

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**INCIDENCIA DE ENFERMEDADES DE
TRANSMISION SEXUAL EN
ADOLESCENTES**

Estudio prospectivo-descriptivo en 225 adolescentes que
consultaron a la Clínica Familiar del Dispensario Municipal #2,
Guatemala Septiembre-Octubre de 1,987.

ERICK FABRICIO BARRENO MALDONADO

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, noviembre de 1,987.

INDICE

	No. página	
I.	Introducción	1
II.	Planteamiento del problema	2
III.	Justificación	5
IV.	Objetivos	7
V.	Revisión bibliográfica	8
	A) Enfermedades de Transmisión Sexual	8
	Enfoque en el manejo de los casos	9
	Claves diagnósticas y terapéuticas	11
	B) SIDA	14
	1. Definición	14
	2. Epidemiología	14
	3. Etiología	16
	4. Patogenia	16
	5. Transmisión	17
	6. Grupos de riesgo	17
	7. Infección	18
	8. Diagnóstico	21
	9. Tratamiento	21
	10. Prevención	22
	C) Uso del preservativo como prevención de ETS	22
	D) Adolescencia	24
	E) Adolescencia y ETS	26
VI.	Metodología	28
VII.	Presentación de resultados	35
VIII.	Análisis y discusión de resultados	47
IX.	Conclusiones	52
X.	Recomendaciones	53
XI.	Resumen	54
XII.	Referencias Bibliográficas	55
XIII.	Anexos.	59

I. INTRODUCCION

Las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) constituye una causa importante de morbilidad y mortalidad en todo el país.

Por lo cual se necesita información que produzca impacto en las acciones de prevención y control. (10)

Se determinó la incidencia de ETS en 225 adolescentes que consultaron a la Clínica Familiar del Dispensario Municipal No. 2, de esta ciudad. Para la recolección de la información se utilizó una encuesta la cual tuvo carácter voluntario y anónimo.

Se estudiaron a 225 adolescentes del periodo comprendido de 21 de agosto al 2 de octubre de 1997. Se encontró una incidencia de ETS del 16%. Siendo las ETS más frecuentes: gonorrea, herpes genital, papilomatosis y sífilis. Además se encontró la presencia de factores de riesgo que los predisponen a adquirir una ETS como lo son: el bajo nivel de escolaridad, la promiscuidad, edad temprana de su primer contacto sexual, el uso del condón ocasionalmente, el 70% de los adolescentes encuestados ya tuvo su primer contacto sexual y de estos el 25.3% tuvo su primer contacto con trabajador(a) del sexo.

Por lo que es evidente la necesidad de implementar un programa de educación sexual continuo con énfasis en las ETS en la clínica familiar, pues las conductas y factores de riesgo de los adolescentes que pueden ser modificados por

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS), son padecimientos del ser humano, que se transmiten por medio del contacto sexual, entre una persona enferma y una sana.(13)

En los países desarrollados y aún más en los países en desarrollo, las enfermedades de transmisión sexual se han convertido en uno de los problemas más críticos en la salud pública a nivel mundial. Resulta muy difícil conocer con exactitud las cifras o cantidad de individuos enfermos de alguna ETS.(10)

Existen varias enfermedades de transmisión sexual, pero las dos más frecuentes en nuestro país son: gonorrea y sífilis, estas no se transmiten por otros medios que no sea la sexual, ya que los agentes que las producen mueren casi inmediatamente fuera del cuerpo humano. Sin embargo otra enfermedad no menos importante en la actualidad es el SIDA, la cual tiene varios medios para su transmisión, siendo la sexual la más frecuente.(10)

Las enfermedades de transmisión sexual constituyen una fuente importante de morbilidad en la población guatemalteca, que con frecuencia ha sido subestimada.

Los datos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, muestran en sus boletines epidemiológicos, el comportamiento de algunas enfermedades de transmisión sexual

en los últimos años, donde se aprecia una tendencia descendente, pero se debe de reconocer que existe un subregistro, producto de un sistema de notificación que no ha tenido seguimiento en los últimos años, por lo que constituyen apenas una gruesa aproximación de lo que sucede en la realidad. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en 1996, según la demanda del público usuario, determinó las primeras 10 causas de morbilidad general en la población atendida, encontrando la infección gonocócica y la sífilis en el quinto y sexto lugar respectivamente.(38)

Es por ello que actualmente todos los países tienen en mayor o menor escala una serie de programas de información en educación con respecto a las ETS y particularmente a la difusión de las formas de transmisión y medios para prevenirlas, tales como la abstinencia, monogamia, fidelidad, uso del condón, entre otros.

En México son reportados más de 2 millones de casos nuevos de gonorrea, 22,000 nuevos casos de sífilis son esperados por año, y de estos 2 de cada 3 casos ocurren en poblaciones entre los 15 y 19 años de edad.(18)

El presente estudio consiste en determinar la incidencia de ETS en adolescentes e identificar los factores de riesgo asociados.

Estudio que se realizará en la clínica familiar del dispensario municipal # 2, ubicada en la zona 5 de esta

ciudad, al grupo de adolescentes que consulten y que estén comprendidos entre los 12 y 20 años de edad, en los meses de septiembre y octubre de de 1,997.

El propósito de este estudio es poder proponer las medidas de control de las ETS en adolescentes, es por ello indispensable contar con estudios que permitan definir los factores de riesgo que determinan la exposición y la transmisión de las ETS en adolescentes.

III. JUSTIFICACION

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS), constituyen un problema de salud pública, con un tremendo impacto a nivel social, político, económico y sanitario, etc.(3,4)

En un estudio de tesis qué se efectuó en la Universidad de San Carlos de Guatemala. En una muestra de 316 personas comprendidas entre los 12 y 20 años de edad. Se encontró que un 5% de entrevistados tiene el antecedente de ETS.(16)

En otro estudio de tesis de la Universidad de San Carlos de Guatemala. En 61 niñas de la calle, comprendidas entre los 12 y 18 años de edad. Se encontró que el 67.2% tienen el antecedente de ETS.(36)

Los únicos estudios que existen sobre las ETS en los adolescentes son los que evalúan sus conocimientos, sin embargo no hay estudios que informen sobre el comportamiento epidemiológico de las ETS y factores de riesgo asociados en este grupo.(11)

Año tras año, miles de hombres y mujeres en nuestro país padecen enfermedades que se contraen a través de las relaciones sexuales. El grupo de los adolescentes es el más vulnerable por ser esta una etapa crítica en el desarrollo del humano y que esta condicionada por el ambiente. Siendo las ETS una de los principales problemas de salud en los adolescentes y que están sujetos ha ser prevenidos.(44) La importancia de esta investigación radica en que la mayoría de

los casos de ETS se presentan en el grupo de los adolescentes. Este grupo comprendido entre los 12 y 20 años de edad constituyen el 45% de la población general en Guatemala. (11) Las ETS se cuentan entre las primeras 10 causas de morbilidad general en la población. (38) El daño que ocasionan las ETS van desde agudas a crónicas, de leves a severas, hasta mortales como el SIDA. Siendo este grupo de población el que compone la mayor parte de la población económicamente activa y por lo tanto representa un problema de gran impacto para la productividad de nuestro país y son a ellos a quienes deben de ir dirigidos todos los esfuerzos de información en la prevención de las ETS.

El alcance que se tendrá con los resultados de esta investigación será conocer los factores de riesgo que sean modificables en este grupo, y motivar las acciones en educación sobre las medidas de prevención de las ETS en los adolescentes.

IV. OBJETIVOS

A. General:

- Determinar la incidencia de las ETS en adolescentes que asisten a consulta a la clínica familiar del Dispensario Municipal # 2.

B. Específicos:

- Indicar que factores de riesgo que están más asociados para adquirir ETS en adolescentes.
- Determinar las ETS más frecuentes en adolescentes.
- Indicar la edad y sexo más afectado, la escolaridad, el uso de drogas, uso del condón.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

A. ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL (ETS)

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) constituyen una fuente importante de morbilidad en la población guatemalteca, que con frecuencia, ha sido subestimada. Los datos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social muestran en apariencia una tendencia descendente, pero se debe reconocer que existe un subregistro producto de un sistema de notificación que no ha tenido seguimiento en los últimos años, por lo que constituyen apenas una gruesa aproximación de lo que sucede en la realidad. Por otro lado existen otros factores que deben de tomarse en cuenta tales como el comportamiento sexual de las personas enfermas y de sus contactos, la automedicación, la falta de acceso a los servicios de salud, etc.(15)

RELACION ENTRE EL SIDA Y OTRAS ETS.

Las ETS secretorias (como gonorrea, clamidia, tricomoniasis) incrementan el riesgo de transmisión del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) entre 3 y 5 veces, especialmente en mujeres.(6)

En Africa se ha demostrado que las personas con úlceras genitales tienen un riesgo de 2 a 5 veces mayor de estar infectadas con VIH que aquellas personas que no las tenían. El herpes genital en heterosexuales y en mujeres incrementó

a dos veces el riesgo de infección por VIH; la sífilis incrementó este riesgo desde 3 hasta 9 veces en hombres heterosexuales.(15)

También se produce una relación en sentido inverso, en personas infectadas por VIH, la evolución de las otras enfermedades de transmisión sexual es más lenta y resistente al tratamiento usual, especialmente la sífilis y chancroide.(11,23)

- ENFOQUE EN EL MANEJO DE LOS CASOS DE ETS

- Enfoque Etiológico.

Este descansa en la identificación del agente causal de la sintomatología de los pacientes, por medio de exámenes de laboratorio que son frecuentemente costosos, necesitan equipo y personal capacitado, además de algún tiempo para su procesamiento y la obtención de resultado.(30,40) Otra limitante la constituye la necesidad que tiene el paciente de regresar por el resultado y tratamiento, lo que en ocasiones facilita la inserción y automedicación.

- Enfoque Clínico.

Se identifican las enfermedades de transmisión sexual por medio de la experiencia clínica del personal de los servicios. En ocasiones como la presencia de

infecciones mixtas, úlceras genitales o dolor abdominal bajo en mujeres, solamente se identifican la mitad de los casos de chancroide o sífilis en mujeres, un tercio en los hombres y menos del 10% de los casos de infecciones mixtas.(27)

- Enfoque Sindrómico.

Se identifican todas las posibles ETS que pueden causar síntomas. Así se reducen las posibilidades de un diagnóstico inadecuado, es útil cuando no se dispone de laboratorio, los tratamientos son estandarizados, son efectivos desde la primera o única visita y los costos son menores que cuando se aplican los otros criterios clínicos o de laboratorio.

Como limitante podemos mencionar que no pueden aplicarse a personas que no presentan síntomas y a veces se hace uso innecesario de medicamentos.

PARA SU IMPLEMENTACION SE DEFINEN CUATRO SINDROMES.

1. Úlcera Genital
2. Secreción Uretral
3. Flujo Vaginal
4. Dolor Abdominal Bajo en la Mujer

- CLAVES DIAGNOSTICAS Y TERAPEUTICAS.

- Úlcera Genital.

Algunas veces, las lesiones de la sífilis, chancroide, granuloma inguinal y linforanuloma venéreo varían en apariencia y puede ser difícil distinguirlos. En otras oportunidades, se produce infección secundaria de la úlcera, por lo que dan algunas claves para ayudar al diagnóstico y tratamiento.

La úlcera de la sífilis, generalmente es única, no dolorosa, con bordes firmes que se sienten a la palpación, que tiene la consistencia de la punta de la nariz.

El chancroide produce una úlcera dolorosa de bordes irregulares.

El granuloma inguinal principia como nódulos debajo de la piel que se úlceran y forman lesiones bien definidas que no son dolorosos.

El linforanuloma venéreo produce inicialmente úlceras superficiales que cicatrizan espontáneamente para acompañarse después con ganglios inguinales dolorosos que se rompen drenando pus, siendo ésta la razón por la que las personas buscan ayuda médica.(15)

- Secreción Uretral.

Generalmente los hombres que se quejan de

secreción uretral, tienen evidencia física de ello, manchas en su ropa interior o impregnan algodones o papel higiénico con ella. En los pocos casos en lo que no se evidencia esta secreción, el propio paciente puede ayudar exprimiéndose la uretra principiando desde la base del pene hacia el glande, lo que generalmente hace salir la secreción.

En casos en que esta maniobra no haga visible la secreción, se debe de investigar si el paciente ha orinado poco antes del examen ya que, en ocasiones, se necesitan varias horas para que reaparezca la secreción.

Se debe de recordar que la ciprofloxacina, expectinomicina y kanamicina usadas en el tratamiento de la secreción uretral, no curan la sífilis que se puede estar incubando en estos pacientes.

- Flujo Vaginal.

La paciente informará, por lo general, que mancha su ropa interior, de un cambio de coloración, consistencia del flujo, aparición del mal olor, prurito en áreas genitales, ardor o dolor al orinar o durante el acto sexual.

Si al revisar la apariencia de la vulva durante el examen físico, aparecen inflamadas, la causa puede ser candidiasis o tricomoniasis.

El origen del flujo puede ayudar a identificar a la

enfermedad causante; si el flujo sale por el cévix, indica una infección por gonorrea o clamidia; si sale de la pared vaginal indica tricomoniasis o candidiasis.

Cuando no sea posible identificar el origen del flujo en la vagina, la limpieza del cévix con algodón o gasa puede ayudar y otros signos de infección son eritema y hemorragia al limpiarlo con algodón o gasa. Si al movilizar el cévix se produce dolor o si la paciente tiene fiebre, se debe utilizar el enfoque sindrómico para dolor abdominal bajo.

Recordar que el metronidazol cruza la barrera placentaria y no deberá administrarse a mujeres embarazadas durante el primer trimestre del mismo, pero si se puede utilizar durante el segundo y el tercer trimestre, así mismo para la leche materna, pero no hay evidencia que sea dañino para los recién nacidos, por lo que es necesario suspender la lactancia materna durante el tratamiento.

- Dolor Abdominal Bajo.

Ante la presencia del dolor abdominal bajo, se debe descartar la presencia de cuadros quirúrgicos que necesiten atención especializada, tales como obstrucción intestinal, apendicitis aguda, embarazo ectópico o ruptura de vejiga.

Recordar que la enfermedad pélvica inflamatoria puede producir dolor cuando se tiene relaciones sexuales, al orinar

o durante la menstruación y acompañarse de náusea y vómitos.

Se debe de preguntar a la paciente si está utilizando un Dispositivo Intrauterino (DIU), ya que las mujeres con DIU tienen mayor riesgo de tener enfermedad pélvica inflamatoria que las mujeres que no lo utilizan, en especial si el DIU fué colocado recientemente.

B. SIDA.

1. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), es la finalización de una infección viral que tiene como resultado un daño inmunológico irreparable, esto conlleva a una anomalía en el funcionamiento de los linfocitos T, causada por el virus VIH. Por lo que el individuo se vuelve vulnerable a las infecciones oportunistas y de enfermedades de tipo tumoral. Por las cualidades de la infección y patogenicidad del virus no hay curación o vacuna para la prevención del SIDA. (8,20)

2. EPIDEMIOLOGIA.

En la actualidad, la distribución de los casos diagnosticados se encuentra: América 70%, Africa 15%, Europa 10%, Asia y Oseania 1%. En todos los continentes la enfermedad va en aumento y se desconoce aún cifras reales por los susregistros en países subdesarrollados. (5,7,32)

Este síndrome fue reconocido por primera vez en 1981. La

epidemia estadounidense afectó sobre todo a varones homosexuales y bisexuales comprendidos entre los 20 y los 50 años de edad. Para 1983 se notificaron 2,500 casos, año en el cual se relaciona el SIDA con las transfusiones sanguíneas, el uso de drogas intravenosas y la infección congénita.

(CONAVISIDA)

En 1984 el virus hayado en USA por el Instituto Nacional del Cáncer fue denominado retrovirus T linfotrópico humano

del tipo III (HTLV-III). (5)

Para septiembre de 1988, se había informado de casi 120,000 casos de SIDA a la OMS de más de 135 países. El primero de julio de 1988 había un total de 100,400 casos de SIDA.

Actualmente hay unos doce millones de pacientes infectados con el virus en todo el mundo. Entre los países en desarrollo Brasil, Haití y países del Africa Central, presentan el mayor número de casos de SIDA. (32)

Díaz, B. En un estudio de Epidemia del SIDA en Guatemala hasta julio de 1993, se ha reportado un total de 885 casos de SIDA siendo estos 451 asintomáticos y 434 sintomáticos. El sexo femenino con 187 casos y el masculino 698. El 18.6% (165) el total del fallecidos.

Las edades más frecuentes afectadas son las comprendidas entre los 20 y 40 años de edad, la conducta de

riesgo más común, es la heterosexual.

3. ETIOLOGIA.

El SIDA es producido por un virus de la familia de los retrovirus y la subfamilia de lentivirus. A partir de 1986 se recomendó el nombre de Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Este virus infecta y ataca a las células del sistema inmune y principalmente a los linfocitos T-4 y células afines también a células del sistema nervioso, neuroendócrino y vasos sanguíneos.(5,6,24)

El virus está compuesto por una envoltura, nucleocápside y enzimas virales. Es un virus RNA, mide 100 nanómetros, contiene una glucoproteína (gp) en su envoltura que reconoce y se adhiere a la célula blanco, una transmembrana que daña a la célula; el nucleocápside forma el núcleo central donde está el material genético y las enzimas que son ADN polimerasas, ribonucleasas, e integrasa; las dos primeras se conocen como transcriptasa inversa.(24,33,36)

4. PATOGENIA.

Uno de los principales sitios de acción del HIV es el sistema inmunológico y sus células y muy particularmente los linfocitos T colaboradores (CD-4) logrando un efecto devastador sobre el sistema inmunitario ya que destruye la célula coordinadora de prácticamente todas

las funciones del sistema inmunológico. Una vez que este agente infeccioso penetra a la célula, su ácido ribonucleico se transcribe en desoxirribonucleico por medio de una enzima que posee el propio virus y que se conoce con el nombre de transcriptasa inversa. Esto deja que el virus copie la información genética de este, en una forma que pueda integrarse en el propio código genético de la célula huésped.

Cada vez que se divide una célula huésped se reproducen copias virales junto con más células del huésped, cada una de las cuales contiene el código viral durante la replicación del VIH, la célula T-4 positiva es destruida.(7,35,39)

5. TRANSMISION

Las vías de transmisión únicamente puede ser por tres: sexual, parenteral y perinatal.

Se ha aislado el VIH en: sangre, semen, secreciones vaginales, líquido cefalorraquídeo, sinovial, pleural, peritoneal, pericárdico, amniótico, así como secreción láctea y calostro. En el 95% de las infecciones en todo el mundo, la infección por VIH ha sido transmitida a través del coito.(13)

6. GRUPOS DE RIESGO PARA CONTRAER INFECCION POR HIV.

Todo ser humano está en riesgo de contraer el virus VIH pero hay grupos que tienen un mayor riesgo por sus hábitos y conductas, estos grupos son: hombres homosexuales, hombres heterosexuales promiscuos, mujeres heterosexuales promiscuas,

bisexuales, drogadictos que usan drogas intravenosas, prostitutas, hijos de madres infectadas con HIV y personas con desórdenes hematológicos (hemofílicos, etc.), receptores de sangre, trabajadores que manipulen líquidos y secreciones corporales, incluyendo sangre e instrumentos quirúrgicos.

7. INFECCION.

El estado infeccioso se presenta desde la falta total de síntomas a ligero malestar, desórdenes neurológicos, hasta enfermedades debilitantes oportunistas o tumorales, hasta la muerte. El SIDA es la última etapa de la infección

por VIH, por lo que existen muchas personas infectadas sin ningún síntoma, en relación a las pocas que representan éstos en los Estados Unidos, la US CDC tiene la clasificación general para las características clínicas de la infección por VIH.

7.1 Inicio de la infección y desarrollo de anticuerpos.

Inicia la infección al ingresar el virus VIH a la sangre y estimular al sistema inmunológico, la presencia de anticuerpos o sea de seropositividad indica que hay infección, muchos de los infectados desarrollan anticuerpos sin ningún síntoma inmediato, unos pocos presentan la

enfermedad de corta duración que se asemeja a la mononucleosis infecciosa y raras veces presentan síntomas neurológicos agudos como ataque a daños motores temporales, esto podría ocurrir de dos a cinco semanas luego de la infección o en algunos casos sólo podría ser en seis meses o más.

7.2 Estado asintomático del portador.

En esta etapa el paciente no presenta manifestaciones clínicas ni síntomas, pero es un agente que sirve de medio de transmisión a otras personas; las pruebas de laboratorio presentan número reducido de linfocitos T inductores (T helper) o T-4. No se sabe cuanto tiempo puede ser asintomática la persona infectada, ni cuando inició la infección.

7.3 Linfadenopatía persistente generalizada.

La presencia de verdadera enfermedad se inicia al haber síntomas de la infección por VIH, a esta etapa también se le llama linfadenopatía general persistente, síndrome de linfadenopatía, pródomo del SIDA, condiciones relacionadas con el SIDA, SIDA menor y complejo relacionado con el SIDA (ARC). Podemos definir como linfadenopatía general persistente a la inflamación de los ganglios linfáticos en dos o más zonas extratinguinales por un periodo de más de tres

meses, que puede acompañarse de sudoración nocturna, fiebre, diarrea, pérdida de peso, fatiga, infecciones comunes (aftas) y herpes zoster; estos síntomas que pueden ser intermitentes o persistentes y variables en su gravedad por lo general no son mortales, aunque la diarrea y la pérdida de peso si la podría causar.

Esta parte de la enfermedad es la intermedia entre la infección inicial y el SIDA. Otros indican que es la manifestación de la infección crónica con el virus; luego de dos años hasta el 20% de los individuos con éstos síntomas contrae y manifiesta el SIDA a plenitud.

7.4 El SIDA y otras infecciones graves.

El SIDA es la etapa final de la infección por el virus VIH, éste se caracteriza por las infecciones oportunistas que ponen en peligro la vida, esto ocurre porque el cuerpo ha perdido todas sus defensas y el sistema inmunológico se encuentra inoperante, el espectro de las infecciones oportunistas son tuberculosis, meningitis criptocócica, herpes simple, candidiasis oral y esofágica, criptoesporidiosis, toxoplasmosis del SNC, lesiones e infecciones en la piel, diarrea, pérdida de peso. En Estados Unidos y en países desarrollados, las neumonías por pneumocystis carinii, criptococis, criptoesporidiosis, toxoplasmosis, sarcoma de kaposi, linfoma de burkitt, linfoma

no hodking, pérdida de la memoria, demencia, síntomas psiquiátricos, encefalitis y meningitis crónica.(35,36)

8. DIAGNOSTICO.

El SIDA puede ser diagnosticado según criterio epidemiológico, si el paciente pertenece a un grupo de riesgo conocido y se utiliza el criterio clínico, cuando en el examen físico el médico establezca que los signos y síntomas pertenecen a la infección por VIH, y que presente características de infección oportunista o enfermedad tumoral rara, por lo tanto se ha de emplear el criterio de laboratorio para la confirmación definitiva. Dos de las pruebas de laboratorio más ampliamente utilizadas son la prueba denominada ELISA (Enzimo-Immunoensayo) y la prueba suplementaria llamada Wester Blot o Immunoblot. Se considera seropositivo a todo individuo sólo después de dos o más pruebas de ELISA respectivamente reactivas y una prueba confirmatoria como la de Wester Blot o prueba de Inmunofluorescencia.

9. TRTAMIENTO.

El SIDA es una enfermedad mortal, que no tiene curación y su tratamiento ha de ser sintomático y de sostén, utilizando terapia específica para las infecciones oportunistas y las enfermedades tumorales raras. Entre los

antivirales que se están utilizando figura: suramina, HPA-2,3 ribavirina y BWA 509 U (3-azido-desoxitimidina) y foscarneto.

El medicamento de mayores esperanzas en el tratamiento del VIH: 3-azido-5-desoxitimidina (zidovudine, AZT). Pero no existe actualmente un tratamiento que pueda curar la infección por VIH, por de pronto lo único efectivo para el control de esta enfermedad, es la educación a la población.(5,24)

10. PREVENCIÓN.

La prevención de la salud y educación de la población constituyen las estrategias más importantes para modificar las conductas de riesgo, fomentar las relaciones sexuales seguras y reducir el riesgo de exposición e infección.

C. USO DEL PRESERVATIVO COMO PREVENCIÓN DE ETS.

Carlos II de Inglaterra popularizó el condón después de 1,660, al encargar a su médico, el Dr. Condón, la preparación de un anticonceptivo que le impidiera seguir teniendo hijos ilegítimos. El médico fabricó una funda de lino empapada de lubricante antiséptico, con lo que obtuvo muy buenos resultados, por lo que le fue conferido el título de caballero. (Peel & Pottss, 1970)

El condón ha sido utilizado como profiláctico de

enfermedades de transmisión sexual y en planificación familiar, se conoce su uso desde el siglo XV y desde entonces el material para su fabricación ha cambiado de seda, intestino de animales y caucho hasta el látex.(14,31,34) La abstinencia sexual y la fidelidad conyugal son estrategias efectivas de prevención y la utilización apropiada del condón reduce también el riesgo de contraer el SIDA.(14)

1. Descripción General:

Los condones son fundas cilíndricas, hechas generalmente de caucho, diseñados para envolver el pene. Hay muchas causas para un descenso en su calidad, éstos artículos deberían guardarse en lugares adecuados.(22)

2. Mecanismo de Acción:

Los condones colocados sobre el pene erecto actúan como método de barrera, impidiendo la entrada de espermatozoides a la vagina, al igual que retienen el semen eyaculado por el hombre. Algunos condones contienen espermicida.

6. Campañas para promocionar el uso del condón.

En América Latina se han lanzado campañas de promoción para el uso del condón, patrocinadas por los gobiernos y organizaciones privadas de cada país, que en vista de la grave amenaza que representa el SIDA han unido sus esfuerzos; las campañas y programas están basados en la educación y cambio de prácticas y actitudes sexuales de las personas, estos son divulgados por televisión, radio, libros,

folletos, periódicos, afiches, panfletos, líneas de teléfono especiales, etc. Varios estudios han observado un cambio de actitud y un mayor uso del preservativo, luego de campañas y promociones para su utilización. (14,31,41)

D. ADOLESCENCIA

La adolescencia se inicia y discurre a través de una amplia gama de edades, y difiere entre ambos sexos, razones por las cuales los intentos de distribuir en categorías cronológica los cambios que se producen en esta época de la vida están lastrados por los problemas para establecer las fronteras de dichas categorías. El proceso organizativo más importante es el desarrollo de la madurez sexual. (29)

Ateniendonos a ello, es razonable definir los periodos temprano, intermedio y tardío de la adolescencia en términos de fases del desarrollo puberal, ya que éstas siguen una pauta regular en los individuos, independientemente de su edad cronológica. Las fases se definen según el desarrollo de los caracteres sexuales primarios y secundarios (vello púbico y mamas en las mujeres, genitales y vello púbico en los varones); estas modificaciones del cuerpo adolescente, genera una escala de madurez sexual (Sex Maturity Ratings, SMR o fases de Tanner). (29)

Se conoce como adolescencia temprana a la primera fase de la pubertad (SMR 2) que se inicia normalmente entre los

10.5 y los 14 años en los niños y entre los 10 y los 13 en las niñas, y que suele durar entre 0.5 y 2 años en niños y entre 0.2 y 1.2 años en las niñas. El período intermedio de la adolescencia (SMR 3 y 4) suele iniciarse entre los 12.5 y los 15 años en los niños y entre los 12 y los 14 en niñas.

La fase tardía de la adolescencia (SMR 5) se inicia normalmente entre los 14 y los 16 en los varones y entre los 14 y los 17 en las mujeres. El final de los cambios que caracterizan a la adolescencia tardía determina el paso al estado de adulto joven, que suele alcanzarse entre los 17 y los 21 años. (29)

La adolescencia es el periodo de la vida en la que el niño se transforma en adulto (adolescente: crecer). Es una etapa crítica en el desarrollo biopsicosocial del ser humano, en la que ocurren cambios biológicos y psíquicos que transforman al niño en un individuo maduro en sus aspectos físico, sexual, emocional y psicosocial. (OMS, 1965)

El comienzo de la adolescencia coincide con la aparición de los caracteres sexuales secundarios. (28)

Un comité de expertos de la OMS arbitrariamente definió la adolescencia, en términos cronológicos, como el período de la vida comprendido entre los 10 y los 20 años de edad, coincidiendo su comienzo con los cambios puberales y su término con la culminación del crecimiento y desarrollo morfológico. (OMS, 1965)

E. ADOLESCENCIA Y ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL.

La población comprendida entre los 13 y los 18 años de edad son numéricamente una de las más importantemente afectadas en el comportamiento epidemiológico de las enfermedades de transmisión sexual.(35)

La mayoría de los casos se presentan en los grupos de 15 y 19 años y los 20 a los 24 años en orden decreciente.(35)

La frecuencia de ETS en este grupo guarda relación directa con el número de compañeros sexuales, promiscuidad sexual.

La prostitución es uno de los factores predisponentes, aunque no es el único ni el más importante.

Las enfermedades de transmisión sexual alcanzan su mayor incidencia en el grupo de los homosexuales.(43)

Los principales problemas de salud de los adolescentes son: embarazos, abortos, enfermedades de transmisión sexual, el SIDA, el consumo de alcohol y otras drogas, accidentes relacionados con el alcohol, accidentes intencionados, problemas mentales de salud, tales problemas son prevenibles.

Estimaciones de la prevalencia de ETS en adolescentes comprendidos entre los 15-19 años de edad en 1992, 16,000 casos de sífilis, 410,000 casos de gonorrea, 940,000 casos de clamidia, 200,000 casos de enfermedad inflamatoria pélvica, 1.27 millones de casos de papilomatosis humana.(1)

Hay una estimación de 3.8 millones de casos de ETS en adolescentes cada año.

En el año de 1992 fueron reportados 912 casos de adolescentes con SIDA.

Desde octubre de 1991 a septiembre de 1992 fueron estimados 11,400 casos de SIDA en adolescentes entre los 16 y 21 años, esto basado en la relación 1:8 que significa que por cada 8 personas positivas para SIDA una es adolescente.(1,2)

Uno de los factores importantes relacionados a la presencia de ETS ha sido el abuso sexual, siendo uno de los signos específicos de abuso sexual en los niños o adolescentes la presencia de una ETS. La prevalencia de estas enfermedades en abusados sexualmente van del 3.5% al 15% para la gonorrea, un 2.6% a un 29% por clamidia, la mayoría de estos casos se manifestó por una descarga purulenta.(2)

En un estudio de tesis en 270 estudiantes de egreso se encontro los siguientes datos de importancia: edad temprana de su primer contacto sexual que en promedio fue a los 15 años, 35 % tuvo su primer contacto sexual con trabajadora del sexo, el antecedente de abuso sexual en 8 % de entrevistados, en cuanto a preferencia sexual 3 % homosexual, 8 % bisexual, promiscuidad en el 9 % de entrevistados siendo el sexo masculino con el mayor número de casos, el uso del condón se reporta en 35 % de los varones que lo utilizan siempre, del 54 % que refiere utilizarlo.(17)

VI. METODOLOGIA

1. Tipo de Estudio:

Prospectivo-descriptivo.

2. Unidad de Análisis:

Adolescentes que consultaron a la clínica familiar del Dispensario Municipal # 2, Guatemala septiembre-octubre de 1,997.

3. Tamaño de la Muestra:

Población total: 705 adolescentes que consultaron en 1,996.

$$n = \frac{Npq}{(N - 1) D + pq}$$
$$D = \frac{(\text{error})^2}{4}$$

n = muestra
N = universo
p = 0.5 constante
q = 0.5 constante
D = límite de error

$$n = \frac{(705)(0.5)(0.5)}{(705 - 1) D + pq}$$

$$n = 225$$

Muestra: 225 adolescentes.

4. Criterios de Inclusión:

- A todo adolescente que asista a consulta a la clínica familiar.
- A toda persona comprendida entre los 12 y 20 años de edad.
- A todo adolescente que acepte participar en el estudio, el cual es voluntario, anónimo y confidencial.

5. Criterios de Exclusión:

- A toda persona que sea menor de 12 años o mayor de 20 años.
- Los adolescentes que no acepten participar en el estudio.

6. Variables a Estudiar:

Nombre	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Unidad Medida
Sexo	condición orgánica que distingue al macho de la hembra, en el ser humano, animales y plantas.	que será evaluado por el investigador, según caracteres sexuales.	discreta	F M
Edad	tiempo transcurrido desde el nacimiento.	edad que refiera el encuestado en el momento de la entrevista.	numérica continua	años
Escolaridad	duración de los estudios en un centro docente.	número de años de estudios cursados	ordinal	ningun grado primari incomp primari comple secunda superio
Drogas	droga es toda sustancia natural o artificial, usada con diferente fin.	si el adolescente refiere utilizar drogas: alcohol, marihuana, cocaína, solventes, etc.	ordinal	siempre casi siemp mitad de vece algunas veces nunca
Condón	es una funda cilíndrica diseñada para envolver al pene.	si el condón es utilizado al tener relaciones sexuales.	ordinal	siempre casi siemp mitad d veces algunas veces nunca

ETS	son enfermedades que se transmiten por contacto sexual, de una persona enferma a una sana.	la presencia de: gonorrea, sífilis, SIDA, chancroide, linfogranuloma venéreo, herpes genital, tricomoniasis, papilomatosis, molusco contagioso, pediculosis pubis, otros	nominal	si no
Adolescencia	edad comprendida entre la niñez y la edad adulta y que transcurre desde que se presentan los primeros indicios de la pubertad hasta que el cuerpo adquiere el completo desarrollo del adulto, está comprendido entre los 12 y 20 años.	la edad que refiera en años cumplidos al momento de la encuesta.	numérica continua	años
Prevalencia	número de casos nuevos de una enfermedad o de otro acontecimiento que se presenta durante un período de tiempo determinado en relación con la unidad de población.	número de adolescentes que refieran el antecedente de ETS, registrada en la encuesta.	numérica continua	tasa por 1,000 adolescentes
Factor de Riesgo	son todos aquellos factores que ponen en riesgo la salud de las personas y condicionados por las prácticas, actitudes y el ambiente	presencia, ausencia de los factores de riesgo: sexo, drogas, promiscuidad, uso del condón, antecedente de ETS, abuso sexual.	nominal	si no

7. Recursos:

- Humanos: adolescentes, bibliotecarias, personal de la clínica familiar # 2.
- Físicos: Clínica Familiar del Dispensario Municipal # 2, bibliotecas de la USAC, computadora personal.
- Económicos: gastos de papelería: 200.00 Q. de transporte 100.00 Q.

8. Plan para recolectar datos.

La clínica familiar del Dispensario Municipal # 2, es una de las 12 clínicas que son parte del Programa de Medicina Familiar del cuarto año de la carrera de Médico y Cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Se decidió tomar esta clínica por ser esta donde consulta más del 80% de adolescentes con este tipo de problema (ETS), de las 11 restantes clínicas familiares. Esta clínica está ubicada en la 26 Av. 24 - 09 zona 5 de esta ciudad. Esta clínica es uno de los centros de referencia para prevención y tratamiento de ETS. El cual es atendido por dos médicos, uno de ellos es el director, además por el docente y estudiantes que rotan en el programa de clínicas familiares.

Se tuvo acceso a los instrumentos de registro de información del dispensario, con autorización del director como del docente a cargo. Se encontró que en el año de 1996

consultaron un total de 705 personas comprendidas entre los 12 y 20 años de edad, tanto en el libro de emergencias como el de primeras consultas. El universo o población que se tomó fue el número de adolescentes que consultaron en este período de tiempo, los cuales fueron 705.

Se decidió tomar como adolescencia la edad comprendida entre los 12 y 20 años de edad, por ser esta la más usada en la literatura consultada, además que al consultar los registros del dispensario la gran mayoría del grupo en estudio está comprendida entre este intervalo de edad.

El número de la muestra se determinó por medio de una fórmula, el número que corresponde es de 225 adolescentes.

Para la recolección de la información se usó un instrumento: la encuesta, que contiene varios ítems, que se pasó a todo adolescente que cumpla los criterios de inclusión y que fue llenado por cada entrevistado, para mayor confiabilidad de los datos. Esta encuesta fue pasada en un cubículo o clínica del dispensario asignada. Las primeras encuestas fueron de tipo piloto para evitar omisiones posteriores.

Previo a ser pasada la encuesta se les indicó a los adolescentes y al adulto que lo acompaña si así lo fuera, el carácter voluntario, confidencial e individual del estudio. A los adolescentes que no quisieron participar en el estudio, se les trató de convencer y al no lograrlo se pasó a la

siguiente hasta llegar al número de la muestra. Además se brindó consejería pre-encuesta y post-encuesta.

9. Plan de Análisis de Datos.

Se presentarán los datos organizados en tablas y gráficas utilizando la metodología estadística descriptiva.

10. Aspectos Eticos de la Investigación.

Las personas que participaron en el estudio se les protegió al máximo de:

- Daño Físico, psicológico y social.
- Invasión de su vida privada y garantizar el carácter confidencial y voluntario de su participación.
- Se brindó consejería.
- De carácter anónimo.

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

INCIDENCIA DE ETS EN ADOLESCENTES QUE CONSULTARON A LA CLINICA FAMILIAR DEL DISPENSARIO MUNICIPAL No. 2, DISTRIBUIDOS POR SEXO, GUATEMALA, SEPTIEMBRE-OCTUBRE 1977.

ETS	FRECUENCIA				TOTAL	%
	M	%	M	%		
NO	86	38.3	103	45.7	189	84.0
SI	30	13.3	6	2.6	36	16.0
TOTAL	116	51.6	109	48.4	225	100%

FUENTE: cuestionario a adolescentes que consultaron a la clínica familiar.

CUADRO No. 2

ADOLESCENTES QUE CONSULTARON A LA CLINICA FAMILIAR
DISTRIBUIDOS POR EDAD-SEXO, GUATEMALA, SEPTIEMBRE-OCTUBRE
1997.

EDAD	SEXO				TOTAL	%
	M	%	F	%		
12	4	1.7	6	2.6	10	4.4
13	5	2.2	3	1.3	8	3.6
14	3	1.3	6	2.6	9	4.0
15	8	3.5	6	2.6	14	6.2
16	16	7.1	9	3.9	25	11.1
17	19	8.4	8	3.5	27	12.0
18	15	6.6	18	8	33	14.7
19	21	8.3	21	8.3	47	18.7
20	25	11	32	14	57	25.3
TOTAL	116	51.5	109	48.4	225	100%

FUENTE: cuestionario a adolescentes que consultaron a la
clínica familiar.

CUADRO No. 3

NIVEL DE ESCOLARIDAD DE ADOLESCENTES QUE CONSULTARON A
LA CLINICA FAMILIAR, GUATEMALA SEPTIEMBRE-OCTUBRE DE 1997.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIAS				TOTAL	%
	M	%	F	%		
NINGUN GRADO	19	8.4	19	8.4	38	16.8
PRIMARIA COMPLETA	26	11.5	21	8.4	47	20.8
PRIMARIA INCOMPLETA	18	7.9	20	8.8	38	16.8
SECUNDARIA COMPLETA	19	8.4	13	5.7	32	14.2
SECUNDARIA INCOMPLETA	27	12	35	15.5	62	27.5
SUPERIOR INCOMPLETA	7	2.9	1	0.9	8	3.9
TOTAL	116	51.6	110	48.4	225	100%

FUENTE: cuestionario a adolescentes que consultaron a la
clínica familiar.

CUADRO No. 4

LAS ETS MAS FRECUENTES EN ADOLESCENTES QUE CONSULTARON A LA CLINICA FAMILIAR, DISTRIBUIDOS POR SEXO, GUATEMALA, SEPTIEMBRE-OCTUBRE DE 1997.

ETS	FRECUENCIAS				TOTAL	%
	M	%	F	%		
GONORREA	14	38.9	1	2.7	15	41.7
HERPES GENITAL	4	11.1	2	5.5	6	16.7
PAPILOMAS	4	11.1	2	5.5	6	16.7
SIFILIS	5	13.9	0	0	5	13.9
TRICOMONAS	1	2.8	1	2.8	2	5.6
CHANCROIDE	1	2.8	0	0	1	2.8
LINFOGRANULOMA	1	2.8	0	0	1	2.8
TOTAL	30	83.3	6	16.7	36	100%

FUENTE: cuestionario a adolescentes que consultaron a la clinica familiar.

CUADRO NO.5

ADOLESCENTES QUE CONSULTARON A LA CLINICA FAMILIAR Y EDAD DE SU PRIMER CONTACTO SEXUAL, DISTRIBUIDOS POR EDAD-SEXO, GUATEMALA, SEPTIEMBRE-OCTUBRE 1997

EDAD	FRECUENCIAS				TOTAL	%
	M	%	M	%		
MENOR 12 AÑOS	6	3.8	1	0.6	7	4.5
12 - 14 AÑOS	52	33.9	31	20.2	83	54.2
15 - 17 AÑOS	26	16.9	27	17.6	53	34.6
18 - 20 AÑOS	3	1.9	7	4.5	10	6.5
TOTAL	87	56.8	66	43.1	153	100%

FUENTE: cuestionario a adolescentes que consultaron a la clinica familiar.

CUADRO No. 6

ADOLESCENTES QUE CONSULTARON A LA CLINICA FAMILIAR Y PERSONA DE SU PRIMER CONTACTO SEXUAL, DISTRIBUIDOS POR SEXO, GUATEMALA, SEPTIEMBRE-OCTUBRE 1997.

PERSONA	FRECUENCIA				TOTAL	%
	M	%	F	%		
NO HA TENIDO NOVIO(A)	29	12.8	43	19.1	72	32
TRABAJADOR(A)	22	9.7	58	25.7	80	35.5
AMIGO(A)	55	24.4	2	0.8	57	25.3
FAMILIAR	6	2.7	4	1.8	10	4.5
	4	1.8	2	0.9	6	2.7
TOTAL	116	51.6	109	48.4	225	100%

FUENTE: cuestionario a adolescentes que consultaron a la clínica familiar.

CUADRO No. 7

ADOLESCENTES QUE CONSULTARON A LA CLINICA FAMILIAR Y LA PRESENCIA DEL ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL, GUATEMALA, SEPTIEMBRE-OCTUBRE 1997.

ABUSO SEXUAL	FRECUENCIA				TOTAL	%
	M	%	F	%		
NO	114	50.7	105	46.6	219	97.4
SI	2	0.8	4	1.7	6	2.6
TOTAL	116	51.5	109	48.4	225	100%

FUENTE: cuestionario a adolescentes que consultaron a la clínica familiar.

CUADRO No. 8

ADOLESCENTES QUE CONSULTARON A LA CLINICA FAMILIAR QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES Y UTILIZAN DROGAS, GUATEMALA, SEPTIEMBRE-OCTUBRE 1997.

	RELACIONES SEXUALES Y USO DE DROGAS	%
SIEMPRE	7	3.1
CASI SIEMPRE	19	8.44
MITAD DE VECES	1	0.4
ALGUNAS VECES	64	28.4
NUNCA	134	59.5
TOTAL	225	100

FUENTE: cuestionario a adolescentes que consultaron a la clínica familiar.

CUADRO No. 9

ADOLESCENTES QUE CONSULTARON A LA CLINICA FAMILIAR Y USO DEL CONDON, GUATEMALA SEPTIEMBRE-OCTUBRE DE 1997.

	USO DEL CONDON	%
SIEMPRE	49	29.4
CASI SIEMPRE	28	18.3
MITAD DE VECES	0	0
ALGUNAS VECES	70	45.7
NUNCA	10	6.5
TOTAL	153	100

FUENTE: cuestionario a adolescentes que consultaron a la clínica familiar.

CUADRO No. 10

ADOLESCENTES QUE CONSULTARON A LA CLINICA FAMILIAR Y PROMISCUIDAD, GUATEMALA, SEPTIEMBRE-OCTUBRE 1997.

No. DE COMPANEROS SEXUALES	FRECUENCIAS				TOTAL	%
	M	%	F	%		
NO HA TENIDO	29	13.1	43	19.4	72	32.6
1	38	16.9	56	25	94	42.0
2	45	19.7	7	3.1	52	22.8
3	4	1.8	2	0.9	6	2.7
TOTAL	116	51.5	109	48.4	225	100%

FUENTE: cuestionario a adolescentes que consultaron a la clínica familiar.

CUADRO No. 11

ADOLESCENTES QUE CONSULTARON A LA CLINICA FAMILIAR Y TIPO DE PRACTICA SEXUAL, GUATEMALA, SEPTIEMBRE-OCTUBRE 1997.

PRACTICA SEXUAL	FRECUENCIA				TOTAL	%
	M	%	F	%		
HOMOSEXUAL	5	3.25	1	0.6	6	3.9
HETEROSEXUAL	78	50.9	62	40.5	140	91.5
BISEXUAL	5	3.2	2	1.2	7	4.5
TOTAL	88	57.5	65	42.4	153	100

FUENTE: cuestionario a adolescentes que consultaron a la clínica familiar.

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

El presente análisis se presenta en una serie de cuadros obtenidos en base a las variables de estudio utilizados.

Cuadro No. 1

Se observa que la incidencia de ETS en el grupo de entrevistados que consultaron a la clínica familiar del Dispensario Municipal No. 2 es del 16%, siendo 36 adolescentes de 225 encuestados los que consultaron por una ETS, y el sexo masculino es el más afectado con 30 casos (86%). La mayoría de los casos se presentan en los grupos de 15 a 19 años.(35) No hay datos sobre la incidencia de ETS en adolescentes en nuestro país para compararlos a los actuales resultados, sin embargo la población de los adolescentes es numéricamente la más afectada en el comportamiento epidemiológico de las ETS.

Cuadro No. 2

De los 225 adolescentes entrevistados 116 son de sexo masculino y 109 de sexo femenino.

El 80% de adolescentes entrevistados están dentro de las edades de 16 y 20 años. En cuanto a la distribución por sexo de los adolescentes que consultaron no predomina un sexo en particular.

Cuadro No. 3

En este cuadro se observa que 38 adolescentes no tienen ningún grado de escolaridad, que corresponden al grupo de analfabetas, 38 adolescentes la primaria incompleta y 47 adolescentes la primaria completa y tan solo 8 cursan estudios superiores, no hubo ninguna persona que hubiese terminado la educación superior. Lo que se observa en estos datos es el bajo nivel de escolaridad, no obstante el alto porcentaje de analfabetismo dados por la deserción y abandono escolar lo justifican.(11) En cuanto a sexo no hay diferencias contrario a lo encontrado en la revisión en donde el sexo femenino tiene menos acceso a la educación.(16,21)

Cuadro No. 4

Las Enfermedades de Transmisión sexual más frecuentes encontradas en este grupo son: gonorrea con 15 casos, herpes genital 6 casos, Papilomas 6 casos, sífilis 5 casos, el sexo masculino es el más afectado con 30 casos, el femenino con 6. Sin embargo en boletines epidemiológicos se menciona a la gonorrea y sífilis como las más frecuentes.(10)

La alta promiscuidad en el sexo masculino justifica el mayor número de casos de ETS, lo que coincide con lo encontrado por José Fabian.(17)

Cuadro No. 5

La edad promedio del primer contacto sexual fue de 13 años. De los 225 entrevistados 153 ya tuvo su primer contacto sexual y de estos 87 son de sexo masculino, 66 casos de sexo femenino. En la literatura encontrada se menciona que los adolescentes inician su primer contacto sexual en promedio a los 15 años(16) por lo que se entiende que los adolescentes inician cada vez a más temprana edad su vida sexual. Aspectos culturales, ancestrales y educativos pueden explicar las diferencias en cuanto al sexo.

Cuadro No. 6

153 ya tuvo su primer contacto sexual, de este grupo 57 (25.3%) tuvo su primera relación sexual con trabajador(a) del sexo, 58 casos son de sexo masculino, lo cual no difiere en la literatura (17) en donde se menciona a un 29 % tuvo su primer contacto con trabajadora del sexo, siendo el sexo masculino el más frecuente. 72 adolescentes no han tenido contacto sexual, siendo de este grupo 43 casos de sexo femenino y 29 casos de sexo masculino, el sexo femenino parece estar más orientado pues la mayoría de ellas ha iniciado su actividad sexual con su novio(a).(16) 80 adolescentes tuvo su primer contacto sexual con novio(a), de estos 58 son de sexo femenino. 6 adolescentes tuvieron su primer contacto con familiares.

Cuadro No. 7

El antecedente de abuso sexual se encontró en 6 (2%) adolescentes de 225 (100%) adolescentes encuestados, siendo el sexo femenino el más afectado con 4 casos. Varía significativamente en lo encontrado en (17,35) en donde es más alto 8% y 9% respectivamente. El abuso sexual es un problema poco discutido y al cual debemos poner atención, en particular en el sexo femenino.(35) Uno de los factores importantes relacionados a la presencia de ETS ha sido el abuso sexual, siendo uno de los signos específicos de abuso sexual la presencia de una ETS.(2)

Cuadro No. 8

Los adolescentes que tienen relaciones sexuales estando bajo los efectos del alcohol o de alguna otra droga son 91, 134 no presentan el factor de riesgo. Siendo el alcohol y la drogadicción uno de los principales problemas de salud de los adolescentes y relacionados a adquirir ETS.(1)

Cuadro No. 9

En los adolescentes con vida sexual activa sólo 45 (29.4%) utilizan el condón siempre, el resto no lo utiliza o lo hace de manera ocasional, es un valor alto comparado a lo encontrado en (36) donde un 15 % utiliza el preservativo siempre.

Cuadro No. 10

Los adolescentes con vida sexual activa no promiscuos son 94 casos, 59 (38.5) adolescentes son promiscuos y de éstos el sexo masculino lo es más con 49 casos. En (16) se menciona la promiscuidad en un 9 % del grupo en estudio.

Cuadro No. 11

Se observa adolescentes homosexuales en 6 (3.9%) casos, bisexualismo 7 (4.5%) casos, heterosexuales 140 (91.5) casos. En lo publicado por (17) una homosexualidad del (3.9 %), bisexualidad del (4.5%), lo cual no varía grandemente.

IX. CONCLUSIONES

1. La incidencia de Enfermedades de Transmisión Sexual en adolescentes que consultaron a la clínica familiar del Dispensario Municipal No. 2 es del 16%.
2. Las Enfermedades de Transmisión Sexual más frecuentes en adolescentes fueron: gonorrea, herpes genital, papilomatosis, sífilis. Siendo el sexo masculino el más frecuente del grupo de adolescentes encuestados, y la edad más afectada la comprendida entre los 16 y 20 años de edad. donde se encontró el mayor número de casos.
3. La presencia de ciertos factores de riesgo predispone a este grupo a adquirir una Enfermedad de Transmisión Sexual como lo son: bajo nivel de escolaridad, edad temprana de su primer contacto sexual que en su mayor parte con trabajadoras del sexo, el uso de drogas, uso ocasional del condón, promiscuidad más frecuente en varones, abuso sexual, homosexualidad y bisexualismo.

X. RECOMENDACIONES

1. Es necesario que se implementen programas de educación sexual y más específicamente en prevención de ETS en especial al grupo de los adolescentes que consulten a esta clínica familiar por diversas causas. Dichos programas deben de ser impartidas por los estudiantes que roten en su oportunidad por esa clínica familiar.
2. Brindar consejería a todo adolescente que consulte o tenga el antecedente de una ETS, a nivel de clínica familiar.
3. Se considera pertinente que se sigan realizando estudios similares en otros grupos de riesgo para mantener una vigilancia continua del comportamiento de las ETS.

XI. RESUMEN

El presente trabajo de investigación se realizó con la colaboración de los adolescentes que consultaron a la Clínica Familiar del Dispensario Municipal No. 2 durante los meses de septiembre-octubre de 1997.

El cual tuvo como objetivo principal determinar la incidencia de de ETS en el grupo de adolescentes.

Para lo cual se utilizó una encuesta que le fué pasada a cada uno de los adolescentes que accedían a participar en el estudio de manera voluntaria y anónima. En dicha encuesta se pidió cierta información en la que se incluye: edad, sexo, y la presencia o ausencia de factores de riesgo tales como: escolaridad, antecedente de ETS, consulta por una ETS al momento de pasar la encuesta, edad de su primer contacto sexual y persona con la que la tuvo, promiscuidad y uso del condón, uso de drogas, frecuencia de relaciones sexuales.

Entre los resultados de importancia se encontró una incidencia de ETS del 16%, presencia de factores de riesgo tales como: bajo nivel de escolaridad, uso de alcohol o de drogas, edad temprana del primer contacto sexual, promiscuidad que es mayor en el sexo masculino, casos de homo-bisexualismo, bajo uso del condón entre los que ya iniciaron su vida sexual, uso de drogas y abuso sexual.

Por lo que la presencia de estos factores de riesgo predispone a los adolescentes de adquirir una ETS.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Archives of Medicine. Pediatric & Adolescent. The cost of comprehensive preventive medical service for adolescent. Vol. 149 Nov. 1995. p. 1226-1234.
2. Archives of Medicine. Pediatric & Adolescent. Indications for cultures in children with suspected sexual abuse. Vol. 149 January 1995. p. 86-88.
3. AGPC. Epidemia del SIDA en Guatemala. Programa Nacional del SIDA. Guatemala, Julio 1993. Documento.
4. AGPC. Normas para prevenir el contagio del Virus de Inmunodeficiencia Humana en el ambiente de trabajo del empleado de salud. Guatemala, 1989, 3 pp.
5. AIDS TASK FORCE ASINDES ONG's. El médico frente al SIDA. Rev. Med. Guatemala 1992, 55-68 pp.
6. AIDS TASK FORCE. Guía para detectar infección por VIH. Rev. Med. Guatemala 1990, 4-5 pp.
7. American Journal of Public Health. Among Gay and Bisexual African-American Men. November 1992, vol. 82, No. 11 1490-1, 194 pp.
8. Arathon Eduardo y Bolivar Diaz. Conferencia Nacional contra el SIDA. Guatemala, Octubre de 1993.
9. Ardon Palencia, Francisco. Prevalencia del VIH y VDRL positivo en trabajadoras del sexo. Boletín epidemiológico, Guatemala, Junio de 1992.
10. Boletín Epidemiológico. Estado general de las Enfermedades de Notificación Obligatoria. 1996. MSP y AS.
11. Castañeda C.S. La salud del adolescente en el terreno de quien. Guatemala 1992. 5 pp.
12. Ceneplanf. Los preservativos y el SIDA. American Life League Fact Sheet. 1987. Documento.
13. Conozca como se transmiten las ETS. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. D.G.S.S. Programa nacional de vigilancia y control del SIDA. 1996.
14. Donald Swartz. Métodos de Planificación de la familia. Rev. Med. 1987. 95-97 pp.
15. Enfoque Sindrómico de las Enfermedades de Transmisión Sexual. Ministerio de Salud Pública y AS. DGSS. Programa Nacional del SIDA.
16. Enfermedades del Adolescente. José Gonzalez. Tesis presentada a la Facultad de Medicina. Guatemala Julio de 1991. 51 pp.
17. Fabian Monzón, J. Actividades y Conductas Sexuales del Estudiante Universitario de egreso. Guatemala, julio de 1991. 52-85 pp.
18. Grubbs, G.S. Sexually Transmitted Diseases Among Adolescents. México, Centro de Orientación del Adolescente. 1986.
19. Hatcher, Kowal. Tecnología Anticonceptiva Internacional. Rev. Med. 1989, 88-104 pp.
20. Henderson R.H. Sundaresan T Cluster sampling to assess immunization coverage: A review of experience with a simplified samplin method. Bolletin of the word health organization. 1982. 253-260 pp.
21. Hernandez A. Creencias, actitudes y prácticas en adolescentes, en grupos de alto riesgo con relación al SIDA. Guatemala, marzo de 1992.
22. Howard C. Reproducción Humana. Planificación Familiar Vol. 3. 1980. 25-27 pp.
23. McDonald K.S. Evaluation of fleroxacin as single-oral dose therapy of culture-propen chancroid in nairobi, Kenia. Antimicrobial Agent and Chemotherapy. may 1989.
24. Molina M.E. Epidemia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Boletín epidemiológico. Agosto 1990 2-3 pp.
25. Novak Jones. Tratado de Ginecología. Novena Ed. Editorial Interamericana, S.A. 709 pp.
26. O'Farrel N. Accuracy of clinical diagnosis in genital ulcer disease in dubal. Southáfrica. In: 9th International Conference on AIDS 4th STD World Congress Vol. 2, Berlin 1993.
27. Piot P. y Rowley J. Economic impact of reproductive tract infection and resources for the control. NY 1992.

28. Perez Sanchez. **Enfermedades de Transmisión Sexual.** Ginecología. Segunda Edición. Edit. Mediterraneo.
29. **Pediatría de Nelson. Adolescencia.** Décima Edición. Editorial Interamericana.
30. Population Reports. **Condomes ahora más que nunca.** Serie H No. 8, septiembre de 1990. 1-30 pp.
31. Porrás G.L. **Informe sobre el SIDA.** Boletín mensual de la Comisión de Vigilancia y Control del SIDA. CONAVISIDA. Guatemala, agosto de 1992. No. 9, 1-4 pp.
32. Programa Nacional de Prevención y Control del SIDA. DGSS. **Epidemia del SIDA en Guatemala.** Folleto Estadístico. 1993 13 pp.
33. Programa Nacional para la Vigilancia y Control del SIDA. **Estado actual del SIDA en Guatemala.** Proyecto OPS/DMS. Guatemala 1991. 4 pp.
34. Pyun, K.H. Ochs, H.D. **Perinatal transmission with VIH virus.** New England. Journal of Med. 1988. 321, 411-421 pp.
35. Reinoso, L. **Adolescent contraception.** International meeti on sexual an reproductive health in teenagers and young adults. proceedings. México City, Centro de orientación para adolescentes. 1986. 154-159 pp.
36. Rueda Garcia, Dunia. **Conductas, Actitudes y Prácticas de alto riesgo y ETS en niñas de la calle.** Tesis presentada a la facultad de Ciencias Médicas. Agosto 1994.
37. Scott, G.B. Buch, **Acquired Immunodeficiency Syndrome in Infants.** New Englan. Journal Med. 1987. 7-78 pp.
38. **Situación de Salud de la República de Guatemala.** OPS 1996. 19 pp.
39. Smit, L. **Integrating AIDS prevention activities into family planning association program in latin american and the caribbean.** USA 1989. 10 pp.
40. Stam W.E. Kaetz S.M. **The practitioners handbook for the managment of STD's,** Seattle, Washington. Health Science Center for Educational Resources. 1992.
41. The John Hopkins University. **El SIDA una crisis en Salud Pública.** Population reports. Baltimore. M.D. USA. April of 1987. 35 pp.

42. The John Hopkins University. **Métodos de Barrera. Actualización sobre el condón.** Population reports. Baltimore. M.D. USA september 1983. 34 pp.
43. Woodward, K. **Adolescent choose a method of birth control. Health of adolescents and youths in the Americas.** Pan American Health Organization (PAHO). Washington, D.C. 1985. 101-111 pp.

XIII. ANEXOS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
INCIDENCIA DE ETS EN ADOLESCENTES

Edad: _____ Sexo: _____ No. Encuesta _____

1. Hasta que grado estuvo en la escuela?
Ningún grado__
Primaria: completa-incompleta.
Secundaria: completa-incompleta.
Superior: completa-incompleta.

2. Si usted está bajo los efectos del alcohol o de alguna otra droga, tiene relaciones sexuales?
Siempre_
Casi siempre_
La mitad de las veces_
Algunas veces_
Nunca_

3. Si usted esta bajo los efectos de alguna droga, usa el condón cuando tiene relaciones sexuales?
Siempre_
Casi siempre_
La mitad de las veces_
Algunas veces_
Nunca_

4. Ha tenido alguna Enfermedad de Transmisión Sexual?
Si__ No__
Gonorrea_ Sifilis_
SIDA_ Linfogranuloma Venéreo_
Granuloma Inguinal_ Chancroide_
Tricomoniasis_ Papilomatosis_
Molusco Contagioso_ Herpes Genital_
Hepatitis B_ Otros_

5. Qué Enfermedad de Transmisión Sexual ha padecido en este año? _____

6. Tiene alguna Enfermedad de Transmisión Sexual actualmente?
Si__ No__ Cual? _____
Gonorrea_ Sifilis_
SIDA_ Linfogranuloma Venéreo_
Granuloma Inguinal_ Chancroide_
Tricomoniasis_ Papilomatosis_
Molusco Contagioso_ Herpes Genital_
Hepatitis B_ Otros_