

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE
ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL EN ESTUDIANTES
DE EDUCACION MEDIA**

Estudio Descriptivo y Comparativo en Estudiantes
de Educación Media; 150 alumnos de Institución
Pública Mixta y 150 alumnos de Institución Pri-
vada Mixta. Abril 1994. Ciudad de Guatemala.

TESIS

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala.

POR

JOSE CARLOS ALBUREZ GARCIA

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, MAYO DE 1994.



DL
05
+(6842)



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 16 de mayo
DIF-121-94

de 199 4

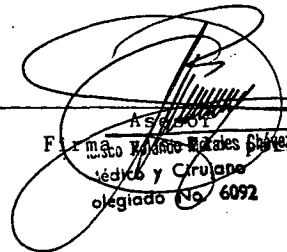
Director Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las Ciencias
de la Salud - Unidad de Tesis


Se informa que el: BACHILLER EN CIENCIAS Y LETRAS JOSE CARLOS
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos
ALBUREZ GARCIA Carnet No. 88-16383
completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE ENFERMEDADES DE
TRANSMISION SEXUAL EN ESTUDIANTES DE EDUCACION MEDIA"

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:


Firma del estudiante


Asesor
Firma del Asesor Titular Personal
Médico y Cirujano
Colegiado No. 6092

Dr. Julio Roberto Luarda Gil 
COLEGIADO No. 5119
Revisor
Firma y sello
Registro Personal 13481

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FORMA D

HACE CONSTAR QUE :

El Bachiller: JOSE CARLOS ALBUREZ GARCIA

Carnet Universitario No. 88-16383

Previo a optar al Título de Médico y Cirujano en su Examen General Público ha presentado el Informe Final del Trabajo de tesis titulado:
"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL EN ESTUDIANTES DE EDUCACION MEDIA"

Avalado por profesor(es) y revisor, por lo que se emite la presente
ORDEN

Guatemala



16 de Mayo

de 1994

Dr. Edgar R. De León Barillas
Por Unidad de Asesoría

Dr. Raúl M. Castilla Rojas
Director del Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud

IMPRIMASE :

Dr. Jafeth Ernesto Cabrera Franco



INDICE

	Página
I. INTRODUCCION	1
II. DEFINICION DEL PROBLEMA	2
III. JUSTIFICACION	3
IV. OBJETIVOS	4
V. REVISION BIBLIOGRAFICA	5
VI. METODOLOGIA	25
VII. PRESENTACION DE RESULTADOS	30
VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	49
IX. CONCLUSIONES	52
X. RECOMENDACIONES	54
XI. RESUMEN	55
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	57
XIII. ANEXOS	59

I. INTRODUCCION

El presente estudio es de carácter descriptivo y comparativo, teniendo como objetivo principal comparar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre Enfermedades de Transmisión Sexual en estudiantes adolescentes de Educación Media de una Institución Educativa Pública y una Institución Educativa Privada, para lo cual se utilizó una boleta de recolección de datos (anexo No. 1), cuestionando a 150 alumnos del sector público y 150 alumnos del sector privado.

Los principales resultados obtenidos fueron los siguientes: de los estudiantes de la Institución Educativa Pública 89.33% obtuvieron resultados de conocimientos sobre Enfermedades de Transmisión Sexual catalogados como deficiente, malo y regular, en comparación con el 62% de los alumnos de la Institución Educativa Privada. 10.67% y 38% de los estudiantes del sector educativo público y privado, respectivamente, tuvieron resultados clasificados como satisfactorio y bueno.

Por otra parte el 10% de los estudiantes de la Institución Educativa Pública ya tuvieron relaciones sexuales, en comparación con el 5.32% de los alumnos de la Institución Educativa Privada.

30% de los estudiantes del sector público no le dan importancia a la educación sexual. Esto lo hacen solamente 2% de los alumnos del sector privado.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

Las Enfermedades de Transmisión Sexual tienen una alta incidencia en todo el mundo. En los países subdesarrollados, como el nuestro, se observa un incremento de éstos males, derivados de la falta de conocimientos sobre sexualidad.

La conducta sexual de los adolescentes es el tema de considerables especulaciones pero de pocos estudios. El adolescente tiene que enfrentarse a los problemas físicos y psicológicos conbinados con el proceso de desarrollo. A dejado de ser un niño con el hecho de que la sociedad ejerce presiones o expectativas sobre él. Se incita al joven a tener responsabilidades pero se le imponen restricciones que limitan su desarrollo personal.

Se han descrito varias razones por las cuales un adolescente puede escoger ser sexualmente activo: como indicación a la maduración personal, como reto a los padres y a la sociedad, como huida a tensiones, como placer físico, para experimentar nuevas sensaciones o como medio de comunicación. El adolescente puede iniciar ciertos comportamientos sexuales al aumentar sus hormonas puberales influyendo también los ambientes socioeconómico, cultural y religioso. Edad, género y grupo étnico son factores que diferencian la iniciación de relaciones sexuales.

Todos estos factores hacen que el adolescente sea el más propenso a adquirir Enfermedades de Transmisión Sexual y al sufrirlas trae consigo efectos adversos al entrar en conflictos psicológicos y emocionales.

La sexualidad es un componente natural de los jóvenes adultos. Cualquier adulto tiende a ignorar el lado positivo de la sexualidad en el adolescente.

La educación sexual debe ser temprana y tiene que iniciarse a través del núcleo familiar. La mayoría de jóvenes tienen educación sexual pero reciben limitada información sobre Enfermedades de Transmisión Sexual.

III. JUSTIFICACION

No obstante de la existencia de campañas preventivas sobre Enfermedades de Transmisión Sexual, principalmente SIDA, esta problemática continúa trascendiendo de manera considerable en nuestro país. Al hecho de tener en cuenta que la población comprendida entre los 13 y 18 años, es decir, los adolescentes, es numéricamente una de las más importantes, se puede asociar, que aparte de ser la más afectada en el comportamiento epidemiológico de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), es también en esta etapa de la vida en que la promiscuidad se hace muy frecuente, por las características del comportamiento sexual que ellos tienen.

Por lo mencionado anteriormente, podemos decir que en los adolescentes, una adecuada información sobre educación sexual, bastante completa, tendría mayor impacto y trascendencia.

Los gastos que representaría la educación preventiva sobre este problema, serían considerablemente inferiores, comparado con los gastos que se utilizarían para dar tratamiento a estas enfermedades.

En lo que respecta al SIDA, por ser hasta ahora una enfermedad todavía incurable, los gastos se ven representados por parte de las conductas que se toman, con el objeto de dar una mejor calidad de vida al paciente, no comparable esto al hecho de que es una enfermedad que irremediablemente conduce a la muerte.

PROPIEDAD DE ...
P. ...

IV. OBJETIVOS

GENERAL

Comparar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), en alumnos de Educación Media, entre estudiantes de la Institución Educativa Pública con los estudiantes de la Institución Educativa Privada.

ESPECIFICOS

1. Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre ETS en estudiantes de educación media de una Institución Pública.
2. Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre ETS en estudiantes de educación media de una Institución Privada.
3. Determinar si la pertenencia a una Institución Educativa Pública o Privada predispone a ser población en riesgo a adquirir ETS.
4. Determinar cuales son las principales fuentes de información, que reciben los estudiantes, sobre ETS.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

1. SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

La sexualidad es un elemento básico de la personalidad; un modo propio de ser, de manifestarse, de comunicarse con los otros, de sentir expresar y vivir el amor humano. La sexualidad envuelve sentimientos y relaciones, no solamente sexo. (7,16,28)

Las prohibiciones culturales respecto a la actividad sexual durante la infancia tiene su incidencia en los años de adolescencia, y la falta de un conocimiento preciso de los hechos significa a menudo que las referencias con que cuenta el adolescente como ser sexual se basan principalmente en conceptos erróneos y mitos. Los interrogantes que surgen del conflicto entre las exigencias biológicas y las culturales no suelen verbalizarse, puesto que el adolescente no se atreve a mostrar su ignorancia o teme la posible respuesta. (16,26)

El aumento en la cantidad de hormonas puberales puede proporcionar el catalizador biológico para la iniciación o persecución de ciertos comportamientos, pero también ejercen una considerable influencia las características individuales como lo son el estado socioeconómico, raza, religiosidad y medios de influencia. (11)

Sorenson identifica varias razones por las que un chico o chica adolescentes puede escoger ser sexualmente activo: por placer físico, como medio de comunicación, para experimentar nuevas sensaciones, como indicación de la maduración personal, como manera de igualarse a sus compañeros, como reto a los padres y a la sociedad, como premio o castigo, como escapada de la soledad o como huida a otras tensiones. Cuando la actividad sexual está motivada principalmente por fuerzas negativas los posibles efectos adversos pueden ser mayores que los habituales. (5,7,16)

Los adolescentes que deciden seguir sus impulsos o sentimientos sexuales suelen ser tachados de dejarse arrastrar por un comportamiento que indica un control de la personalidad poco adaptado. (16,26)

Gadpaille dice que toda actividad sexual que no esté provocada por un auténtico impulso erótico y excitación sexual es indicio de que se está expresando algún conflicto emocional. (5,11)

2. EDUCACION SEXUAL

La educación sexual tiende a crear una conciencia recta de los fenómenos sexuales que han de vincularse a la maduración de la vida humana, a la idea el amor verdadero, a la idea de la familia y de procreación. (7)

Debe de ofrecerse al adolescente todo el apoyo posible

para que se convenza de que lo más adecuado es aquello que escoja personalmente. Los adolescentes son emocionalmente incapaces de manejar por sí mismos sus relaciones sexuales.

El médico se halla en una posición privilegiada para indicar al adolescente la normalidad de las sensaciones y actividades sexuales durante la pubertad y los años posteriores; asimismo, el médico puede proporcionar la información o el consejo adecuado sobre la sexualidad cuando se le pida. Naturalmente, el médico debe tener suficientes conocimientos sobre el tema y debe sentirse cómodo al hablar de él, pues una conversación semejante puede tener efectos muy beneficiosos sobre el adolescente; el consejo médico de este tipo debe ser necesariamente individual para responder a las necesidades y circunstancias de cada adolescente. Las generalizaciones suelen ser más confusas que aclaratorias en muchos casos, mientras que en otros basta con una actitud de interés y apoyo al adolescente. (7,16,28)

3. ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL

En las décadas de 1930 y 1940 las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), tienen una incidencia bastante alta. Desde el advenimiento de la penicilina y el descubrimiento de otros antibióticos los casos fueron disminuyendo. Sin embargo, por el descubrimiento de nuevos métodos diagnósticos como lo son pruebas serológicas, ha venido a demostrar que esta problemática continúa trascendiendo de forma importante.

En todo el mundo el número de casos infectados por ETS, en adolescentes ha incrementado. Esto se debe a varios factores como lo son: comportamiento sexual promiscuo, relaciones sexuales tempranas y variadas, falta de educación sexual, aparición de métodos anticonceptivos modernos que -sustituyen al condón y el aumento de cepas de microorganismos resistentes a antibióticos, principalmente gonococo. (6,10)

Afortunadamente la epidemia de SIDA a venido a motivar a los jóvenes acerca de los cuidados preventivos que se deben de tener, para evitar ETS. Es un signo nefasto para las infecciones por VIH que haya un incremento en la frecuencia de ETS. Es urgente e indispensable que todos los adolescentes sean objeto de una educación intensiva apropiada para su cultura y edad. (13,19)

1. INFECCIONES POR VIH

1.1 Epidemiología: la OMS calcula que en todo el mundo han ocurrido más de 500000 casos de SIDA y 300000 muertes. 5 a 10 millones de personas están infectadas con el VIH-1 en todo el mundo. Existen tres tipos diferentes de virus VIH-1, VIH-2 y virus linfotrópico de la célula T humana (HTLV). Los mecanismos principales de transmisión son: transmisión sexual, transmisión parenteral y la transmisión perinatal. La relación de hombres a mujeres infec-

tadas es de 1:1 aproximadamente. (3,4,8,25)

- a) Transmisión sexual: 75% de las infecciones se deben al VIH-1. La transmisión homosexual ha sido el modo de diseminación más predominante. Algunos individuos se infectan con VIH-1 tras una sola o pocas exposiciones sexuales, en tanto que otros se mantendrán sin infectarse a pesar de centenares de contactos sexuales sin protección. Este dato sugiere que la posibilidad de la infección puede ser afectada de manera considerable por propiedades intrínsecas de la pareja infectada, el virus mismo o la pareja no infectada. Se han documentado una gran relación entre la transmisión de VIH-1 con un antecedente de enfermedades venéreas, como úlceras genitales, y falta de circuncisión.
- b) Transmisión perinatal: puede ocurrir dentro del útero, en el periodo perinatal al momento del parto o después del nacimiento a través de la alimentación al pecho. En un estudio realizado la transmisión perinatal fue mayor en mujeres de muy bajo estado socioeconómico y con infección por VIH-1 sintomática. En países subdesarrollados, como el nuestro, donde no se cuenta con alternativas seguras y eficaces para la alimentación al pecho, la alimentación materna debe seguir siendo el método de alimentación preferible, sea cual sea el estado VIH-1 de la madre. (25)
- c) Transmisión parenteral: incluye transmisión por productos sanguíneos infectados, así como la inyección con agujas o jeringas contaminadas con sangre. Si bien la detección de VIH-1 en donadores de sangre es muy eficaz para prevenir la transmisión del virus, al parecer su eficacia no es de un 100%.

1.2 Fisiopatología: el VIH es miembro de la subfamilia de lentivirus de los retrovirus humanos. Las principales proteínas del VIH se localizan en el virión. Dada la baja concentración de partículas infecciosas de VIH en los líquidos corporales, la transmisión del virus en estado libre parece menos probable que la transmisión por células infectadas. Dichas células representan un problema crítico en los intentos por encontrar una terapéutica antiviral y desarrollar una vacuna. Es probable que sólo el mecanismo de destrucción de células portadoras de VIH lleven a la eliminación de esta infección viral. Las células susceptibles al VIH son: hematopoyéticas (linfocitos T, linfocitos B, macrófagos y promielocitos), cerebro (astrocitos, oligodendrocitos, endotelio capilar y macrófagos), piel (células de Langerhans y fibroblastos), células del carcinoma del colon, epitelio intestinal y epitelio renal. El VIH se une a la membrana celular principalmente por la vía del complejo antígeno CD4. Esto lo hace por medio de la proteína gp 120. La proteína gp41 puede actuar como una proteína de

fusión e interactuar con un receptor celular separado. Así ambas proteínas trabajan en conjunto permitiendo una entrada más eficiente del VIH al interior de la célula. Quizá las células que carecen de CD4 sean infectadas via mecanismo de receptofusión de la gp41. Una vez que el virus entra en la célula, su ARN se libera del centro y, por medio del mecanismo de inversotranscripción produce ADN de doble banda, el cual va al núcleo. En este momento dicho cADN se integra en el cromosoma del huésped donde luego permanecerá como ADN proviral. De esta manera, células infectadas suelen permanecer en un estado latente en el que se produce muy poco o nada de ARN y proteínas virales. La célula puede por lo tanto evitar el sistema inmunitario del huésped quizá por años (una razón potencial para los largos periodos de incubación). De manera alterna, la célula infectada entra en la producción viral activa, en la cual el ADN proviral produce ARN y proteínas virales liberando la progenia infecciosa. De este modo las células infectadas pueden diseminar el virus, o también por la fusión con células no infectadas. Esta última interacción célula a célula es muy importante, ya que permite la transferencia de información viral a una célula no infectada por medio de un mecanismo no afectado por anticuerpos neutralizantes. Los tipos de VIH pueden distinguirse no sólo por sus características moleculares sino también biológicas. El desenlace de la infección por VIH depende, no sólo de la virulencia, sino de la relativa fuerza de respuesta antiviral del huésped. El linfocito B produce anticuerpos contra las principales proteínas estructurales y funcionales del virus. Algunos de estos anticuerpos son capaces de neutralizar al virus. Esta respuesta decrece según empeora el estado clínico. Los anticuerpos neutralizadores no protegen al sujeto una vez que la infección viral ha comenzado. Por lo tanto, las vacunas producidas para inducir estos anticuerpos pueden ser de alguna ayuda para bloquear la infección viral por virus libre, pero no para cambiar el curso de la enfermedad después de que la infección se establece. Esto es muy importante porque las células infectadas por virus son la fuente principal de transmisión y los anticuerpos neutralizadores en tal situación no protegen a un individuo de infección viral. Homsy detectó anticuerpos al VIH que aumentan la infección viral. La observación resulta importante porque para la vacunación con proteínas virales debe tenerse en consideración el potencial para inducir aumento de anticuerpos que no son protectores neutralizantes. Los linfocitos T es la respuesta inmune más efectiva contra infecciones por VIH. Los linfocitos T auxiliares son el blanco principal para el VIH. Las células supresoras o citotóxicas pueden funcionar ya sea suprimiendo la duplicación del virus o eliminando las células infectadas. La supresión por parte de las células CD8+ sólo puede observarse en personas saludables. (3,25)

1.3 Manifestaciones clínicas: todos los individuos mayores de 13 años de edad infectados por el VIH se clasifican en 4 grupos dependiendo de su sintomatología:

- Grupo I. Infección aguda
- Grupo II. Infección asintomática
- Grupo III. Linfadenopatía generalizada
- Grupo IV. Otras manifestaciones
 - a) enfermedad constitucional
 - b) síndromes neurológicos
 - c) infecciones secundarias
 - categoría c1: infecciones indicadoras de SIDA
 - categoría c2: otras enfermedades infecciosas
 - d) neoplasias secundarias asociadas con infecciones por VIH
 - e) otras condiciones

La última de estas etapas se conoce como SIDA.

* Infección aguda por VIH: la mayoría de los individuos que cursan con infección por el VIH desarrollan anticuerpos antivirales las primeras seis semanas de infección, con una variación de dos semanas hasta un año, sin presentar manifestación alguna; sin embargo una minoría (cerca del 10%), experimentalmente, después de tres a seis semanas de la infección, una enfermedad similar a la mononucleosis infecciosa, caracterizada por cefalalgia, fiebre, artralgias, mialgias, manifestaciones orofaríngeas, erupción cutánea maculopapular, dolor abdominal, diarrea, artropatía y esplenomegalia. El cuadro desaparece en forma espontánea en un lapso menor de tres semanas. La aparición de este cuadro depende, entre otras cosas, del tamaño del inóculo: a mayor cantidad de virus recibido, mayor posibilidad de desarrollo de infección aguda. (2,3,25)

* Infección asintomática: individuos que se sabe están infectados por el VIH y no presentan evidencia de la enfermedad; 60% de los pacientes pueden continuar asintomáticos por un lapso de seis años; el resto evoluciona a otras etapas de la infección. (2,23)

* Linfadenopatía generalizada: de 25 a 40% de los individuos afectados asintomáticos llega a esta etapa en los primeros cinco a seis años; pertenecen a este grupo aquellos pacientes presentan adenomegalias en dos o más sitios extrainguinales durante más de un mes. Los ganglios linfáticos más afectados son los cervicales, axilares y occipitales. Miden de 1 a 5 cm, son móviles y tienden a ser dolorosos. 25% de ellos evolucionará a SIDA en un lapso de tres años y 60% lo hará en los siguientes cinco años del inicio de esta etapa.

***Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida:**

Rubros de la clasificación del CDC comprenden al SIDA: enfermedad constitucional, encefalopatía por VIH, infecciones oportunistas y neoplasias asociadas por infección por VIH. Cerca de 70% de los individuos infectados presenta alguna forma de trastorno neuropsiquiátrico; alrededor de 60% desarrolla infecciones oportunistas, un 30% cursa con neoplasias y menos de 10% presenta tanto infecciones oportunistas como neoplasias. (3,25)

- Enfermedad constitucional: se caracteriza por pérdida involuntaria de peso mayor al 10% del peso habitual del individuo, fiebre documentada en forma intermitente o constante durante 30 días o más, cualquiera de las siguientes manifestaciones a) astenia y adinamia crónica, b) diarrea presente durante 30 días o más (definida como 3 o más evacuaciones líquidas al día).
- Encefalopatía por VIH: incluye 1) demencia asociada con SIDA; 2) meningoencefalitis aguda aséptica; 3) meningitis crónica, y 4) trastorno del sistema nervioso periférico. La demencia es la complicación neurológica más común y se presenta en 50 a 70% de los casos. El cuadro se caracteriza por cursar trastornos en las funciones cognoscitivas, motoras y del comportamiento. Las complicaciones del sistema nervioso periférico se presentan en un 15 a 50% de los casos. Estas comprenden polirradiculitis, polineuritis y polineuropatía. También se pueden afectar los pares craneales.
- Infecciones secundarias:
 - Citomegalovirus: 40 a 60% de los pacientes con SIDA y puede tener las siguientes manifestaciones clínicas: retinitis, esofagitis, enterocolitis, neumonitis y enfermedad sistémica.
 - Virus herpes simple: ocasiona lesiones mucocutáneas graves, con duración mayor a un mes, de predominio perianal.
 - Herpes zoster: característicamente afecta dos o más dermatomas.
 - Mycobacterium avium-intracellulare: provoca infección diseminada en un 25 a 50% de los casos, manifestándose como un síndrome emaciante caracterizado por fiebre, malestar, anorexia, pérdida de peso, debilidad, sudoración nocturna y disnea; es poco común que dañe a los pulmones, aunque se localice en ellos.
 - Mycobacterium tuberculosis: existen 2 mecanismos posibles por los cuales la inmunodeficiencia por el VIH aumenta el riesgo de padecer tuberculosis 1) ele-

vando la susceptibilidad a una infección exógena, facilitando que evolucione a una enfermedad clinicamente aparente, o 2) permitiendo la reinfección a partir de un microorganismo previamente adquirido en la vida

- *Cándida albicans*: en general afecta la mucosa profaríngea pudiendo extenderse al esófago donde ocasiona esofagitis con odinofagia grave; asimismo puede extenderse al intestino, donde provoca enterocolitis con diarrea importante.
 - *Cryptococcus neoformans*: la meningitis provocada, va desde una enfermedad fulminante con extensa diseminación extracerebral (sangre, piel, pulmón, hígado, bazo y hueso) hasta un proceso leve con ausencia de signos meníngeos y sólo cefalea y fiebre leves.
 - *Pneumocystis carinii*: 80% de los pacientes con SIDA desarrollan neumonía y en cerca de 60% constituye el cuadro inicial. El cuadro clínico se caracteriza por fiebre, taquipnea, disnea, tos leve o no productiva y estertores. El cuadro típico de la radiografía de tórax revela un infiltrado intersticial bilateral difuso; también pueden existir lesiones neumocísticas, derrame, nódulos, cavidades o neumotórax.
 - *Toxoplasma gondii*: la forma más común de encefalitis focal en un paciente con SIDA es la reactivación de una infección latente por *Toxoplasma gondii*; los síntomas van desde cefalea y fiebre a manifestaciones neurológicas lateralizadas, convulsiones y coma. La tomografía axial computada revela lesiones múltiples, anulares, rodeadas de edema tanto en la corteza como en la región basal.
- Neoplasias:
- Sarcoma de Kaposi (SK): cerca de 30% de los pacientes con SIDA cursa con SK. Puede aparecer al inicio de infección o en la etapa final; habitualmente afecta la piel y mucosas, produciendo lesiones multicéntricas en forma de máculas, pápulas o nódulos ovoides de color rosáceo rojizo o violáceo. Las lesiones cutáneas predominan en el tronco, brazos, cabeza y cuello, mientras que las de las mucosas son más comunes en el paladar duro. Las lesiones tienden a crecer, confluir y tornarse hemorrágicas y necróticas; particularmente las ubicadas en las mucosas. Con frecuencia envían metástasis tempranas a órganos internos, en particular pulmones, hígado, páncreas, suprarrenales, bazo, tubo digestivo y gónadas. Cerca de 50% cursa con metástasis ganglionares. El diagnóstico se establece por biopsia.

- Linfoma: 20% de los pacientes desarrollan linfoma de alto grado de malignidad, generalmente de presentación cerebral.

1.4 Pruebas de laboratorio:

La mayoría de ellas se agrupan en dos tipos básicos:

- a) directo, el cual permite identificar al virus por sus antígenos, su material genético o su aislamiento y caracterización, y b) indirecto, por la detección de anticuerpos anti-VIH en el suero, plasma o LCR. (12,21,23)

-Prueba de Elisa: es un estudio inmunoenzimático que se utiliza para detectar anticuerpos anti-VIH en la sangre del paciente. La reacción entre el antígeno viral y el anticuerpo del paciente proporciona como producto final una reacción con color. Es positivo cuando se obtiene un nivel de color similar o mayor a uno preestablecido como positivo. La muestra se debe obtener antes de que el paciente haya ingerido una comida copiosa o que contenga grasa. El tiempo que se toma para que un individuo se vuelva seropositivo a partir del contagio es de dos a doce semanas, pudiendo tardar hasta doce meses. Este lapso se conoce como ventana, y su importancia radica en que el estudio practicado durante este momento resulta negativo, con las consecuencias consiguientes. El momento en que el individuo se vuelve seropositivo se conoce como seroconversión.

-Pruebas confirmatorias: el propósito de estas pruebas es diferenciar los falsos positivos de los verdaderamente infectados por VIH. Estas son: inmunofluorescencia indirecta (IFA), Western blot (WB) y cultivo de VIH. WB proporciona un perfil de anticuerpos presentes en la muestra de sangre estudiada. Por ello se le considera como el indicador más confiable.

1.5 Manejo del paciente con VIH

Incluye dos clases de medidas terapéuticas: las que están dirigidas contra el agente causal y la inmunodeficiencia y las que tienen por objeto controlar las complicaciones secundarias (infecciones y neoplasias). (3,25)

2. SIFILIS

2.1 Etiología: el agente causal de la sífilis es el *Treponema pallidum* subespecie *pallidum* miembro de la familia de *Spirochaetaceae*.

2.2 Mecanismo de transmisión: principalmente es una enfermedad transmitida sexualmente. Aproximadamente un tercio de los individuos adquieren la enfermedad al tener relaciones sexuales con una persona infectada. Otras

formas de transmisión incluyen transfusiones con sangre infectada y transmisión perinatal.

2.3 Historia natural de la enfermedad: la formación de la lesión primaria de la sífilis, el chancro, sigue directamente a la inoculación del *Treponema pallidum* un proceso que puede incrementarse por la presencia de abrasiones microscópicas en los tegumentos afectados. El periodo de incubación, desde la exposición hasta la formación del chancro es inversamente relacionado, al tamaño del inóculo, siendo de 10 a 90 días, y la cicatrización espontánea de la lesión ocurre de 3 a 6 semanas después de su aparición. La diseminación sistémica de las espiroquetas se da durante el estado primario, y en 60 a 90% de los pacientes se desarrolla clínicamente la sífilis secundaria. Estas manifestaciones típicamente ocurren de 4 a 10 semanas después del desarrollo de la sífilis primaria. Como ocurre en la sífilis primaria, las manifestaciones clínicas de la sífilis secundaria sin tratamiento resuelven espontáneamente de 8 a 12 semanas, aunque estas pueden recurrir. Después de la sífilis secundaria, pacientes no tratados manifiestan un periodo de latencia, durante el cual no existen hallazgos clínicos aparentes. La sífilis latente puede ser dividida en temprana (menos de 1 año de duración) y tardía (sífilis con más de un año de duración o de duración desconocida). Los pacientes con sífilis latente temprana pueden desarrollar manifestaciones recurrentes secundarias y más aún son potencialmente infecciosos. Sin tratamiento acerca de un tercio de los pacientes desarrollan sífilis terciaria, la cual se puede manifestar como sífilis gomosa (15%), sífilis cardiovascular (10%) o neurosífilis (8 a 10%). Esta surge generalmente después de 10 a 30 años, de la adquisición de la enfermedad. (2,12,14,20)

2.4 Manifestaciones Clínicas y diagnóstico diferencial: la clasificación por estados es usada como una guía para el tratamiento o como indicador de la duración de la enfermedad, por lo tanto, infectividad. (14,21)

a) Sífilis primaria: es definida por la presencia de un chancro que puede ocurrir en cualquier sitio de lesión por contacto. Clásicamente es una lesión limpia con bordes levantados, bien definidos, solitaria, no dolorosa y con base indurada. Está usualmente asociada a adenopatía regional, la cual puede ser unilateral o bilateral. No todos los pacientes con sífilis primaria tienen chancro típico y no todos los pacientes con un típico chancro tienen sífilis. El diagnóstico diferencial es amplio. Se incluyen todas las lesiones causadas por virus herpes simple, *Hemophilus ducreyii*, estreptococo, estafilococo, *Cándida albicans*, *Clamidia trachomatis*.

- b) Sifilis secundaria: las manifestaciones incluyen mialgias, artralgiás, decaimiento. Generalmente se pueden demostrar nódulos linfáticos agrandados moderadamente los cuales son indoloros. La característica más prominente de la sifilis secundaria es el rash (presente de 75 a 100%), que típicamente es una lesión maculopapular, no prurítica, que afecta el tronco y las extremidades incluyendo las palmas de las manos y las plantas de los pies. El rash puede ser alternativamente postular, nodular, eczematoso o en forma de placas. Otras características cutáneas de la sifilis secundaria incluyen condiloma lata (10 a 20%) o parches mucosos que ocurren en la boca u otras membranas mucosas (6 a 30%). Estas lesiones son infecciosas, y gran número de espiroquetas pueden ser obtenidas por distintos métodos para visualizarlas con examen microscópico de campo oscuro. Manifestaciones oculares de sifilis secundaria son iritis, uveítis o conjuntivitis. El diagnóstico diferencial se tiene que hacer con pitiriasis rosa, tiña versicolor, eritema multiforme, exantemas virales, psoriasis y síndrome de Stevens-Johnson. (14,20,23)
- c) Sifilis latente: es caracterizada por reacciones serológicas para el *Treponema pallidum* en ausencia de hallazgos clínicos. El diagnóstico diferencial se hace con pacientes quienes no han recibido tratamiento contra otras enfermedades treponémicas, para pacientes que no concluyeron diagnóstico y tratamiento para sifilis y pacientes con test serológicos para sifilis, falsos positivos. Se puede considerar una reacción cruzada entre sifilis y otras treponemosis no sifilíticas. (2,14,21)
- d) Sifilis terciaria: ocurre la lesión inflamatoria crónica llamada lesión gomosa que suele manifestarse en la piel, tejido subcutáneo o huesos, aunque puede ocurrir en cualquier sitio. La lesión gomosa de la piel o tejido subcutáneo tiende a ocurrir en las extremidades, principalmente en las regiones de trauma, y también sobre las áreas de la cabeza y el cuello. Las lesiones óseas son más comunes en la tibia, clavícula y cráneo. Los síntomas de la enfermedad gomosa son debidos a efecto de masa en el sitio de apareamiento. Lesiones óseas, causan dolor, lesiones hepáticas pueden causar fallo hepático. El diagnóstico diferencial incluyen patologías que causen efecto de masa como lo son tuberculosis, sarcoidosis o lesiones malignas. La penicilina ha venido a resolver la lesión gomosa y sus complicaciones. Las otras de manifestación de sifilis terciaria son la sifilis cardiovascular, que se manifiesta comúnmente como aneurisma aórtico (40%), regurgitación aórtica (29%) y la neurosifilis. (2,12,14)

2.5 Laboratorios diagnósticos: por método de campo obscuro microscopía se reconocen la característica morfológica espiral y el movimiento en horquilla que tiene en *Treponema pallidum*. La mejor muestra para realizar este examen es la que se obtiene de la base de las lesiones limpiando previamente con solución salina y una gasa limpia. Los test serológicos para sífilis son clasificados en:

- Los test no treponémicos los cuales usan antígenos como colesterol, lecitina y cardiolipina para que tengan reacción cruzada con los anticuerpos presentes en el suero de los pacientes con sífilis. Entre éstas se encuentran el VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) y RPR (Rapid Plasma Reagin). Estas pruebas reaccionan acerca de 4 a 7 días después de la aparición de las lesiones. No reaccionan en 13 a 41% de los pacientes que presentan sífilis primaria y reaccionan casi siempre en los pacientes con sífilis secundaria. Los títulos de anticuerpos usualmente tienen un pico durante los estados secundario y latente temprano. Una desventaja de estos test, es el número de falsos positivos, que pueden ocurrir en pacientes con neumonías, paludismo, tuberculosis, sarampión, mujeres embarazadas, personas que reciben drogas intravenosas, enfermedades de tejido conectivo, ancianos, enfermedades hepáticas crónicas, entre otras.
- Pruebas serológicas treponémicas: se utilizan para confirmar el diagnóstico. Entre ellas están el FTA-ABS (fluorescent-treponemal antibody-absorbed test) y MHA-TP (microhemagglutination-T. pallidum test). Estos sirven para detectar anticuerpos específicos contra *T. pallidum*. Para pacientes con sospecha de sífilis primaria el FTA-ABS es necesario cuando el RPR es negativo. En muchos pacientes las pruebas serológicas treponémicas permanecen positivas por tiempo indefinido después de la infección, no importando si han recibido tratamiento. (14,20,21,23)

2.6 Tratamiento:

a) Para las sífilis primaria, secundaria y latente temprana:

- penicilina benzatinica 2.4 millones de unidades IM en dos inyecciones separadas. Para pacientes alérgicos:
- doxiciclina 100 mgs. PO bid por 14 días, ó
- tetraciclina 500 mgs. PO qid por 14 días

b) Sífilis latente tardía o de duración desconocida:

- Penicilina benzatinica 7.2 millones de unidades administrando 2.4 millones de unidades semanalmente por tres dosis. Pacientes alérgicos:

-doxiciclina 100 mgs. PO qid por 28 días, ó

-tetraciclina 500 mgs. PO qid por 28 días

Siguiendo la iniciación de la terapia para sífilis temprana, algunos pacientes presentan reacciones de Jarisch-Herxheimer. Esta es una reacción autolimitada caracterizada por mialgias, artralgias, jaqueca, fiebre e hipotensión corporal que generalmente abaten espontáneamente de 12 a 24 horas. En pacientes con sífilis secundaria el rash puede ser más pronunciado durante esta reacción. Sólo necesita tratamiento sintomático con soluciones y aspirina. (2,14)

2.7 Seguimiento: es recomendable hacer pruebas serológicas de seguimiento a los 3, 6 y 12 meses después del tratamiento. Una respuesta adecuada a la terapia es definida cuando los títulos de anticuerpos van disminuyendo o cuando se reduce 2 veces la dilución que se obtuvo antes de iniciar el tratamiento. El fallo en el tratamiento hay que considerarlo cuando aumentan los títulos de anticuerpos o no se le ha dado tratamiento a la pareja sexual. (14)

3. GONORREA

Enfermedad transmitida por la Neisseria gonorrhoeae, diplococo Gram negativo, del cual los humanos son los únicos huéspedes.

3.1 Epidemiología: es el mejor indicador de un comportamiento sexual inseguro y acompañante de riesgo en la infección por VIH. Van a adquirir la enfermedad 20 a 40% de los hombres que tienen relación con una mujer infectada y 60 a 90% de las mujeres que tienen relación sexual con un hombre infectado. El cervix es simplemente mucho más grande y un blanco más accesible para la eyacuación y la descarga uretral del hombre. En adición el gonococo puede unirse al esperma teniendo un vehículo libre en su nuevo hospederio, el tracto genital de la mujer. (2,15)

3.2 Manifestaciones clínicas: la N. gonorrhoeae es capaz de infectar y colonizar amplias filas de epitelio transicional o columnar de membranas mucosas.

-Mujeres: descarga vaginal, dispareunia, metrorragia y dolor abdominal bajo. Sólomente 10 a 20% tienen una descarga endocervical obviamente mucopurulenta. 60 a 70% de las mujeres son sintomáticas. Algunas mujeres no tratadas probablemente puedan permanecer asintomáticas e infectantes por unos cuantos meses antes de que una respuesta inmunológica curativa sea generada. La salpingitis gonocócica ocurre en periodos tempranos de la infección y durante pocos días después de la menstruación.

-Hombres: en hombres en quienes desarrollan descarga, el periodo de incubación va de 2 a 5 días; sin embargo, periodos tan largos como de 3 meses han sido notificados. Signos y síntomas de uretritis inician en 2 semanas. Es durante este tiempo que complicaciones como uretritis posterior o epididimitis suelen ocurrir con más frecuencia. Después de esto viene la resolución; la descarga pasa a ser de purulenta a mucosa y puede ser difícil distinguirla, excepto por las mañanas. La descarga uretral causada por uretritis gonocócica aguda suele ser purulenta en 75% de los casos, blanca u oscura en 20% y clara o mucosa en 5%. La micción es alterada en calidad y cantidad la cual va temporalmente a eliminar cualquier signo de descarga in 57%. 95 a 99% de los hombres con gonorrea uretral manifiestan algún tiempo, descarga. La epididimitis en el hombre es la contraparte de salpingitis, pero ocurre con menos frecuencia, probablemente debido a la dificultad del gonococo para atravesar la larga uretra y el tratamiento temprano que se obtiene por los signos sintomáticos de uretritis. (2,15,21,23)

3.3 Diagnóstico: la tinción de Gram ha sido el método más utilizado. Sin embargo en los lugares donde no se cuenta con equipo suficiente puede ser utilizado el azul de metileno. La tinción de Gram es eficaz para el diagnóstico de uretritis gonocócica sintomática, con una sensibilidad de 98% en los hombres. El sitio de elección para la obtención de una muestra en mujeres es el endocervix. Sin embargo la tinción de Gram es insensible en 30 a 60% de los casos. En estos casos el medio de cultivo tiene una sensibilidad de 85 a 95%. El medio de cultivo de elección es Thayer-Martin modificado. (2,12,15)

3.4 Tratamiento: para infecciones uretrales, endocervicales y anorrectales no complicadas las dosis simples de antibióticos han tenido mayor consideración.

-penicilina G procainica 4.8 millones de unidades IM, en dos dosis divididas.

-ceftriaxone 125 mgs IM única dosis; si falla se administran 250 mgs IM única dosis. Para pacientes que no la puedan recibir:

-espectinomocina 2 grs. IM única dosis

-tetraciclina 500 mgs. PO qid por 7 días

-Norfloxacin 800 mgs. ciprofloxacina 500 mgs. 1 dosis.

4. VIRUS HERPES SIMPLE

4.1 Etiología: virus herpes simple tipo 1 y 2 son miembros de la familia de herpes virus humanos. Son ADN virus. La infección en los humanos afecta los sitios mucocutáneos y los núcleos neurales de los ganglios sensoriales. Varios estudios han demostrado que después de un episodio primario de infección por herpes virus tiende a haber un

80% de recurrencias con virus herpes simple tipo 2 (HSV2) y 50% con virus herpes simple tipo 1 (HSV1) y el número medio de recurrencias en el primer año es de 4 veces mayor con el HSV2 que con el HSV1 (4 vrs 1 recurrencia por año respectivamente). El primer episodio de infección genital por HSV2 es menos severo en personas con infección pasada por HSV1. (18,20)

4.2 Epidemiología: el incremento en la incidencia probablemente resulta por el incremento en el número de parejas sexuales y actividad sexual temprana. Estudios recientes han estimado un riesgo anual de transmisión de herpes genital acerca de 10% en parejas, en las cuales uno de los dos sabe que tiene infección genital.

4.3 Manifestaciones clínicas:

a) Primer episodio de herpes genital: múltiples lesiones bilaterales, dolor o disuria moderada a severa, parestesia sacra, linfadenopatía inguinal y síntomas sistémicos como fiebre o decaimiento. Las lesiones inician como vesículas o pústulas, progresando a la formación de úlceras, encostrándose y cicatrizando. Las pústulas tienden a coalescer para formar grandes áreas de ulceración. Profundas úlceras necróticas pueden ser formadas. Sin tratamiento se forman más lesiones en la segunda semana cicatrizando todas al final de la tercera semana de padecimiento. HSV2 es aislado en 75 a 90% de los primeros episodios y 99% de los subsecuentes. El primer episodio de herpes genital tiende a ser más severo en mujeres que en hombres. Entre las complicaciones están la disuria y las lesiones extragenitales que ocurren más frecuentemente en mujeres que en hombres (26% vrs 8%) y típicamente aparecen en la segunda semana de padecimiento cuando se adquieren por autoinoculación de lesiones genitales

b) Herpes genital recurrente: aproximadamente un 50% de los episodios son precedidos por un prodromo. Puede preceder a las lesiones por menos de una hora a 1 o 2 días y es descrito como sensación de hormigueo, dolor en los glúteos o moderada picazón o dolor. Las lesiones tienden a ser unilaterales y bien localizadas. Las vesículas son más comunes que las pústulas y las úlceras necróticas profundas ocurren raramente. Aparecen alrededor de 5 a 7 lesiones y el de nuevas ocurre en 30 a 40% de los casos. La duración media de la diseminación viral es de 4 días y la cicatrización ocurre aproximadamente en 10 días. Las complicaciones son raras. (2,12,18)

4.4 Diagnóstico: herpes genital debe ser diferenciado en cualquier persona que presente vesículas genitales, pústulas o úlceras, particularmente si son recurrentes.

El cultivo del virus es la prueba más sensible y específica para la infección del HSV mucocutáneo. Es positivo aproximadamente en el 90% de las vesículas y pústulas pero solamente 30% para las lesiones costrosas. Alternativas diagnósticas incluyen citología por papanicolau o tinción de Tzanck, antígenos virales o detección de ADN.

- 4.5 Terapia antiviral: el tratamiento está dirigido para acortar el curso de la enfermedad, para disminuir la severidad y suprimir las recurrencias, tanto en pacientes normales como en inmunosupresos. Para el tratamiento del primer episodio de herpes genital es aciclovir 200 mgs. cinco veces al día por 10 días. Esto reduce la duración de la diseminación por 8 días, la duración del dolor por 4 días y el tiempo de cicatrización por una semana. Para el herpes genital recurrente se administran 200 mgs. de aciclovir 5 veces al día por 5 días. Los pacientes quienes tienen frecuentemente recurrencias de herpes genital se puede emplear una terapia supresiva con aciclovir, administrando 400 mgs bid por un año. (18,23)

5. PAPILOMATOSIS

- 5.1 Biología y patogénesis: el Papilomavirus Humano (HPV), a hiperplasia de células basales. La formación de partículas virales completas ocurren sólo y completamente en las células diferenciadas de las capas superiores de la epidermis. Esta es la mayor limitación que se tiene para poder hacer que se desarrolle el virus en un medio de cultivo. De los 60 tipos de HPV que se han identificado, 20 de ellos se han asociado con infecciones del tracto genital. Estos incluyen HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 39, 41 al 45, 51 al 56 y 59. Pueden ser ADN ó ARN virus. particularmente los tipos 16 y 18 se han visto asociados con el desarrollo de cáncer del tracto genital y anal. Los condilomas visibles son usualmente asociados con los tipos 6 y 11 de HPV. El intervalo entre la exposición y la detección del condiloma se ha reportado que es entre 3 semanas a 8 meses. En el embarazo, particularmente en los últimos meses, los condilomas tienden a aumentar de tamaño. La transmisión vertical se ha visto implicada en el desarrollo de papilomatosis laríngea juvenil, un raro tumor que viene a manifestarse clínicamente a los 4 años de edad. (2,17)
- 5.2 Manifestaciones clínicas: el condiloma acuminado es la manifestación de infección del tracto genital por HPV más reconocida. Otras manifestaciones vulvares o peneales de ésta infección, las cuales son claramente visibles con la magnificación por medio de colposcopia o lentes de mano. son máculas eritematosas o pigmentadas y pápulas planas. A éstas lesiones comunmente se les refiere como pápulas sésiles o condilomas aplanados. También pueden aparecer múltiples pequeñas proyecciones vellosas o papilares en la vagina o labios genitales. (12,17)

- 5.3 Diagnóstico: se necesita de un cuidadoso examen clínico. Los métodos para la detección para las infecciones genitales por HPV están en fase de desarrollo. Las pruebas que ofrecen más promesas son el blot de hibridación y la reacción de polimerasa en cadena. El Southern blot es un análisis importante para confirmar el tipo específico de HPV. Por otra parte, el microscopio de luz es útil para determinar la severidad del daño epitelial.
- 5.4 Tratamiento: el tratamiento destructivo de las verrugas genitales sigue siendo el método más empleado. Entre estos están las quemaduras con rayos laser (diatermia), congelamiento con nitrógeno líquido (crioterapia), la destrucción con ácido tricloroacético o podofilina y la coagulación con calor (electrocauterio). Con todos estos métodos se han reportado moderados o grandes grados de recurrencia. La podofilina parece ser menos efectiva que el ácido tricloroacético, crioterapia o electrocauterio. A causa de que la podofilina contiene una gran variedad de tóxicos, no útiles para el tratamiento de las verrugas, una fórmula purificada, podofilox, puede restituirla. La podofilina puede provocar reacciones sistémicas severas, por lo cual debe usarse sólo en verrugas externas y ser evitada durante el embarazo. El 5 fluoraciilo, en crema, es considerado como el tratamiento de elección para las mujeres con múltiples verrugas vaginales. Para evitar la vulvitis química las mujeres se tienen que aplicar jalea de petróleo en las áreas vulvar y perianal.
- 5.5 Pronóstico: la recurrencia de verrugas después del tratamiento pueden ser causadas por el desarrollo de otras lesiones o por el crecimiento de colonias en sitios donde no se había instaurado el tratamiento o eran no visibles.

6. LINFOGRANULOMA VENEREO

Es una enfermedad sistémica que inicia en el sitio de la inoculación, usualmente los órganos genitales y se disemina por vía linfática. El organismo infectante es la *Chlamydia trachomatis*.

- 6.1 Patofisiología: los serotipos de *C. trachomatis* que son asociados con linfogranuloma venéreo (LGV), son L1, L2 y L3. La enfermedad también es llamada linfopatía venérea o Enfermedad de Durand-Nicolas-Farrel. Es una enfermedad transmitida sexualmente, sin embargo, contacto con secreciones infectadas pueden ser un mecanismo de infección. La infección perinatal ocurre durante el proceso de nacimiento, adquiriendo la infección el neonato cuando pasa a través del canal cervical. Es una enfermedad crónica que se da principalmente en climas tropicales. A parte de tener una diseminación sistémica, por vía linfática, como se mencionó anteriormente, puede extenderse al tejido adyacente por continuidad. La infiltración masiva de leu-

cocitos polimorfonucleares en los nódulos linfáticos necróticos conlleva a la formación de abscesos. Los abscesos pueden sufrir ruptura, provocando fistulas y tractos sinosos. La cicatrización de los tejidos produce fibrosis resultando la obstrucción de vasos linfáticos submucosos y subcutáneos. La fibrosis severa disminuye la circulación de la linfa, especialmente en la dermis causando necrosis del tejido y úlceras. (2,9,12)

6.2 Manifestaciones clínicas: es caracterizada por un estado primario, un estado secundario (síndrome inguinal) y un estado terciario (síndrome anogenitorrectal). En el estado primario la presentación más común es la úlcera herpetiforme. Esta lesión aparece en el sitio de la inoculación con un periodo de incubación aproximado de 3 a 12 días. En las mujeres la lesión es poco llamativa y puede ser no detectable. La cicatrización espontánea ocurre rápidamente. En las mujeres las lesiones se encuentran más frecuentemente en la pared posterior de la vagina, el labio posterior del cérvix y la vulva. La afectación uretral produce descarga purulenta y disuria. El estado secundario es marcado por la inflamación de los nódulos linfáticos inguinales y femorales. Ocurre en dos tercios de los casos y principalmente es unilateral. Pueden ser grandes, firmes, dolorosos, formando el llamado bubón. El nódulo puede supurar, drenando material purulento del cual se puede aislar la *C. trachomatis*. Estos pacientes pueden tener fiebre. La ruptura de los nódulos linfáticos produce reducción del dolor y defervescencia. La bacteria puede diseminarse por vía hematológica y ser extraída del corriente sanguíneo o líquido cefalorraquídeo. La enfermedad sistémica principalmente se desarrolla después del estado secundario. El estado terciario es caracterizado por proctocolitis asociada a fiebre, dolor rectal y estreñimiento. Los signos tempranos de este estado son prurito anal y descarga rectal mucosa. Ocurre fibrosis en la pared anal, con estructuras fibróticas que producen obstrucción parcial o completa. Los pacientes pueden referir que el calibre de las heces es delgado. Un examen rectogenital puede demostrar la presencia de una masa adyacente en el ano, que refleja la presencia de tejido de granulación y que están comprometidos nódulos linfáticos. La infección de la vulva ocasiona edema y fibrosis. Las pacientes pueden desarrollar estenosis de la uretra y vagina y formar fistulas. Puede ocurrir autoinoculación de la conjuntiva, provocando conjuntivitis folicular. *C. trachomatis* fue encontrada en la vesícula biliar de pacientes con colecistitis crónica desarrollando adhesiones a la cápsula del hígado y pared abdominal (síndrome de Fitz-Hugh-Curtis). (9,21,23)

6.3 Diagnóstico: es basado en pruebas serológicas, cultivo e identificación histológica de la bacteria. La prueba de fijación de complemento es sensible en etapas tempranas de la enfermedad. Se provoca una reacción cruzada con

todos los tipos de Clamydias. Titulos mayores de 1:64 son considerados como positivos.

- 6.4 Tratamiento: tetraciclina 500 mgs. PD qid por 14 días o cloranfenicol 500 mgs. PD qid por 14 días. Eritromicina puede ser utilizada durante el embarazo administrando 500 mgs. qid por 14 días.

7. CHANCROIDE

Es una enfermedad transmitida sexualmente, causada por un microorganismo Gram negativo, bacilo anaerobio facultativo, Haemophilus ducreyi. La enfermedad es más prevalente en hombres; sin embargo, las mujeres prostitutas son un reservorio para el microorganismo.

- 7.1 Manifestaciones clínicas: el periodo de incubación es de 4 a 7 días después de la exposición. La mujer infectada puede manifestar dolor al orinar y defecar, dispareunia o incremento en la descarga vaginal. La lesión, chancro, aparece como pápula con margen eritematoso. El centro de ésta se erosiona formando una úlcera en aproximadamente 48 horas. La base de la úlcera es de características necróticas y de color gris sucio. La lesión puede permanecer pustular llamándosele chancro enano. Un tercio de los pacientes con chancro desarrollan múltiples lesiones. En mujeres las lesiones son encontradas, con más frecuencia en los labios, vestibulo, y clítoris. 50% de los pacientes infectados desarrollan linfadenopatía inguinal, principalmente unilateral. Estos nódulos linfáticos pueden volverse bubones que se rompen espontáneamente y causan nuevas úlceras adyacentes. (2,9,12)

- 7.2 Diagnóstico: historia completa y buen examen clínico. En una tinción de Gram se observa el H. ducreyi como cocobacilo Gram negativo, el cual puede ser intra o extracelular, encontrándose con más frecuencia esta última. La muestra que se debe de obtener para realizar esta prueba, debe ser tomada de la base de un chancro limpio. El microorganismo puede ser cultivado en medios como agar de Muller-Hinton o agar gonocócico.

- 7.3 Tratamiento: se basa en medidas locales y sistémicas. La aplicación local de acetato de aluminio, diluida, puede ser útil. Eritromicina 500 mgs. qid por 7 a 10 días; trimetoprim-sulfametoxazol, 160 mgs. de sulfametoxazol y 800 mgs de trimetoprim cada 12 horas por 7 a 10 días; rifampicina 600 mgs. una vez al día por 3 dosis. (2,9)

8. GRANULOMA INGUINAL

También llamada Donovanosis, es una enfermedad crónica contagiosa, progresivamente destructiva. El agente etiológico es Calymmatobacterium granulomatis, bacteria Gram negativa encapsulada. Cuando el microorganismo se encuentra en las

células polimormonucleares o en tejidos, aparece encapsulada o formando vesículas llamadas cuerpos de Donovan. Es considerada un enfermedad medianamente infecciosa. Se necesita de varias exposiciones, en la mayoría de casos, para adquirir la infección. (9,12)

8.1 Manifestaciones clínicas: el periodo de incubación va de 8 a 10 días. La manifestación inicial es una pápula con centro necrótico. Luego se forma rápidamente una úlcera granulomatosa, la cual puede aparecer en la vulva, perineo, vagina o cérvix. Las lesiones por autoinoculación pueden ser comunes. Las úlceras pueden ser confluentes formando grandes lesiones. La bacteria se infiltra a los tejidos adyacentes, particularmente en el área inguinal, produciendo pseudobubones, que imita los causados por otras ETS. Luego se necrosan las úlceras. La cicatrización progresa lentamente tomando, pudiendo ser de meses o años, finalmente produciendo fibrosis. El granuloma inguinal puede ser dividido en tres etapas. La etapa exuberante, en la cual, se desarrolla el crecimiento del tejido de granulación; la etapa ulcerativa donde se forman las úlceras que tienden a necrosarse, las cuales se pueden sobreinfectar asociándose con mal olor y, la etapa de cicatrización la cual produce fibrosis, despigmentación, formación de queloides, elefantiasis y estenosis de la vagina u orificio anal. (2,9,20)

8.2 Diagnóstico: por medio de la identificación de los cuerpos de Donovan o preparaciones histológicas. Las tinciones de Wright o Giemsa demuestran grupos de cuerpos de Donovan con microorganismos blancos o azules.

8.3 Tratamiento: el tratamiento de elección es tetraciclina, administrada oralmente, cada 6 horas por 21 días. Otros tratamientos son ampicilina 500 mgs. cada 6 horas por 12 semanas y eritromicina. Estos dos últimos, son útiles durante el embarazo. La vulvectomía es reservada para los casos resistentes al tratamiento convencional.

D. MEDIDAS PREVENTIVAS

La única forma eficaz para prevenir la adquisición de ETS es abstenerse de toda forma de contacto sexual.

Para reducir el riesgo a ETS, aquellas personas sexualmente activas deberán:

1. Evitar las parejas múltiples, las parejas anónimas, las prostitutas y otras personas con parejas múltiples

2. Evitar el contacto sexual con personas que padecen de secreción vaginal, verrugas genitales u otras lesiones sospechosas, o evidencia de laboratorio de infección por VIH o antígeno de superficie.
3. Evitar el contacto oral-anal para prevenir infecciones entéricas.
4. Evitar el contacto genital con lesiones herpéticas orales.
5. Usar condones y diafragmas en combinación con espermicidas.
6. Hacerse examinar en forma periódica para buscar agentes y síndromes de transmisión sexual, si tiene un riesgo elevado para adquirir ETS. (6)

E. ESTUDIOS REALIZADOS

Estudios realizados en los Estados Unidos han demostrado que el 76% de las mujeres estudiantes y 47% de los hombres, han tenido contacto sexual antes de cumplir los 16 años. De estos, 19% de las mujeres y 48% de los hombres tienen relaciones sexuales a menudo. Los investigadores atribuyen que esto se debe a la falta de educación sexual o al retraso de la iniciación de la misma, en los jóvenes estudiantes. (5)

Otro estudio demostró que 61% de los hombres y 48% de las mujeres, todos ellos estudiantes de educación media, tienen relaciones sexuales seguidamente. De estos estudiantes 77% de los hombres y 77% de las mujeres usan métodos anticonceptivos, pero sólo 50% y 40% de los hombres y mujeres, respectivamente, usaron condón. Esto significa que los jóvenes estudiantes, por las características en el comportamiento sexual que tienen, son propensos a adquirir ETS. (28)

En Guatemala se realizaron dos estudios. Uno de ellos hecho con estudiantes adolescentes de un plantel educativo y otro con adolescentes de un orfanatorio. Se evidenció que 27% de los estudiantes, en comparación con 50% de los jóvenes del orfanatorio, ya habían tenido relaciones sexuales. De ellos el 77% eran hombres y 23% mujeres en la institución educativa; en el orfanatorio 60% eran hombres y 40% mujeres. 6% y 54% de los adolescentes del instituto y orfanatorio respectivamente, son promiscuos. La edad en que tuvieron, ambos grupos, la primera experiencia sexual fué, en promedio, de 15 a 16 años. (1,24)

Esto nos demuestra que el estado socioeconómico y el medio en que los jóvenes se desenvuelven, son factores que influyen de manera importante, en el desarrollo de su sexualidad.

VI. METODOLOGIA

1. Tipo de Estudio: el presente estudio es clasificado como descriptivo y comparativo.
2. Criterios de Inclusión y Exclusión:
 - Inclusión: alumnos adolescentes de primero a tercero básico del Instituto Público Mixto Clemente Marroquin Rojas y Colegio Mixto Privado Capouilliez.
 - Exclusión: se excluyeron a todos los alumnos que no cumplieron con los criterios antes descritos.
3. Muestra: se tomó una muestra de 150 alumnos de la institución educativa pública y 150 alumnos de la institución educativa privada seleccionados por método de muestreo no probabilístico por cuota.
4. Variables:
 - Clase de Institución Educativa (pública o privada).
 - Sexo: masculino y femenino.
 - Edad: tomando como adolescencia edad entre 13 y 18 años.
 - Escolaridad de la población: educación media.
 - Población a estudiar: 300 alumnos.
 - Estado civil: soltero, casado y unido.
 - Conocimientos sobre ETS.
 - Actitudes tomadas ante situaciones de este tipo.
 - Práctica sexual.
 - Fuentes de información sobre ETS.
5. Definición de variables:
 - INSTITUCION EDUCATIVA:
 - Definición conceptual: organización fundamental de una sociedad que tiene como función desarrollar las facultades intelectuales y morales de los seres humanos.
 - Definición operacional: se le solicitó al estudiante que en la parte superior derecha de la boleta de recolección de datos escribiera el nombre de la institución a la cual pertenece.
 - Escala de medición: nominal, pública o privada.
 - SEXO:
 - Definición conceptual: condición orgánica que distingue al macho de la hembra, en los seres humanos, animales y plantas, dentro de su mismo grupo.
 - Definición operacional: respuesta directa a la pregunta específica de la boleta de recolección de datos.
 - Escala de medición: nominal, masculino o femenino.

-EDAD:

- Definición conceptual: tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha en que se realiza la entrevista.
- Definición operacional: respuesta directa a la pregunta específica de la boleta de recolección de datos.
- Escala de medición: nominal, en años.

-ESTADO CIVIL:

- Definición conceptual: condición en la que se encuentra determinado sujeto con respecto a su libertad de elección marital.
- Definición operacional: respuesta directa a la pregunta específica de la boleta de recolección de datos.
- Escala de medición: nominal, soltero, casado y unido.

-CONOCIMIENTO:

- Definición conceptual: aprehención del objeto por el sujeto mediante una representación, o sea, adquisición de la noción de las cosas mediante el ejercicio del entendimiento.
- Definición operacional: respuestas directas a las preguntas de la boleta de recolección de datos.
- Escala de medición: nominal, deficiente, malo, regular, satisfactorio y bueno.

-ACTITUD:

- Definición conceptual: disposición psíquica específica hacia una experiencia reciente mediante la cual ésta es modificada, o sea, estado de preparación para cierto tipo de actividad.
- Definición operacional: de acuerdo a la información obtenida en la boleta de recolección de datos.
- Escala de medición: nominal, de acuerdo a las respuestas dadas en la boleta de recolección de datos.

-PRACTICA SEXUAL:

- Definición conceptual: forma en la cual una persona se relaciona sexualmente con otra.
- Definición operacional: respuestas directas a las preguntas de la boleta de recolección de datos.
- Escala de medición: nominal, de acuerdo a las respuestas dadas en la boleta de recolección de datos.

-FUENTE DE INFORMACION:

- Definición conceptual: medios de comunicación donde se adquieren los conocimientos que permiten ampliar o precisar los que se poseen sobre una materia determinada.

- Definición operacional: respuestas directas a las preguntas de la boleta de recolección de datos.
- Escala de medición: nominal, de acuerdo a las respuestas dadas a las preguntas de la boleta de recolección de datos.

6. Recursos:

- Económicos: se hizo un gasto aproximado de Q182.00 para la reproducción de 330 fotocopias de la boleta de recolección de datos.
- Físicos: -Aulas de 2 instituciones de educación media.
 - Boleta de recolección de datos.
 - Libros y revistas consultadas para revisión bibliográfica.
 - Materiales y equipo de escritorio.
 - Computadora.
- Humanos: -Estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas con pensum cerrado.

7. Ejecución del Estudio:

Previo autorización de los Directores y Docentes de los planteles educativos, se dió una plática a los alumnos, para explicarles porqué se necesitaba saber la información, con el fin de que ellos tuvieran claro que lo que respondieran, en la boleta de recolección de datos, iba a ser útil para su beneficio.

Por método de muestreo no probabilístico por cuota se procedió a encuestar por medio de la boleta de recolección de datos a los 300 alumnos.

La boleta es de carácter individual y anónima. El diseño de la misma fue hecha en base a los siguientes criterios:

- a) El contenido trata sobre generalidades sobre ETS de acuerdo al nivel académico de los estudiantes.
- b) Primera parte dirigida a obtener datos generales de los alumnos.
- c) Segunda parte preguntas sobre conocimientos de ETS con respuesta de selección múltiple, con un total de 20 preguntas, con un valor de 5 puntos cada una, completando 100 puntos. Dependiendo del puntaje cada estudiante fue clasificado de la siguiente manera:

Deficiente: 0-20 puntos.
Malo: 21-40 puntos.
Regular: 41-60 puntos.
Satisfactorio: 61-80 puntos.
Bueno: 81-100 puntos.

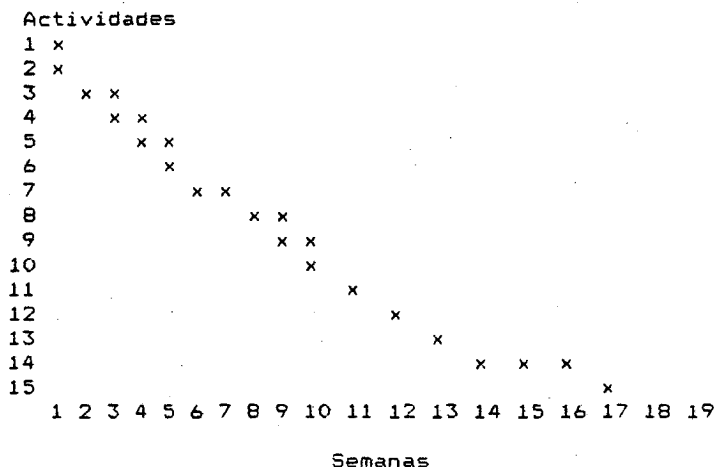
- d) Tercera parte preguntas sobre actitudes y prácticas sexuales de los estudiantes.

Previa la realización del estudio se llevó a cabo una prueba piloto con 30 estudiantes, que corresponde al 10% del tamaño de la muestra, con las mismas características de la población a estudio, con lo que se evidenció que la boleta de recolección de datos era apta para cumplir con lo que se quería investigar. Esto se hizo con estudiantes de otras instituciones, evitando con esto el sesgo.

Luego de la recopilación de datos se tabularon los mismos, presentando dichos resultados en cuadros estadísticos. Se realizó posteriormente el análisis de los resultados, y sobre esto, se elaboraron las conclusiones y recomendaciones.

Antes de entregar el informe final, se demostraron los resultados a los estudiantes y se les dió una plática sobre ETS, resolviendo dudas que ellos tenían.

8. Gráfica de Gantt



ACTIVIDADES:

1. Selección del tema del proyecto de investigación.
2. Elección del asesor y revisor.
3. Recopilación de material bibliográfico.
4. Elaboración del proyecto conjuntamente con asesor y revisor.
5. Aprobación del proyecto por la Unidad de Tesis.
6. Aprobación del proyecto por las instituciones donde se efectuó el estudio.
7. Diseño de los instrumentos que se utilizaron para la recopilación de la información y capacitación de los encuestadores.
8. Ejecución del trabajo de campo o recopilación de la información.
9. Procesamiento de resultados, elaboración de tablas y gráficas.
10. Análisis y discusión de resultados.
11. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
12. Presentación del informe final para correcciones.
13. Aprobación del informe final.
14. Impresión del informe final y trámites administrativos.
15. Examen público de defensa de la tesis.

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

Conocimientos sobre Enfermedades de Transmisión Sexual en 300 Estudiantes de Educación Media, por Institución Educativa, abril 1994.

CONOCI- MIENTO	INSTITUCION EDUCATIVA				TOTAL	
	CC		ICMR			
	No.	%	No.	%	No.	%
DEFICIENTE	0	0	12	4	12	4
MALO	39	13	59	19.66	98	32.66
REGULAR	54	18	63	21	117	39
SATISFACT.	55	18.33	16	5.34	71	23.67
BUENO	2	0.67	0	0	2	0.67
TOTAL	150	50	150	50	300	100

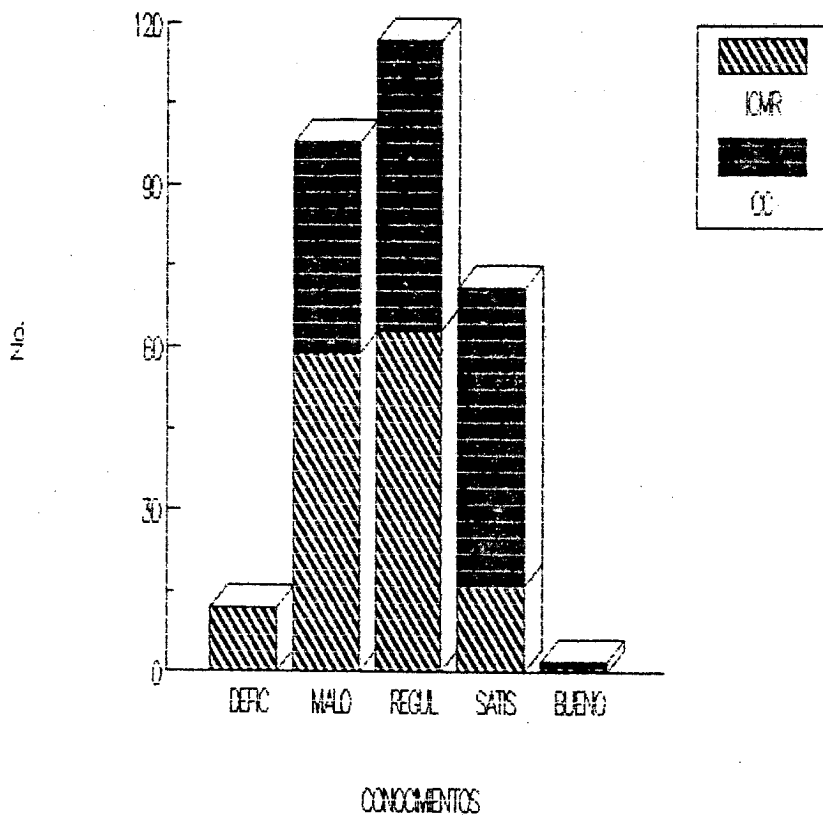
CC: Colegio Capouilliez.

ICMR: Instituto Clemente Marroquín Rojas.

SATISFACT: Satisfactorio.

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos (anexo No. 1).

GRAFICA No. 1. CONOCIMIENTOS SOBRE ETS EN 300 ESTUDIANTES DE EDUCACION MEDIA



ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual.

ICMR: Instituto Clemente Marroquin Rojas.

CC: Colegio Capouilliez.

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos (anexo No. 1).

CUADRO No. 2
 Conocimientos sobre Enfermedades de Transmisión
 Sexual en 150 Estudiantes de Educación Media
 del ICMR, por Sexo, abril 1994.

CONOCI- MIENTO	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	No.	%	No.	%	No.	%
DEFICIENTE	3	2	9	6	12	8
MALO	20	13.33	39	26	59	39.33
REGULAR	37	24.66	26	17.34	63	42
SATISFACT.	10	6.66	6	4	16	10.67
BUENO	0	0	0	0	0	0
TOTAL	70	46.65	80	53.35	150	100

ICMR: Instituto Clemente Marroquin Rojas.

SATISFACT: Satisfactorio.

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos (anexo No. 1).

CUADRO No. 3
 Conocimientos sobre Enfermedades de Transmisión
 Sexual en 150 Estudiantes de Educación Media
 del CC, por Sexo, abril 1994.

CONOCI- MIENTO	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	No.	%	No.	%	No.	%
DEFICIENTE	0	0	0	0	0	0
MALO	27	18	12	8	39	26
REGULAR	14	9.33	40	26.66	54	36
SATISFACT.	33	22	22	14.66	55	36.66
BUENO	1	0.67	1	0.67	2	1.34
TOTAL	75	50	75	50	150	100

CC: Colegio Capouilliez.

Satisfact: Satisfactorio.

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos (anexo No. 1).

CUADRO No. 4
Conocimientos sobre Enfermedades de Transmisión
Sexual en 150 Estudiantes de Educación Media
del ICMR, por Edad, abril 1994.

CONOCI- MIENTO	EDAD							TOTAL				
	13	14	15	16	17							
	No.	% No.	% No.	% No.	% No.	% No.	%					
DEFICIENTE	7	4.66	4	2.66	1	0.66	0	0	0	12	B	
MALO	31	20.66	19	12.66	8	5.33	0	0	1	0.66	59	39.33
REGULAR	25	16.66	10	0.66	19	12.66	7	4.66	2	1.33	63	42
SATISFACT.	1	0.66	0	0	10	6.66	4	2.66	1	0.66	16	10.67
BUENO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	64	42.64	33	21.98	38	25.31	11	7.32	4	2.65	150	100

ICMR: Instituto Clemente Marroquín Rojas.
 SATISFACT.: Satisfactorio.
 FUENTE: Boleta de Recolección de Datos (anexo No. 1).

CUADRO No. 5
Conocimientos sobre Enfermedades de Transmisión
Sexual en 150 Estudiantes de Educación Media
del CC, por Edad, abril 1994.

CONOCI- MIENTO	EDAD							TOTAL				
	13	14	15	16	17							
	No.	% No.	% No.	% No.	% No.	% No.	%					
DEFICIENTE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
MALO	32	21.33	7	4.66	0	0	0	0	0	0	39	26
REGULAR	26	17.33	13	8.66	13	8.66	2	1.33	0	0	54	36
SATISFACT.	13	8.66	12	8	29	19.33	1	0.66	0	0	55	36.66
BUENO	0	0	0	2	1.33	0	0	0	0	2	1.34	
TOTAL	71	47.32	32	21.32	44	29.32	3	1.99	0	0	150	100

CC: Colegio Capovilliez.
 SATISFACT.: Satisfactorio.
 FUENTE: Boleta de Recolección de Datos (anexo No. 1).

CUADRO No. 6
Conocimientos sobre Enfermedades de Transmisión
Sexual en 150 Estudiantes de Educación Media
del ICMR, por año Escolar, abril 1994.

CONOCI- MIENTO	AÑO ESCOLAR						TOTAL	
	PRIMERO		SEGUNDO		TERCERO			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
DEFICIENTE	12	8	0	0	0	0	12	8
MALO	51	34	0	0	8	5.33	59	39.33
REGULAR	32	21.33	0	0	31	20.67	63	42
SATISFACT.	1	0.67	0	0	15	10	16	10.67
BUENO	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	96	64	0	0	54	36	150	100

ICMR: Instituto Clemente Marroquín Rojas.

SATISFACT.: Satisfactorio.

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos (anexo No. 1).

CUADRO No. 7
Conocimientos sobre Enfermedades de Transmisión
Sexual en 150 Estudiantes de Educación Media
del CC, por año Escolar, abril 1994.

CONOCI- MIENTO	AÑO ESCOLAR						TOTAL	
	PRIMERO		SEGUNDO		TERCERO			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
DEFICIENTE	0	0	0	0	0	0	0	0
MALO	14	9.33	25	16.66	0	0	39	26
REGULAR	29	19.33	12	8	13	8.66	54	36
SATISFACT.	13	8.66	14	9.33	28	18.66	55	36.66
BUENO	0	0	0	0	2	1.33	2	1.34
TOTAL	56	37.35	51	33.99	43	28.66	150	100

CC: Colegio Capouilliez.

SATISFACT.: Satisfactorio.

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos (anexo No. 1).

CUADRO No. 8
Relaciones Sexuales,
en 150 Estudiantes de Educación Media del
Instituto Clemente Marroquin Rojas, por Sexo,
abril 1994.

SEXO	RELACIONES SEXUALES				TOTAL	
	SI		NO			
	No.	%	No.	%	No.	%
MASCULINO	10	6.67	60	40	70	46.67
FEMENINO	5	5.33	75	50	80	53.33
TOTAL	15	10	135	90	150	100

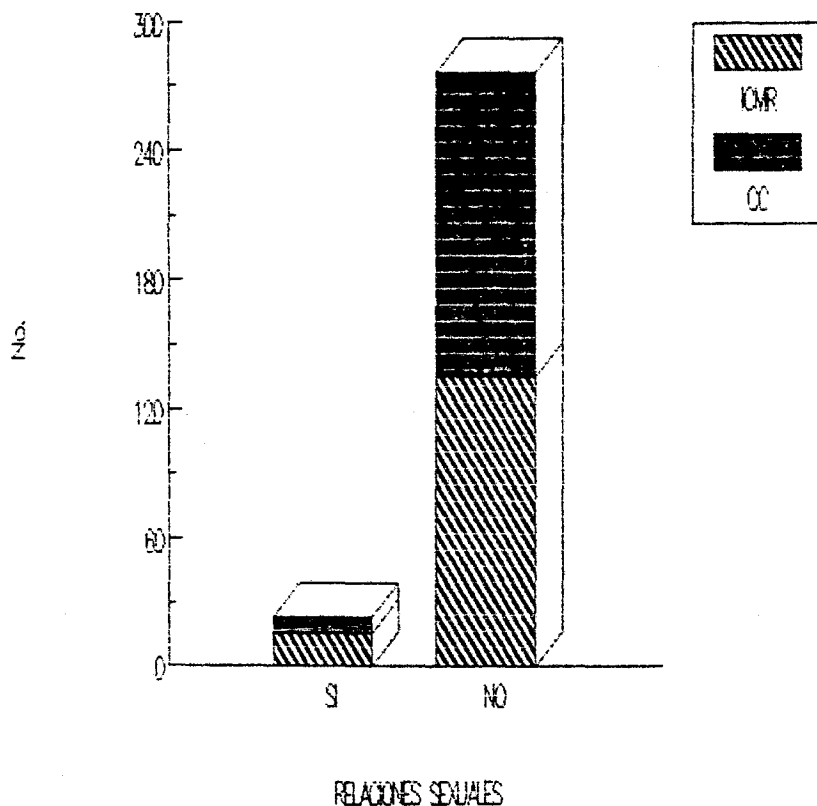
FUENTE: Boleta de Recolección de Datos (anexo No.

CUADRO No. 9
Relaciones Sexuales,
en 150 Estudiantes de Educación Media del
Colegio Capouilliez, por Sexo,
abril 1994.

SEXO	RELACIONES SEXUALES				TOTAL	
	SI		NO			
	No.	%	No.	%	No.	%
MASCULINO	7	4.66	68	45.34	75	50
FEMENINO	1	0.66	74	49.34	75	50
TOTAL	8	5.32	142	94.68	150	100

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos (anexo No.

GRAFICA No. 2. RELACIONES SEXUALES EN 300 ESTUDIANTES DE EDUCACION MEDIA



ICMR: Instituto Clemente Marroquín Rojas.

CC: Colegio Capouilliez.

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos (anexo No. 1).

CUADRO No. 10
 Promiscuidad en 15 Estudiantes de Educación Media
 del Instituto Clemente Marroquin Rojas
 que han tenido Relaciones Sexuales, por Sexo,
 abril 1994.

SEXO	PROMISCUIDAD				TOTAL	
	SI		NO			
	No.	%	No.	%	No.	%
MASCULINO	6	40	4	26.66	10	66.66
FEMENINO	1	6.68	4	26.66	5	33.34
TOTAL	7	46.68	8	53.32	15	100

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos (anexo No. 1).

CUADRO No. 11
 Promiscuidad en 8 Estudiantes de Educación Media
 del Colegio Capouilliez
 que han tenido Relaciones Sexuales, por Sexo,
 abril 1994.

SEXO	RELACIONES SEXUALES				TOTAL	
	SI		NO			
	No.	%	No.	%	No.	%
MASCULINO	4	50	3	37.5	7	87.5
FEMENINO	0	0	1	12.5	1	12.5
TOTAL	4	50	4	50	8	100

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos (anexo No. 1).

CUADRO No. 12
 Edad de la Primera Relación Sexual
 en 15 Estudiantes de Educación Media
 del Instituto Clemente Marroquín Rojas,
 por Sexo, abril 1994.

SEXO	EDAD					TOTAL			
	12	13	14	15	16				
	No.	% No.	% No.	% No.	% No.	% No.	%		
MASCULINO	3	20.3	3	20.3	1	6.66	0	0.10	66.66
FEMENINO	2	13.34	0	0.0	0	0.0	2	13.34	33.34
TOTAL	5	33.34	3	20.3	2	13.32	2	13.34	100

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos (anexo No. 1).

CUADRO No. 13
 Edad de la Primera Relación Sexual
 en 8 Estudiantes de Educación Media
 del Colegio Capuilliez, por Sexo,
 abril 1994.

SEXO	EDAD					TOTAL				
	12	13	14	15	16					
	No.	% No.	% No.	% No.	% No.	% No.	%			
MASCULINO	3	37.5	0	0.0	4	50.0	0	0.0	0.7	87.5
FEMENINO	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	12.5	0.1	12.5
TOTAL	3	37.5	0	0.0	4	50.0	1	12.5	0.8	100

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos (anexo No. 1).

CUADRO No. 14
 Uso de Medida Preventiva (Condón)
 en 15 Estudiantes de Educación Media
 del Instituto Clemente Marroquín Rojas
 que tuvieron Relaciones Sexuales, por Sexo,
 abril 1994.

SEXO	USO DE CONDON				TOTAL	
	SI		NO			
	No.	%	No.	%	No.	%
MASCULINO	3	20	7	46.66	10	66.66
FEMENINO	1	6.68	4	26.66	5	33.34
TOTAL	4	26.68	11	73.32	15	100

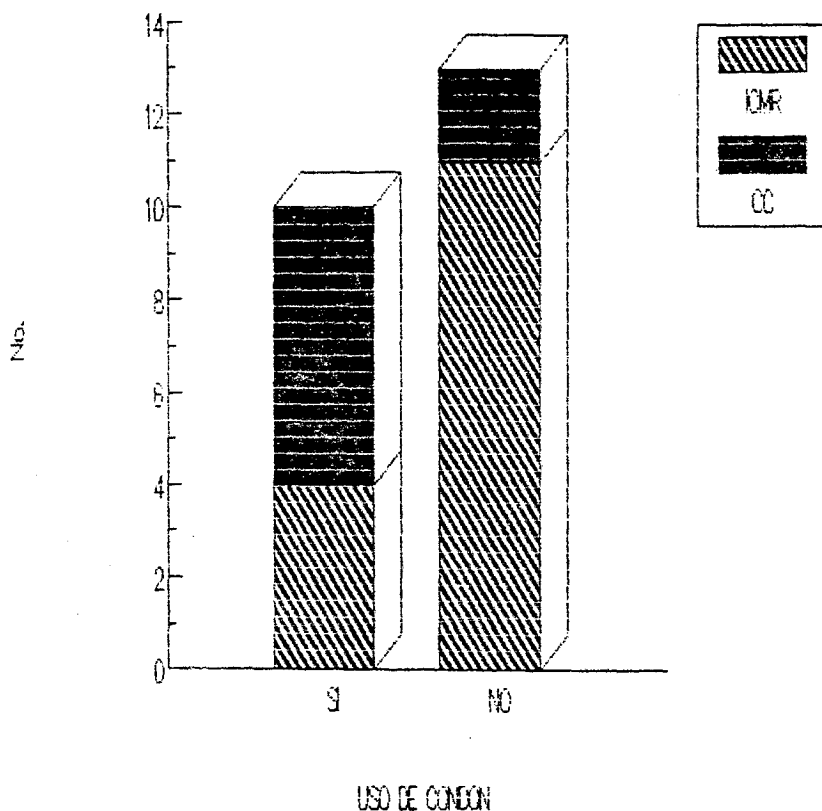
FUENTE: Boleta de Recolección de Datos (anexo No. 1).

CUADRO No. 15
 Uso de Medida Preventiva (Condón)
 en 15 Estudiantes de Educación Media
 del Instituto Clemente Marroquín Rojas
 que tuvieron Relaciones Sexuales, por Sexo,
 abril 1994.

SEXO	USO DE CONDON				TOTAL	
	SI		NO			
	No.	%	No.	%	No.	%
MASCULINO	5	62.5	2	25	7	87.5
FEMENINO	1	12.5	0	0	1	12.5
TOTAL	6	75	2	25	8	100

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos (anexo No. 1).

GRAFICA No. 3. USO DE CONDON EN 23 ESTUDIANTES DE EDUCACION MEDIA



ICMR: Instituto Clemente Marroquín Rojas.

CC: Colegio Capouilliez.

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos (anexo No. 1).

CUADRO No. 16

Opinión de 31 Estudiantes de Educación Media Acerca de las Razones por las cuales les atrae tener Relaciones Sexuales, independientemente si las tuvieron, o no. Por Institución Educativa, abril 1994.

INSTITUCION EDUCATIVA	RAZON								TOTAL	
	PP		ENS		CIM		INSTINTO			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ICMR	7	22.58	1	3.23	3	9.67	4	12.90	15	48.38
CC	10	32.26	3	9.67	1	3.23	2	6.46	16	51.62
TOTAL	17	54.84	4	12.90	4	12.90	6	19.36	31	100

PP: Por Placer.

ENS: Experimentar Nuevas Sensaciones.

CIM: Como Indicación a la Maduración.

ICMR: Instituto Clemente Marroquin Rojas.

CC: Colegio Capouilliez.

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos (anexo No. 1).

CUADRO No. 17
 Orientación sobre Educación Sexual
 en 300 Estudiantes de Educación Media,
 por Institución Educativa, abril 1994.

INSTITUCION EDUCATIVA	EDUCACION SEXUAL				TOTAL	
	SI		NO			
	No.	%	No.	%	No.	%
ICMR	97	32.33	53	17.67	150	50
CC	122	40.67	28	9.33	150	50
TOTAL	219	73	81	27	300	150

ICMR: Instituto Clemente Marroquin Rojas.

CC: Colegio Capouilliez.

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos (anexo No. 1).

CUADRO No. 18
 Orientación sobre Enfermedades de Transmisión
 Sexual en 219 Estudiantes de Educación Media
 que recibieron Educación Sexual, por Institución
 Educativa, abril 1994.

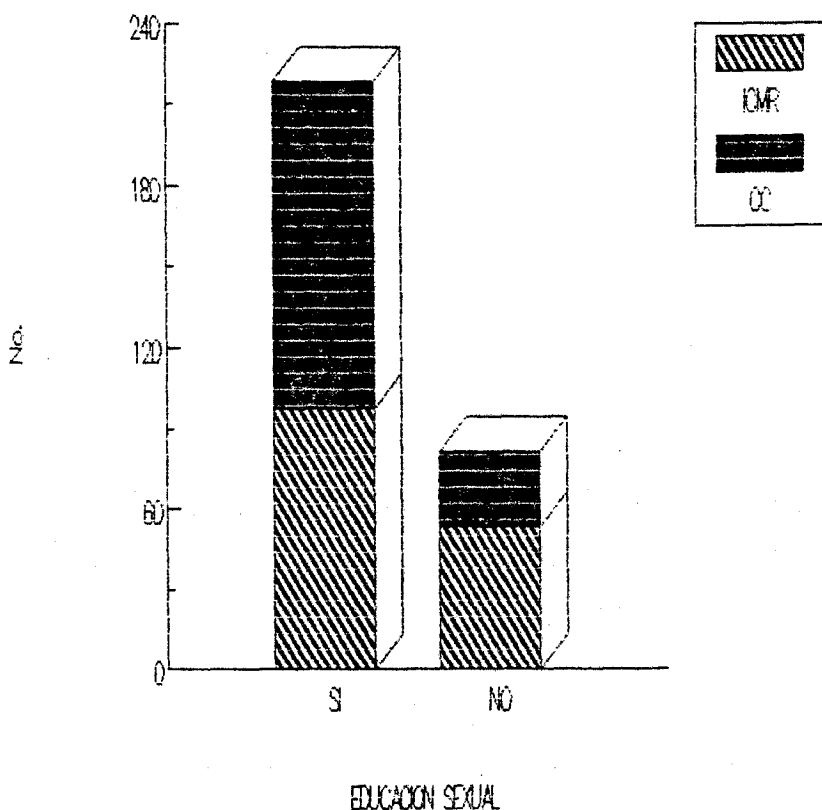
INSTITUCION EDUCATIVA	ETS				TOTAL	
	SI		NO			
	No.	%	No.	%	No.	%
ICMR	68	31	29	13.29	97	44.29
CC	99	45.2	23	10.51	122	55.71
TOTAL	167	76.2	52	23.8	219	100

ICMR: Instituto Clemente Marroquin Rojas.

CC: Colegio Capouilliez.

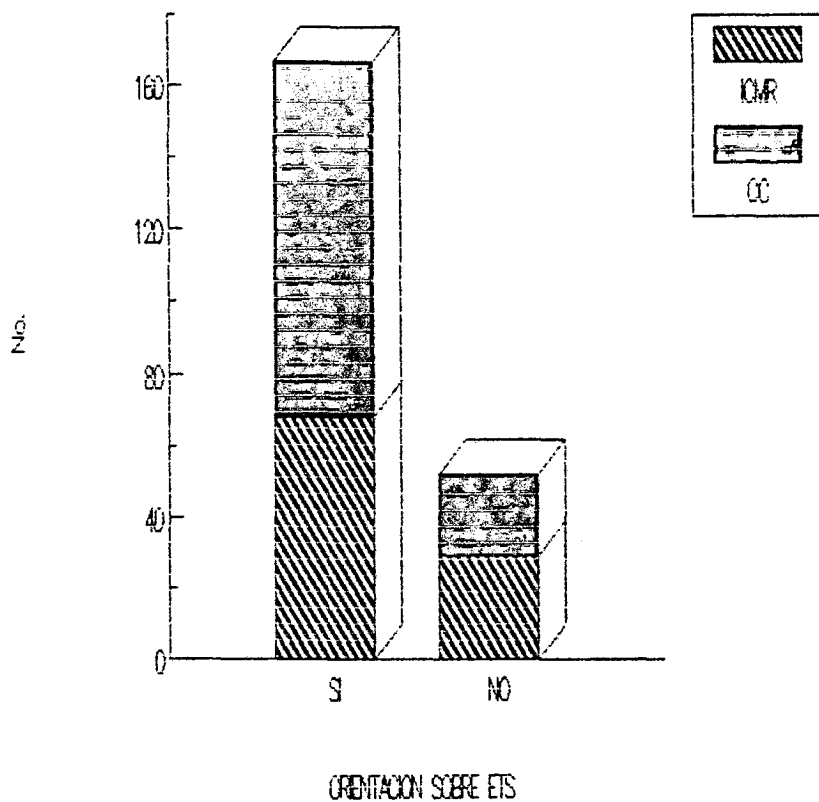
FUENTE: Boleta de Recolección de Datos (anexo No. 1).

GRAFICA No. 4. EDUCACION SEXUAL EN 300 ESTUDIANTES DE EDUCACION MEDIA



ICMR: Instituto Clemente Marroquín Rojas.
 CC: Colegio Capouilliez.
 FUENTE: Boleta de Recolección de Datos (anexo No. 1).

GRAFICA No. 5. ORIENTACION SOBRE ETS EN 219 ESTUDIANTES DE EDUCACION MEDIA



ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual.
ICMR: Instituto Clemente Marroquin Rojas.
CC: Colegio Capouilliez.
FUENTE: Boleta de Recolección de Datos (anexo No. 1).

CUADRO No. 19

Fuentes de Información sobre Enfermedades de Transmisión Sexual en 219 Estudiantes de Educación Media, por Institución Educativa, abril 1994.

INSTITUCION EDUCATIVA	FUENTE								TOTAL	
	PADRES		MEDICO		PROFESOR		AMIGOS			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ICMR	53	24.2	17	7.76	20	9.13	7	3.20	97	44.29
CC	75	34.26	3	1.37	39	17.8	5	2.28	122	55.71
TOTAL	128	58.46	20	9.13	59	26.93	12	5.48	219	100

ICMR: Instituto Clemente Marroquín Rojas.

CC: Colegio Capouilliez.

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos (anexo No. 1).

CUADRO No. 20

Actitud hacia la Adquisición de Enfermedades de Transmisión Sexual. Personas a las que pedirían Consejo 241 Estudiantes de Educación Media, por Institución Educativa, abril 1994.

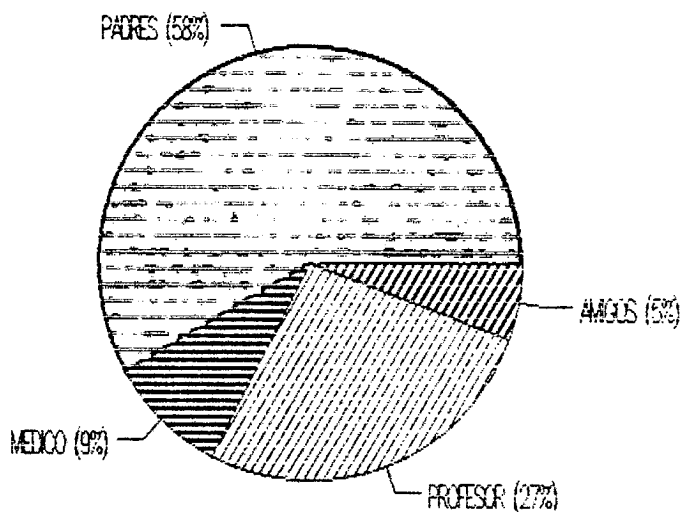
INSTITUCION EDUCATIVA	CONSEJO						TOTAL	
	PADRES		MEDICO		AMIGOS			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ICMR	70	29.04	34	14.11	1	0.41	105	43.56
CC	77	31.95	48	19.93	11	4.56	136	56.44
TOTAL	147	60.99	82	34.04	12	4.97	241	100

ICMR: Instituto Clemente Marroquín Rojas.

CC: Colegio Capouilliez.

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos (anexo No. 1).

GRAFICA No. 6. FUENTES DE INFORMACION SOBRE ETS EN 219 ESTUDIANTES DE E. M.



ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual.

E.M.: Estudiantes de Educación Media.

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos (anexo No. 1).

CUADRO No. 21
 Importancia de la Educación Sexual
 en 300 Estudiantes de Educación Media,
 por Institución Educativa, abril 1994.

INSTITUCION EDUCATIVA	IMPORTANCIA				TOTAL	
	SI		NO			
	No.	%	No.	%	No.	%
ICMR	105	35	45	15	150	50
CC	147	49	3	1	150	50
TOTAL	252	84	48	16	300	100

ICMR: Instituto Clemente Marroquín Rojas.

CC: Colegio Capouilliez.

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos (anexo No. 1).

CUADRO No. 22
 Identificación de la Razón de la Importancia de la Educación Sexual
 en 252 Estudiantes de Educación Media, por Institución Educativa,
 abril 1994.

INSTITUCION EDUCATIVA	IMPORTANCIA								TOTAL	
	PETS		TMC		EP		VI			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ICMR	60	23.8	19	7.54	17	6.74	9	3.58	105	41.66
CC	99	39.28	11	4.36	16	6.36	21	8.34	147	58.34
TOTAL	159	63.08	30	11.9	33	13.1	30	11.92	252	100

PETS: Protegerse de Enfermedades de Transmisión Sexual.

TMC: Tener Más Conocimientos.

EP: Evitarse Problemas.

VI: Verdadera Importancia.

ICMR: Instituto Clemente Marroquín Rojas.

CC: Colegio Capouilliez.

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos (anexo No. 1).

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

En el cuadro No. 1 y gráfica No. 1 se puede observar que la mayoría de estudiantes que tuvieron conocimientos clasificados como deficiente, malo y regular, son alumnos de la Institución Educativa Pública en comparación con los estudiantes que obtuvieron un resultado satisfactorio y bueno, que en su mayor parte son estudiantes de la Institución Educativa Privada. Esto nos demuestra que sí existe diferencia entre los conocimientos de uno y otro grupo influyendo los ambientes socioeconómico y cultural, en los cuales los adolescentes se desenvuelven.

En los cuadros No. 2 y 3 nos damos cuenta que los conocimientos sobre Enfermedades de Transmisión Sexual son mejores en hombres que en mujeres, siendo esto más evidente en los alumnos del sector público. Es probable que esto se deba al tabú que existe en nuestra sociedad, al hablar sobre aspectos relacionados con sexualidad, afectando principalmente a las mujeres.

En los cuadros 4 y 5, se puede observar, que los estudiantes encuestados de menor edad son los que en su mayoría obtuvieron puntaje de conocimientos sobre Enfermedades de Transmisión Sexual clasificados entre deficiente y malo. Esto ocurre en ambas instituciones educativas, pero es más pronunciado en el sector público.

En lo que respecta a los conocimientos sobre ETS (Enfermedades de Transmisión Sexual) de los encuestados, en relación al año escolar (ver cuadros 6 y 7), se observa que los alumnos de tercero básico son los que obtuvieron en mayor porcentaje puntajes satisfactorio y bueno. Esto demuestra que la preparación académica es importante para la adquisición de más conocimientos sobre Enfermedades de Transmisión Sexual. Se manifiesta más en la Institución Educativa Privada.

En los cuadros 8 y 9 se demuestra que el 10% de los alumnos de la Institución Educativa Pública tuvieron relaciones sexuales en comparación con 5.32% de los estudiantes del sector privado. Del ICMR (Instituto Clemente Marroquín Rojas) 10 eran hombres y 5 mujeres. Del CC (Colegio Capouilliez) 7 eran hombres y 1 mujer. Esto nos indica que el género y el grupo socioeconómico al cual pertenecen los jóvenes, son factores importantes que diferencian el inicio de ciertos comportamientos sexuales (ver gráfica No. 2).

De los estudiantes que tuvieron relaciones sexuales 46.68% son promiscuos en el ICMR en comparación con 50% de los estudiantes del CC. Como se puede observar en los cuadros 10 y 11 no hubo diferencia significativa entre las dos Instituciones Educativas, en cuanto a promiscuidad.

En los cuadros No. 12 y 13 se observa que en su mayoría,

los estudiantes del sexo masculino del ICMR tuvieron su primera relación sexual entre los 12 y 13 años, a diferencia de los estudiantes del CC que tuvieron la mayor parte de ellos su primera relación sexual entre los 14 y 15 años. En lo que respecta a las mujeres no hubo diferencia significativa entre ambas Instituciones Educativas, ya que, la tuvieron entre los 15 y 16 años.

En cuanto al uso de medidas preventivas por los estudiantes que tuvieron relaciones sexuales, solamente 4 de los 15 jóvenes del ICMR utilizaron el condón al tener contacto sexual, en comparación con 6 de los 8 estudiantes del CC. Esto nos da la idea del riesgo que corren los adolescentes de la Institución Educativa Pública al tener relaciones sexuales siendo una causa importante la falta de buenos conocimientos sobre educación sexual, de estos estudiantes (ver cuadros No. 14 y 15 y gráfica No. 3).

En el cuadro No. 16 se pueden observar las opiniones de 31 estudiantes de ambas instituciones acerca de las razones por las cuales a ellos les nace tener relaciones sexuales, independientemente si las han tenido o no, y se demuestra que el 54.84% opinan que lo hacen por placer. Esto nos hace saber la importancia de crear, en los adolescentes, una conciencia recta de los fenómenos sexuales.

En el cuadro No. 17 nos damos cuenta que un 27% de los 300 alumnos nunca han recibido educación sexual, y de estos, aproximadamente 66.66% son pertenecientes al sector público. Del restante 73%, alumnos que han recibido educación sexual, solamente a 76.2% de ellos se les ha hablado sobre ETS siendo 40.6% del ICMR y 59.4% del CC. Esto es una de las explicaciones de porqué los alumnos de la Institución Educativa Pública tienen conocimientos de menor calidad sobre educación sexual y ETS que los estudiantes de la Institución Educativa Privada (ver cuadro No. 18 y gráficas No. 4 y 5).

Las fuentes de información sobre educación sexual (ver cuadro No. 19 y gráfica No. 6), del total de alumnos encuestados, 58.46% fueron los padres, 9.13% Médicos, 26.93% Profesores y 5.48% amigos. Aunque los Profesores y los Médicos son parte esencial de la orientación sexual de la juventud, la misma tiene que iniciarse en el núcleo familiar, y aquí se demuestra que el 41.54% no han recibido ninguna información en el hogar.

En el cuadro No. 20 se puede observar la actitud que tomarían los adolescentes encuestados al adquirir una ETS. De los 241 estudiantes que opinaron (80% del total de la muestra), 60.99% consultarían con su padre, 34.04% con un Médico Especialista y 4.97% con sus amigos. Esto nos demuestra que el 39.01% de ellos no tiene la confianza necesaria hacia sus padres. Esto se debe a que, probablemente los padres de familia tratan de evadir el tema con sus hijos, aunque ellos tengan la iniciativa de aprender, o por otro lado, los mismos

padres creen que no es importante que sus hijos reciban educación sexual. Influyen aquí también las características socioeconómicas y culturales de cada núcleo familiar.

La importancia de la educación sexual en los 300 estudiantes de Educación Media, como se puede observar en el cuadro No. 21, fue catalogada de la siguiente manera: 84% de los estudiantes mencionaron en la boleta de recolección de datos que es importante, siendo 41% de ellos del ICMR y 59% del CC. El restante 16% piensan que no es importante, siendo el 93.75% y 6.25% de ellos, de la Institución Educativa Pública y Privada, respectivamente.

En el cuadro No. 22 podemos observar las razones por las cuales los jóvenes piensan que es importante la educación sexual. Sólomente 11.92% dan una verdadera importancia a a sexualidad abarcando todos los estratos que la educación sexual encierra. 63.08% indican que sólo es importante para protegerse de las ETS, 11.9% indican que nos sirve para saber más, es decir, tener más conocimientos en la vida, y 13.1% opinan que la educación sexual es importante para evitar problemas como lo son hijos indeseados y abortos. Esto indica la necesidad de orientación sexual que posee nuestra población adolescente.

IX. CONCLUSIONES

1. De la Institución Educativa Pública se encontró que el 89.33% de los 150 estudiantes encuestados han tenido conocimientos sobre ETS, clasificados como deficiente, malo y regular, en comparación con 62% de los 150 estudiantes de la Institución Educativa Privada. 10.67% y 38% de los alumnos del sector público y privado, respectivamente, han tenido resultados clasificados como satisfactorio y bueno.
2. De los estudiantes que tuvieron resultados deficiente, malo y regular, en el ICMR 55%, y en el CC 56% eran mujeres. Por otra parte de los estudiantes que tuvieron resultados clasificados como satisfactorio y bueno, 62.5% y 60.5% del ICMR y CC, respectivamente, eran hombres.
3. Se encontró que el mayor porcentaje de resultados deficiente, malo y regular fueron dados por estudiantes de menor edad y de los primeros grados de la Educación Media, siendo más evidente en la Institución Educativa Pública.
4. Se demostró que el 10% de los estudiantes de la institución pública ya tuvieron relaciones sexuales, de los cuales 66.67% eran hombres y 33.33% mujeres. De los alumnos del sector privado 5.32% tuvieron relaciones sexuales de los cuales 87.5% eran hombres y 12.5% mujeres.
5. De los estudiantes que tuvieron relaciones sexuales, del ICMR 46.68% son promiscuos; del CC 50%, también lo son. En lo que respecta a la edad de la primera relación sexual, en los estudiantes de sexo masculino, del sector público, el 53.34% la tuvieron entre 12 y 13 años, y el 62.5% de los alumnos del sector privado la tuvieron entre los 14 y 15 años. En lo que respecta a las mujeres no hubo diferencia entre ambas Instituciones Educativas, ya que, tuvieron su primera relación sexual entre los 15 y 16 años. Sólomente el 26.68% de los estudiantes del ICMR usaron el condón, como medida preventiva al tener relaciones sexuales en comparación con el 75% de los estudiantes del CC.
6. La razón por la cual a los estudiantes de Educación Media les nace tener relaciones sexuales se representó de la siguiente manera: 54.84% les nace por placer, 19.36% piensan que es por instinto, 12.9% para experimentar nuevas sensaciones y 12.9% lo hacen como indicación a la maduración personal.
7. El 64.66% de los estudiantes de la Institución Educativa Pública han recibido educación sexual y de éstos el

29.89% no han sido informados sobre ETS. De la Institución Educativa Privada 81% han recibido educación sexual y 18.8% de ellos no recibieron información sobre ETS.

8. La principal fuente de información sobre educación sexual fueron los padres de familia, obteniendo el 58.46%. Las demás fuentes de información fueron dadas por los Profesores con el 26.93%, 9.13% por los Médicos y 5.48% ha sido aprendido en la calle con los amigos.
9. La actitud que tomarían los estudiantes hacia la adquisición de una ETS sería: 60.99% pediría consejo a sus padres, 34.04% consultarían con un Médico Especialista y 4.97% hablarían con sus amigos.
10. Se encontró que 30% de los estudiantes de la Institución Educativa Pública consideran que la educación sexual no es importante, en comparación con 2% de los estudiantes de la Institución Educativa Privada. De los alumnos que opinan que si es importante, 63.08% dicen que lo es para protegerse de ETS, 11.9% opinan que sirve para tener más conocimientos en la vida, 13.1% dicen que es útil para evitarse problemas, como lo son embarazos y abortos y el resto, 11.92%, son los que le dan la verdadera importancia a la educación sexual, teniendo presentes todos los rubros que ella encierra.

X. RECOMENDACIONES

1. Orientar a los padres de familia para tengan presente que la sexualidad es un componente natural de los jóvenes, hombres y mujeres, y por lo tanto, la educación sexual tiene que iniciarse tempranamente en el núcleo familiar, dejando por un lado tabúes y complejos, aparte de los problemas socioeconómicos que existen en el hogar.
2. Concientizar a los adolescentes de la importancia que tiene la sexualidad, que envuelve, no sólo sexo, sino también sentimientos y relaciones que han de vincularse a la maduración de la vida humana, a la idea del amor verdadero, a la idea de la familia y de la procreación.
3. Proporcionar por parte de los Médicos, a los jóvenes, la información o el consejo adecuado sobre sexualidad cuando se le pida, ya que, se halla en una posición privilegiada para indicar al adolescente la normalidad de las sensaciones y actividades sexuales durante la pubertad y los años posteriores.
4. Implementar en los programas de estudio general, la educación sexual, en todos los niveles educativos, tomando parte de la planificación y organización de los mismos, al Ministerio de Educación, Ministerio de Salud y las Universidades de nuestro país.
5. Tomar como base el presente estudio, para la realización de estudios posteriores en los cuales se podría medir el impacto que tendría impartir educación sexual completa y temprana a los adolescentes.

XI. RESUMEN

El presente estudio se realizó con el objeto de comparar los Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Enfermedades de Transmisión Sexual en Estudiantes de Educación Media de una Institución Educativa Pública y una Institución Educativa Privada. La información se recopiló cuestionando, por medio de la boleta de recolección de datos (anexo No. 1), a 150 alumnos del Instituto Clemente Marroquín Rojas (sector público) y 150 alumnos del Colegio Capouilliez (sector privado).

Se demostró que los estudiantes de la Institución Educativa Privada tienen conocimientos sobre Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), de mejor calidad.

De los 150 estudiantes del Instituto Clemente Marroquín Rojas (ICMR), 10% ya tuvieron relaciones sexuales en comparación con el 5.32% de los estudiantes del Colegio Capouilliez. De éstos, estudiantes del sexo masculino, del sector público, tuvieron su primera relación sexual, en su mayoría, entre los 12 y 13 años. Los jóvenes del sector privado la tuvieron, en su mayor parte, entre los 14 y 15 años. Las mujeres de ambas Instituciones Educativas tuvieron su primera relación sexual entre los 15 y 16 años. Sólomente se protegieron al tener relaciones sexuales, con condón, 26.68% de los adolescentes de la Institución Educativa Pública, en comparación con 75% de los adolescentes de la Institución Educativa Privada.

La razón principal de porqué a los jóvenes les nace tener relaciones sexuales fué principalmente, placer.

El 64.66% de los alumnos del ICMR ya recibieron educación sexual, a cambio del 81% de los alumnos del CC. La principal fuente de información sobre educación sexual en ambos grupos fueron los padres (58.46%), siguiendo en orden descendente Profesores, Médicos y amigos.

La actitud que tomarían los estudiantes al adquirir una ETS sería: 69.99% pedirían consejo a sus padres, 34.04% consultarían con un Médico Especialista y 4.97% hablarían con sus amigos.

El 30% de los estudiantes de la Institución Educativa Pública opinan que la educación sexual no es importante, en comparación al 2% de los estudiantes de la Institución Educativa Privada que lo hacen. Los alumnos que opinan que si es importante, 63.08% dicen que la educación sexual sirve para protegerse de las ETS, 11.9% dicen que sirve para tener más conocimientos en la vida, 13.1% dicen que es útil para evitarse problemas como los son hijos indeseados, y sólomente 11.92% le dan una verdadera importancia a la sexualidad.

Por lo mencionado anteriormente nos damos cuenta, por la calidad de conocimientos sobre ETS y las las actitudes y prácticas que poseen los adolescentes de la Institución Educativa Pública, que son una población con mayor riesgo a adquirir ETS. Como lo mencionan estudios realizados (1,5,24, 28), los medios socioeconómicos y culturales en los cuales los jóvenes se desenvuelven son factores que influyen, de manera importante, en el comportamiento sexual de los adolescentes.

Por lo tanto es necesario hacer conciencia a los padres de familia, a los Médicos y a los mismos jóvenes sobre la importancia de la educación sexual.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Calderón González, E.E. Creencias, Actitudes y Prácticas en Adolescentes. En Grupos de Alto Riesgo con Relación al SIDA. Guatemala. Marzo 1992.
2. Cecil. Tratado de Medicina Interna. Decimoséptima edición. Editorial Interamericana. México D.F., 1987, ambos tomos.
3. Centers for Disease Control. United States. Sexual Behavior among High School Students. Morbidity and Mortality Weekly Report. Jan 1992 3; 40 (51-52): 885-8.
4. Conasida. El Médico Frente al SIDA. Primera Edición. Pangea Editores S.A., México D.F., 1989.
5. Congress on the USAID Program from Prevention and Control. HIV Infection and AIDS. May 1991.
6. Curtis, H.A., Tripp, J.H., Lawrence, C., Clarke, W.L. Teenage Relationships and Sex Education. Archives of Disease in Childhood. Aug 1982; 63 (8): 935-41.
7. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Enfermedades de Transmisión Sexual. Pautas de Tratamiento. Atlanta EEUU, 1989.
8. Emmet, T.A. Desarrollo Físico y Psíquico del Adolescente. Clinicas de Obstetricia y Ginecología 1985. pp 455-64.
9. Family Health International Durham, N.C. USA. Tools for Project Evaluation, A Guide for Evaluating AIDS, Prevention Interventions. 1992.
10. Faro, S. Lymphogranuloma Venerium, Chancroid and Granuloma Inguinale. Medical Clinics of North America. Vol. 46, No. 3, September 1989, pp 517-27.
11. Fisher, W.A. Understanding and Preventing Teenage Pregnancy and Sexually Transmissible Disease/AIDS. Sieccan Journal. 1989; 4 (2): 3-25.
12. Grant, L.M., Demetriou, E. Adolescent Sexuality. Pediatrics Clinics of North America. 1988 Dec; 35 (6): 1271-89.
13. Harrison, et al. Principios de Medicina Interna. Undécima Edición. Editorial Interamericana. México D.F. 1988. Tomo I.
14. Horsburgh, R.C., Douglas, J.M., LaForce, F.M. Preventive Strategies in Sexually Transmitted Disease for the Primary Care Physician. JAMA. 1987 Apr; 258 (6): 814-21.

15. Hutchinson, C.M., Hook, E.W. Syphilis in Adults. Medical Clinics of North America. Vol. 74, No. 6, November 1990, pp 1389-1413.
16. Judson, F.N. Gonorrhea. Medical Clinics of North America. Vol. 74, No. 6, November 1990, pp 1353-65.
17. Kolodny, R.C., Masters, W.H., Johnson, V.E. Tratado de Medicina Sexual. Versión Española. Salvat Editores S.A., Barcelona España, 1983, pp 69-74.
18. Koutsky, L.A., Hanssen, P.W. Genital Papillomavirus Infections: Current Knowledge and Future Prospects. Medical Clinics of North America. Vol. 46, No. 3, September 1989, pp 541-57.
19. Mertz, G.J., Genital Herpes Simplex Virus Infections. Medical Clinics of North America. Vol. 74, No. 6, November 1990, pp 1433-51.
20. Neucomer, S., Baldwin, W. Demographics of Adolescent Sexual Behavior, Contraception, Pregnancy and STDs. Journal and School Health. 1992 Sept; 62 (7): 265-70.
21. Noble, R. Sexually Transmitted Disease. Second Edition. New York. 1982.
22. Openeye, A.A., Willmott, C. The role of Genito-Urinary Medicine in Adolescent Sexuality. Genito-Urinary Medicine. 1991 Feb.; 67 (1): 44-6.
23. Organización Mundial de la Salud. Manual de Encuestas sobre Conocimientos, Actitudes, Creencias y Prácticas sobre Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA. México, 1990.
24. Pfizer. Una Guía para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual. New York, 1988, pp 4-24.
25. Rodas Guzmán, L.F. Conocimientos y Mitos sobre Enfermedades de Transmisión Sexual en Adolescentes. Tesis de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala. Agosto 1990.
26. Sandre, M.A., Volberding, P.A. Manejo Médico del SIDA. Segunda Edición. Editorial Interamericana, México D.F. 1992.
27. Santelli, J.S., Kirby, D. Adolescent Sexuality: Pregnancy, Sexually Transmitted Disease and Prevention. Journal of School Health. 1992 Sep; 62 (7): 262-4.
28. U.S. Agency for International Development. USAID AIDS. Prevention Conference. 1991.

XIII. ANEXOS

BOLETA DE INVESTIGACION

El siguiente cuestionario esta diseñado para realizar un estudio de Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Enfermedades de Transmisión Sexual (Enfermedades Venéreas). Esto se hace para saber si ustedes los jóvenes necesitan tener una mejor educación sexual, y si no la tienen, orientarlos. Esta boleta es anónima e individual. Tenga confianza de contestar lo que usted piensa o crea correcto. Por favor sea honesto.

Instrucciones: conteste de manera individual y sincera, cada pregunta que se le presenta a continuación con letra clara que se pueda entender.

Parte I:

Edad: _____ años.

Sexo: M o F.

Grado: _____ año.

Estado civil: _____.

Lugar o Zona donde vive: _____.

Trabaja: SI NO. Lugar de trabajo _____.

Puesto que desempeña: _____.

Parte II: conteste todas las preguntas con 1 sola respuesta. La respuesta que crea correcta enciérrela con un círculo. Lea todas las respuestas. Sea sincero y honesto.

1. Qué parte del cuerpo ataca las enfermedades venéreas:

- a) Los intestinos
- b) Los músculos
- c) Los órganos genitales
- d) Los riñones

2. Las enfermedades venéreas se transmiten:

- a) Por sentarse en un baño contaminado
- b) Por darle la mano a una persona infectada
- c) Por tener relaciones sexuales
- d) Por ponerse la ropa de una persona infectada

3. Las enfermedades venéreas entran al cuerpo por:

- a) Por la boca
- b) Por el ano
- c) Por los órganos genitales
- d) Todas son correctas

Digame otras _____

4. De las siguientes enfermedades cuál "no" es una enfermedad venérea:
- a) Sífilis
 - b) Gonorrea
 - c) SIDA
 - d) paludismo
 - e) Herpes
 - f) Papilomatosis
 - g) Linfogranuloma Venéreo
 - h) Chancroide
- 5.Cuál de los siguientes síntomas o padecimientos "no" es de una enfermedad venérea:
- a) Dolor de cabeza
 - b) Pus en el pene
 - c) Flujo vaginal
 - d) Dolor y ardor para orinar
6. En qué forma se puede prevenir la transmisión de enfermedades venéreas al tener contactos sexuales:
- a) Usando condón (preservativo)
 - b) Usando Pastillas anticonceptivas
 - c) Operándose para no tener hijos
 - d) Usando el método de ritmo
 - e) Teniendo relaciones por la boca o el ano
7. Quién de las siguientes personas tiene riesgo de contagiarse con enfermedades venéreas:
- a) Alguien que usa baños públicos
 - b) Personas que usan preservativos
 - c) Personas que tienen relaciones sexuales
 - d) Personas que no tienen relaciones sexuales
8. Señale qué es lo correcto sobre la gonorrea:
- a) La causa una bacteria
 - b) Provoca ardor al orinar
 - c) Se trata con penicilina
 - d) Se puede prevenir
 - e) Todas son correctas
9. De las siguientes frases señale la correcta:
- a) Las enfermedades venéreas afectan sólo a los adultos
 - b) Las enfermedades venéreas no se pueden prevenir
 - c) Las enfermedades venéreas afectan a cualquier persona
 - d) El SIDA se cura
10. Sobre el SIDA cuál es la respuesta correcta:
- a) No es prevenible
 - b) También se transmite por un beso
 - c) También se transmite por el piquete de un zancudo
 - d) Casi siempre es mortal

11. Quién de las siguientes personas considera que es homosexual:
- a) Quien tiene experiencias sexuales seguidamente
 - b) Quien tiene experiencias sexuales con varias personas
 - c) Quien tiene experiencias sexuales con personas de distinto sexo
 - d) Quien tiene experiencias sexuales con personas del mismo sexo
- 12.Cuál es la enfermedad venérea que causa verrugas en los órganos genitales:
- a) Linfogranuloma venéreo
 - b) Chancroide
 - c) Sifilis
 - d) Papilomatosis
 - e) Gonorrea
- 13.Cuál de estas enfermedades venéreas se puede prevenir:
- a) Sifilis
 - b) Gonorrea
 - c) SIDA
 - d) Herpes genital
 - e) Todas son correctas
14. Quién de las siguientes personas considera que es promiscua:
- a) Quien tiene experiencias sexuales con personas de distinto sexo
 - b) Quien tiene experiencias sexuales con varias personas
 - c) Quien tiene experiencias sexuales con personas del mismo sexo
 - d) Quien tiene experiencias sexuales sólo con una persona
- 15.Cuál de las siguientes enfermedades venéreas produce el chancro duro:
- a) Chancroide
 - b) Linfogranuloma venéreo
 - c) Papilomatosis
 - d) Sifilis
 - e) Granuloma inguinal
- 16.Cuál de las siguientes enfermedades produce llagas o fuegos en los órganos genitales:
- a) Sifilis
 - b) Herpes genital
 - c) Linfogranuloma venéreo
 - d) Granuloma inguinal
 - e) Todas son correctas

17. Quién de las siguientes personas cree que es heterosexual:
- a) Quien tiene relaciones sexuales con varias personas
 - b) Quien tiene relaciones sexuales sólo con una persona
 - c) Quien tiene relaciones sexuales con personas del mismo sexo
 - d) Quien tiene relaciones sexuales con personas de distinto sexo
- 18.Cuál de las siguientes medicinas sirve para curar algunas de las enfermedades venéreas:
- a) Acetaminofen
 - b) Leche de magnesia
 - c) Aspirina
 - d) Yodoclorina
 - e) Tetraciclina
19. Entre las causas de enfermedades venéreas cuál de las siguientes es correcta:
- a) bacterias
 - b) virus
 - c) hongos
 - d) todas son correctas
- 20.Cuál de las siguientes enfermedades venéreas puede ser transmitida al feto cuando la madre está infectada:
- a) SIDA
 - b) Sifilis
 - c) Herpes genital
 - d) Todas son correctas

Parte III: conteste las preguntas de forma clara y breve.
Recuerde que debe ser sincero.

1. Ha tenido relaciones sexuales: SI NO.
2. Cuántas veces las ha tenido: 1 2 3 4 5 Más.
3. A qué edad tuvo su primera relación sexual: _____.
4. Con quién tuvo su primera experiencia sexual: _____.
5. Con quienes ha tenido relaciones sexuales (con prostitutas, con amigos, con familiares, con novios, con personas de su mismo sexo): _____
_____.