sido el predominante.

## IX. CONCLUSIONES

- 1) El 32% de la población es analfabeta y el 89.6% de la población solamente tiene estudios de primaria.
- 2) El 63.3% de la población tenía 5 o más años de vida sexual activa.
- 3) El 70.8% del grupo estudiado tiene ingresos inferiores a 499 Quetzales al mes.
- 4) El 56.3% de las familias tiene 4 o más miembros.
- 5) Solamente el 24.8% del grupo estudiado se ha practicado algún examen para detección de sífilis (VDRL).
- 6) Sólo el 22.9% de las mujeres ha recibido charlas sobre sexualidad en el último año.
- 7) El 97.9% está de acuerdo en que se trate temas acerca de las ETS.
- 8) El 82.1% conoce la forma de transmisión de las ETS.
- 9) Más del 90% de la población no sabe qué es, como se trata y como puede prevenirse la sífilis y la gonorrea.
- 10) Más del 90% de la población desconoce que son los papilomas y como puede transmitirse la hepatitis, y el 85% de la población desconoce cualquier tratamiento para el flujo vaginal.
- 11) El 77.5% de la población estudiada ha oído mencionar el Sida y el 12.9% ha escuchado mencionar varias ETS.
- 12) El 67.9% de la población sabe como prevenir el Sida.
- 13) La variable ingreso económico no mostró una diferencia significativa con respecto a los conocimientos generales sobre las ETS.
- 14) Las variables años de estudio, estado civil y años de vida sexual activa si mostraron diferencias importantes con respecto al conocimiento general sobre las ETS, no así con la variable ingreso económico.
- 15) Los principales lugares en donde la mujer obtiene información son los medios de comunicación y los amigos, seguido del sistema formal de servicios de salud. El sistema de educación ha tenido poca participación a este respecto.

## X. RECOMENDACIONES

- 1) Agregar al pensum de estudios de primaria un programa donde se trate sobre las ETS.
- 2) Efectuar prueba de VDRL a toda embarazada en control.
- 3) Promover la fidelidad en la pareja y la utilización de preservativo para la prevención de las ETS.
- 4) Implementar en puestos y Centros de Salud charlas continuas sobre las ETS y su prevención.
- 5) Supervisar la información brindada por los medios de comunicación acerca de las ETS.
- 6) Formar y evaluar periódicamente a los maestros sobre las ETS.
- 7) Promover la búsqueda de información acerca de las ETS en instituciones pertinentes, folletos o libros adecuados.
- 8) Desarrollar charlas ilustrativas sobre ETS adecuadas para personas analfabetas.

## XI. RESUMEN

El presente estudio titulado: "Conocimientos, actitudes y creencias sobre las enfermedades de transmisión sexual" es un trabajo descriptivo-transversal que fue realizado en el municipio de Zaragoza, Chimaltenango con el objetivo de dar una panorámica general sobre este tópico en una población rural ladina; esto con el fin de orientar actividades educativo-preventivas a ese nivel.

Se trabajaron 240 encuestas a mujeres en edad reproductiva (15-49 años) por medio de una encuesta dirigida preparada anteriormente, y los datos relevantes obtenidos en el estudio fueron los siguientes: El 89.6% de la población posee solamente estudios de primaria, el ingreso por familia/mes es inferior a 499 quetzales en el 70.8% de los casos. Solamente el 22.9% de la población ha recibido charlas sobre sexualidad en el último año hasta el momento de la recolección de datos. El 82.1% de la población en estudio conocía el modo de transmisión de las enfermedades venéreas sin embargo sus conocimientos sobre las técnicas para prevención de las mismas son inferiores al 10% en todas las enfermedades exceptuando el Sida. Existe un desconocimiento general sobre las ETS exceptuando el Sida que es conocido por el 77.5% de la población sabiendo como puede prevenirse el 67.9%.

La variable ingreso económico no se relacionó directamente con el conocimiento sobre el tema, pero las variables estado civil, años de actividad sexual y nivel educacional si lo hicieron adecuadamente. El lugar principal de obtención de la información para las mujeres sobre el tema de ETS ha sido los medios de comunicación y los amigos.

## XII. BIBLIOGRAFÍA

- 1) A.C. Guyton (1987), Fisiología Humana (6a. Ed.) México: Interamericana.
- 2) Achaerandio (1990), Iniciación a la práctica de la Investigación (3a. Ed.) Guatemala: URL
- 3) Aprofam (1991), Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida o AIDS. Documento Mimeografiado 4 pag.
- 4) Aprofam (1992), Herpes Genital. Documento Mimeografiado 25 pag.
- 5) Aprofam (1990), Enfermedades de Transmisión Sexual. Documento Mimeografiado 4 pag.
- 6) Audet (1989), Manual de Medicamentos (1a. Ed.) México: Manual Moderno.
- 7) Beerman (1990), Tratado de Pediatría Nelson (3a. Ed.) Mexico: Panamericana.
- 8) Canales y Alvarado (1986), Metodología de la Investigación (1a. Ed.) México: Panamericana.
- 9) Carranza Enriquez (1995), Conocimientos, creencias y actitudes del adolescente sobre sexualidad y enfermedades de transmisión sexual. USAC: TESIS
- 10) Codets (1991), Lo que usted debe saber sobre SIDA. Documento Mimeografiado 5 pags.
- 11) Codets (1992), Información para la mujer sobre el SIDA Documento Mimeografiado 8 pags.
- 12) Cotrán, Kumar y Robins (1990), Patología Estructural y Funcional (4a. Ed.) España: Macgraw-Hill.
- 13) Daly, Easton, Hutton, Kohler, O,rourke, Sande, Stein, Trier y Zvaifler (1989), Medicina Interna (2a. Ed.) España: Salvat
- 14) Espinoza Maltez (1993), Conocimientos, actitudes y prácticas sobre las enfermedades de transmisión sexual en trabajadoras del sexo. USAC: TESIS
- 15) García Laguardia (1976), Guía de técnicas de investigación Guatemala.
- 16) Goit & Chamorro (1991), Semiología (1a. Ed.) Chile: Mediterráneo.
- 17) Goodman y Gilman (1991), Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica. (8va. Ed.) México: Panamericana.
- 18) Handbook of Antimicrobial Therapy (1990) (Revised Edition) New York: Medical Letter Inc.
- 19) Jawetz, Melnick, Adelberg, Brooks, Butel & Ornston (1990), Microbiología Médica (13a. Ed.) México: Manual Moderno.
- 20) Jones & Wentz (1991), Tratado de Ginecología de Novak (11a. Ed.) Mexico: Editorial Interamericana.
- 21) Kestler, Edgar (1990), Algunas consideraciones sobre repercusiones perinatales de las enfermedades de transmisión sexual. México.
- 22) Krup (1991), Diagnóstico Clínico y Tratamiento (14a. Ed.) México: Interamerica.
- 23) MSPAS (1992), Normas de Atención de Salud Materno Infantil. Guatemala: MSPAS
- 24) MSPAS, Que decirle a una persona que tiene SIDA. Folleto Mimeografiado 4 pags.
- 25) MSPAS, Lo que todos debemos conocer de SIDA. Folleto Mimeografiado 12 pags.
- 26) MSPAS, Conozca como se trasmiten las enfermedades venéreas incluyendo el SIDA. Folleto mimeografiado 5 pags.
- 27) MSPAS (1990), Manual de normas y procedimientos de vigilancia y control de las enfermedades venéreas incluyendo SIDA. Guatemala: MSPAS
- 28) Merk (1989). Manual de Diagnóstico y Tratamiento (8a. Ed.) México: Interamericana.
- 29) Niswander (1993), Manual de Obstetricia (3a. Ed.) España: Salvat.

- 30) Paltex (1986), Manual sobre enfoque de riesgo en la atención materno-infantil.  
Washington:OMS/OPS
- 31) Pernol (1992), Diagnóstico y tratamiento ginecológico  
(Ed. Prentice). México: Manual Moderno.
- 32) Pritchard, Macdonald, Gant (1992), Williams Obstetricia  
(3a.Ed.) España: Salvat.
- 33) Rodríguez, Torrealba, Ludbwing y Zambrano (1989), Taller de Autoformación Teórico-Práctica para Docentes de la Facultad de Ciencias Médicas.  
Universidad de San Carlos de Guatemala, Fase IV.
- 34) Sical Flores (1988), Guía para la presentación de proyecto de tesis e informe final. Facultad de Ciencias Médicas, USAC. Documento completo.
- 35) Swarckz (1988), Obstetricia (4a. Ed.)  
Argentina: El Ateneo
- 36) Surós (1992), Semiología Médica y Técnica Exploratoria  
(7a.Ed.) España: Salvat.
- 37) Tortora & Anagnostakos (1989), Principios de Anatomía y Fisiología (1a. Ed.) México: Harla.
- 38) Velez, Rojas, Borrero y Restrepo (1990), Dermatología.  
(4ta, Ed) Colombia: Carbajal
- 39) Wyngaarden y Smith (1992), Tratado de Medicina Interna  
(18a. ed.) México: Interamericana

### XIII. ANEXOS

