

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y ACTITUDES DEL
ADOLESCENTE, SOBRE SEXUALIDAD Y ENFERMEDADES**

TRANSMISION SEXUAL

Estudio comparativo en 197 alumnas de Educación
Media de un Centro Público vs 67 de un Centro
Privado de la Ciudad de Guatemala durante los
meses de Septiembre de 1994 a Enero del año
1995. Guatemala.

T E S I S

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

AXEL RUBEN CARRANZA HENRIQUEZ

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, MARZO DE 1995.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE S. CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

R
05
T (7315)
02

Guatemala Febrero de 1995

DOCTOR:

EDGAR RODOLFO DE LEON BARILLAS
DIRECTOR DE UNIDAD DE TESIS
Facultad de Ciencias Médicas,
Edificio M-2, U S A C

Distinguido Doctor De Leon Barillas:

Por medio de la presente, las infrascriptas honorables señoras directoras de los institutos Nacional para señoritas BELEN y Colegio para señoritas EUROPEO expresan su consentimiento y aprobación con el informe final de el Tesis de Pregrado previo a optar al Título de Médico y Cirujano titulado "CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y ACTITUDES DEL ADOLESCENTE, SOBRE SEXUALIDAD Y ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL" presentado por Axel Rubén Carranza Henríquez y realizado en las instituciones que ambas con mucha dignidad dirigen.

Atentamente,

Adebeberg
INSTITUTO BELEN
DIRECTORA



[Signature]
COLEGIO EUROPEO
DIRECTORA
DIRECCION
GUATEMALA, C.A.

arc/



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 9 de febrero de 1995.

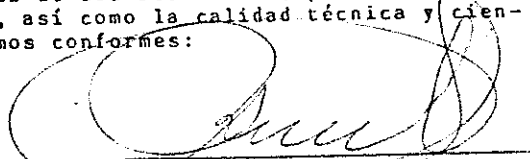
Director Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las Ciencias
de la Salud - Unidad de Tesis


Se informa que el: BACHILLER EN CIENCIAS Y LETRAS AXEL RUBEN CARRANZA HENRIQUEZ.
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos

Carnet No. 8813900
completos

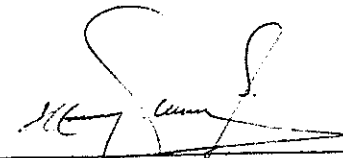
Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
"CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y ACTITUDES DEL ADOLESCENTE, SOBRE SEXUALIDAD Y ENFERMEDADES
DE TRANSMISION SEXUAL"

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 cien-
tífica del mismo, por lo que firmamos conformes:


Firma del estudiante


Asesor
Firma y sello personal

Dr. Roberto A. Lema R.
Médico y Cirujano
Colegiado No. 6254


Revisor
Firma y sello
Registro Personal 6639

Dr. HECTOR R. GARCIA SANTANA
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO No. 2619

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

H A C E C O N S T A R Q U E :

El (La) Bachiller: AXEL RUBEN CARRANZA HENRIQUEZ

Carnet Universitario No. 88-13900

Ha presentado para su Examen General Público, previo a optar al

Titulo de Médico y Cirujano, el trabajo de Tesis titulado:

CONOCIMIENTOS CREENCIAS Y ACTITUDES DEL ADOLESCENTE, SOBRE SEXUALIDAD

Y ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL

Trabajo asesorado por: DR. HOMERO A. LEONY

y revisado por: DR. HECTOR GARCIA SANTANA

quienes lo avalan y han firmado conforme, por lo que se emite,
firma y sella la presente


O R D E N D E I M P R E S I O N :

Guatemala, 14 de febrero de 1994

DR. EDGAR RODOLFO DE LEON
Por Unidad de Tesis

DR. RAUL CASTILLO RODAS
DIRECTOR
CENTRO DE INVESTIGACIONES
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

I M P R I M A S E :


Dr. Edgar Axel Givva González
D E C A N O



I N D I C E

	PAGINA
I. INTRODUCCION	1
II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA	2
III. JUSTIFICACION	3
IV. OBJETIVOS	4
V. REVISION BIBLIOGRAFICA	5
A. SEXUALIDAD INFANTIL	5
B. SEXUALIDAD DEL PUBER O ADOLESCENTE	7
C. FISIOLOGIA DEL DESARROLLO	8
D. LAS HORMONAS Y EL IMPULSO SEXUAL	8
E. RASGOS UNIVERSALES DE LA CONDUCTA SEXUAL	9
F. PROBLEMAS POR EDUCACION SEXUAL INADECUADA	9
G. ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL	10
VI. METODOLOGIA	23
VII. INSTRUMENTO DE MEDICION DE VARIABLES	26
VIII. EJECUCION DE LA INVESTIGACION	27
IX. PRESENTACION DE RESULTADOS	29
X. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	45
XI. CONCLUSIONES	49
XII. RECOMENDACIONES	50
XIII. RESUMEN	51
XIV. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	52
XV. ANEXOS	54
1. Cuestionario de Recolección de Datos.	55

I. INTRODUCCION

Los adolescentes, jóvenes comprendidos entre los 12 y 19 años, son un grupo importante de la población de todo país, dado que constituyen el grupo que marcará la pauta del futuro.

Toda la gente joven pasa por varios estados de desarrollo para alcanzar su autonomía y lograr un potencial individual, esto incluye conocimientos, emociones, socialización y sexualidad.

Al mismo tiempo la gente joven es extremadamente vulnerable en su dependencia de otros, especialmente de los líderes que imponen un ejemplo como símbolos sexuales en un colegio o en un instituto público; así también en cualquier parte donde se desarrolle un grupo de adolescentes.

Sin embargo los jóvenes no son un grupo homogéneo; ya que la estratificación social los sitúa en diferentes subculturas niveles educacionales, clases y géneros.

La adolescente se enfrenta a un mundo de complejidad en el terreno de la sexualidad, ya que además de ser una etapa inolvidable en su vida, pone su salud en riesgo, al ignorar aspectos tan importantes como las relaciones sexuales, sin usar protección, sin conocer que consecuencias le pudiera conllevar desde enfermedades de transmisión sexual, embarazo no deseado hasta secuelas de aborto que le dejarían marcada para toda la vida.

El objetivo principal de éste estudio es establecer el grado de conocimientos de la sexualidad y enfermedades de transmisión sexual.

Para obtener la información se elaboró una boleta en la cual se recopilan los datos para la realización de los cuadros con las variables seleccionadas para el estudio.

II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

Para lograr un desarrollo adecuado de la personalidad, el hombre, atravieza por varias etapas, desde que nace hasta que llega a la madurez. Una de las etapas más difíciles es la adolescencia y pubertad, porque trae cambios físicos, emocionales y hormonales, que nos lleva a plantear la siguiente interrogante: ¿Que problemas físicos, psicológicos y sociales pueden devenir por una mala orientación?

Es bien sabido que la mejor orientación a lo que debería ser la fuente principal de conocimientos en el adolescente es el hogar; pero no siempre se encuentra buena preparación de los padres para afrontar las interrogantes sobre el tema, o la suficiente confianza y comprensión entre padres e hijos; lo que hace que el joven busque respuesta a sus dudas en otros lugares, como amigos revistas pornográficas y películas de esa índole, en algunos casos experimentando consigo mismos sin conocer las consecuencias.

Otro condicionante es la represión, en la que la religión juega un papel muy importante. Un problema muy difícil de superar en etapas posteriores, y que puede crear conflictos en la vida marital especialmente en la mujer.

Creemos que el tipo de hogar de donde provenga así como el colegio o instituto donde estudia la adolescente tiene una relación directa con los conocimientos sobre sexualidad, por ello consideramos indispensable contar con un estudio comparativo entre un colegio privado y un instituto público para poder establecer si la idea es verdadera y si así fuera, establecer cómo se podría intervenir a fin de enseñar y/o resolver sus inquietudes para que no existan desconocimientos en alguno de estos sectores educativos.

III. JUSTIFICACION

Dado que el desarrollo sexual es algo indispensable en todo ser humano y su mala orientación y formación trae severas consecuencias físicas y mentales, es necesario implementar programas de educación sexual que avancen de igual manera, así como proliferan los medios de distorción en la sexualidad. Por ello es conveniente determinar los conocimientos que posee el adolescente y con base en ellos, participar en la estructuración de un programa de educación sexual. Es sabido por todos que por el SIDA, enfermedad incurable hasta el momento, se han tomado medidas urgentes de divulgación y prevención de las enfermedades de transmisión sexual, pero no se sabe hasta que punto han repercutido en el adolescente.

El presente estudio es necesario para tener un punto de referencia para conocer la eficacia de programas de este tipo.

Se realizará este estudio en un instituto público y en un privado, con el fin de comparar calidad de aprendizaje según medio en el que se desenvuelven, pues siempre se ha creído que la clase socioeconómica baja es más susceptible a vida sexual temprana, aunque realmente esta diferencia sea el resultado de mayor desconocimiento en cuanto a profilaxia, por ésta última y los casos de enfermedades venereas y abortos por embarazos no deseados sean menos conocidos.

IV. OBJETIVOS

A. GENERALES:

1. Establecer el grado conocimiento de la sexualidad y enfermedades de transmisión sexual en las adolescentes.
2. Comparar la diferencia existente entre el tipo de conocimientos de sexualidad y enfermedades de transmisión sexual, entre un centro educativo público y uno privado.

B. ESPECIFICOS:

1. Determinar origen de la información.
2. Establecer grado de riesgo según conocimientos adquiridos sobre sexualidad y enfermedades de transmisión sexual.
3. Propiciar datos suficientes para la elaboración de un programa corto de educación sexual.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

El proceso de desarrollo del individuo, se inicia desde el momento en que es concebido. De forma que el desarrollo de los caracteres sexuales comienza también a partir de la concepción. (4)

En el momento de su nacimiento el infante trae ya algunas características sexuales, heredadas de sus padres (el sexo biológico masculino o femenino, por ejemplo) y otras adquiridas durante el proceso de maduración fetal dentro de la madre.

Estos caracteres que conforman una base sexual, corporal anatómica fisiológica propia y diferente en cada ser humano, reciban en forma permanente la influencia del ambiente, que determinará las características psicosexuales del individuo.

Para que se lleve a cabo un desarrollo completo de la sexualidad, el ser humano debe pasar por una serie de etapas que se describen a continuación:

- a) Sexualidad Infantil
- b) Sexualidad del puber o del adolescente.

A. SEXUALIDAD INFANTIL:

En el desarrollo psicosexual del niño, aún con sus variantes personales, existe un conjunto de situaciones, vivencias y reacciones propias de la evolución hacia la madurez sexual.

Dentro de este proceso se distinguen varias etapas:

1a. Etapa: Conciencia del propio cuerpo.

El niño se distingue del mundo exterior que lo rodea, descubre sus miembros y por lo tanto también sus genitales, tanto viéndolos como palpándolos.

Constituye una de las etapas más importantes del desarrollo ya que es en este momento el cual debe permitirseles el conocimiento de las diferentes partes de su cuerpo.

Las actitudes comprensivas por parte de los adultos que rodean al niño sentarán las bases para una sexualidad sana y positiva.

2a. Etapa: Conciencia de la existencia de otros individuos.

El individuo primero llega a descubrirse, posteriormente comienza a darse cuenta de que existen otras personas ajenas a él.

Conforme avanza esta etapa toma conciencia de que esas personas se dividen en hombres y mujeres, observa y comprueba como cada sexo tiene distintas funciones. El niño se reconoce como amo y señor de un determinado sexo. (24)

La aceptación o rechazo del sexo que le ha correspondido depende de las ventajas o inconvenientes que ha percibido de él mismo.

En esta etapa las actitudes de los padres influirán grandemente en los sentimientos de inferioridad o superioridad que por ser niño o niña crean tener sus hijos.

3a. Etapa: Edad de las preguntas.

A esta altura los niños suelen formular sus primeras preguntas sobre el sexo. Pueden surgir de un modo espontáneo o tras el nacimiento de un hermanito o de otro niño. Además ponen de manifiesto gran curiosidad, observan los genitales de sus padres, toman en cuenta sus expresiones de cariño y construyen sus propias teorías acerca de la concepción, embarazo y nacimiento.

En esta etapa es importante responder a toda pregunta relacionada con el sexo que el niño formule, cualquiera que sea su edad. Por otra parte es conveniente a este nivel adelantarse a la primera menstruación o a la primera eyaculación dándoles la información y orientación básica que les permita tener un panorama claro y no le constituya un trauma. (5)

Aunque resulte inapropiado intentar separar los acontecimientos, físicos de los movimientos psíquicos que los

acompañan se describen aquí por separado con fines didácticos.

Adolescencia se refiere a los cambios psicológicos producidos por el ambiente de cada individuo; mientras que pubertad se usa para designar a los cambios físicos, de obligada evidencia producidos en un individuo.

La pubertad es más corta que la adolescencia (5) especialmente cuando el proceso puberal se encuentra más avanzado.

SEXUALIDAD DEL PUBER O ADOLESCENTE:

Se distinguen dos etapas en la pubertad: una restrictiva (primera regla en la niña y primera eyaculación en el niño) y la segunda más amplia que consiste en el tránsito de la niñez a la pubertad definida. Durante este período se darán cambios importantes como el cambio de los caracteres somáticos del tipo infantil a los del tipo adulto. (4)

FASES PSICOSEXUALES DE LA ADOLESCENCIA:

Durante la adolescencia se manifiestan cuatro fases:

- 1a. Fase: Gira alrededor del aspecto erótico se satisface sobre todo de su propio cuerpo.
- 2a. Fase: Enfoca sus deseos hacia satisfacciones con compañeros de su mismo sexo.
- 3a. Fase: El adolescente logra por fin romper el hielo existente hacia el sexo opuesto es la época de los noviazgos.
- 4a. Fase: La elección amorosa se dirige específicamente a un ser el cual va destinado a convivir el resto de la vida.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

Madres solteras.
 Madres muy jóvenes 12 - 18 años.
 Matrimonios prematuros.
 Divorcios o relaciones extramaritales.
 Explosión demográfica.
 Desajustes psicosociales conducta antisocial.
 Machismo.
 Variaciones de la conducta sexual (Homosexualidad).
 Falta de confianza entre los sexos.
 Falta de confianza entre padres e hijos.
 Roles sexuales estereotipados.

Por la alta incidencia y además por el riesgo en el que se ven involucrados los adolescentes profundizaremos sobre las enfermedades de transmisión sexual.

G. ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL:

Los términos enfermedades de transmisión sexual se emplean para denotar trastornos propagados, principalmente por contacto íntimo. Aunque esto suele referirse al coito, también incluye contacto corporal estrecho, besar o chupar el pene, besar el ano, contacto boca-mama o coito anal. (18) Algunas de estas enfermedades se pueden contraer por propagación transplacentaria o perinatal. Los microorganismos implicados están adaptados peculiarmente para proliferar en las vías genitales y están presentes en las secreciones del cuerpo o en la sangre.

Las enfermedades de transmisión sexual que más se presentan en nuestro medio son las siguientes:

GONORREA:

Enfermedad infecciosa ocasionada por el gonococo (*Neisseria Gonorrhoeae*) que afecta principalmente las mucosas del aparato genitourinario y a veces ojo y garganta.

Etología: La bacteria que produce la enfermedad es un

oco gram negativo intracelular. *Neisseria Gonorrhoeae*.

Clínica: Los síntomas aparecen entre 2 y 21 días después de tener contacto sexual infectante. La especie humana es el único reservorio. En el varón los síntomas son el aumento en la frecuencia de orinar y la fuerte disuria. Además se presenta un exudado purulento amarillo verdoso que además de dolor produce irritación y manchado de la ropa. La infección femenina se caracteriza por ligera disuria y ocasional leucorrea hay que hacer notar que hasta un 50% de las mujeres son asintomáticas. Los síntomas iniciales cuando ocurren se localizan en la parte baja del aparato genitourinario y incluyen: exudado vaginal, uretritis o disuria y malestar rectal, al defecar, cólicos abdominales.

Diagnóstico: En los varones la tinción de gram de la secreción uretral que muestre diplococos gramnegativos intracelulares es la mejor prueba diagnóstica.

En las mujeres la tinción de gram no es confiable ya que estas especies de *Neisseria saprófitas*, cervicales y uretrales pueden dar lugar a frotis falsamente positivos. Hay que efectuar cultivos para *Neisseria Gonorrhoeae* mediante frotis no inhibidos por ejemplo alginato de calcio.

Se cultiva la secreción uretral en los hombres y del cérvix y el recto en la mujer.

Los medios de cultivo ideales son:

- a. Agar chocolate caliente.
- b. Thayer Martin.
- c. Martin Lester (transgrow)

Complicaciones de la gonorrea:

En el varón la complicación local más frecuente es la propagación directa de la infección a la uretra posterior y anexos prostáticos. La invasión de las glándulas seminales, las glándulas de Couper y los folículos uretrales son menos frecuente. Existe frecuentemente inflamación del triángulo vesical pero la

verdadera cistitis gonocócica es muy rara. En la mujer las complicaciones locales pueden formar abscesos agudos en las glándulas de Skene.

La endocervicitis, la endometritis y la salpingitis gonocócicas crónicas son consecuencias de la infección ascendente.

Con frecuencia sobreviene infecundidad debida a la obturación de las trompas infectadas. La parametritis, la peritonitis pélvica y la proctitis gonocócicas son también efectos de propagación ulterior de la infección.

TRATAMIENTO:

Las pautas establecidas son Ceftriaxona 250 mgs. por vía IM más doxiciclina 100 mg. por vía oral dos veces al día durante 7 días.

Regímenes alternos los constituyen la penicilina procaína 4 millones por vía Im más 1 g. de probenecid.

SIFILIS:

Enfermedad venérea contagiosa capaz de afectar cualquier órgano del cuerpo humano caracterizándose por manifestaciones floridas, frecuentes recidivas y años de latencia asintomática.

Etiología: La sífilis es ocasionada por la infección con el *Treponema Pallidum* (*Espirocheta Pallida*) espiroqueta de a 10 micras de largo con 3 a 26 espirales (15)

La Sífilis puede dividirse en:

- Primaria
- Secundaria
- Congénita
- Terciaria

La Sífilis se transmite por contacto directo con una lesión húmeda infecciosa. (18)

Después de 10 a 90 días que los treponemas penetran aparec

1 a 5 semanas luego cicatriza espontáneamente, pero puede persistir con signos de enfermedad secundaria. Las lesiones de la piel cicatrizan en 2 a 6 semanas. La sífilis latente puede seguir a la etapa secundaria y durar toda la vida o puede desarrollarse sífilis terciaria, que se pone de manifiesto 5 a 20 años o más después de desaparecer la lesión primaria.

SIFILIS PRIMARIA:

Ulceración genital indolora (chancro) sobre los labios, vulva, vagina cuello uterino, ano, labios o pezones. En el varón se presentan en el glande, cuerpo del pene como también en la nariz, boca u otra parte de la piel.

Linfadenopatía, regional indolora semejante al caucho, seguida por linfadenopatía generalizada en 3a. a 6a. semana.

Datos positivos en el examen con el microscopio de campo oscuro.

Las pruebas serológicas resultan positivas en 70% de los enfermos.

SIFILIS SECUNDARIA:

Erupción papuloescamosa extragenital bilateral muy simétrica. Condiloma plano, placas en mucosas.

Datos positivos con campo oscuro en lesiones húmedas.

Las pruebas serológicas para sífilis son +.

Linfadenopatía presente.

SIFILIS CONGENITA:

Historia de sífilis materna.

Prueba serológica positiva para sífilis.

Estigmas de sífilis congénita (cambios en las radiografías de los huesos), hepatoesplenomegalia, ictericia anemia.

SIFILIS LATENTE:

Un paciente pasa una fase latente con la resolución de las lesiones primaria y secundarias, o si el paciente tiene

pruebas positivas y no se trató o el tratamiento fué inadecuado.

SIFILIS TERCIARIA:

Después de 10 a 20 años de latencia puede dar manifestaciones cardíacas (aneurismas de aorta o tejido cardíaco) como también producir parálisis por afección de las hastas anteriores de la médula espinal.

Pruebas diagnósticas:

Identificación del microorganismo.

Prueba Serológica (FTABS).

Prueba Treponémica (VDRL).

TRATAMIENTO:

La penicilina continúa siendo la principal arma para el tratamiento de la sífilis.

Penicilina Benzatina 2.4 millones IM dividido en dos dosis iguales (en cada gluteo) para los pacientes alérgicos a la penicilina la eritromicina a dosis de 500 mgs. cuatro veces al día por 15 días.

La tetraciclina ha dado resultados satisfactorios en muy pocos casos por lo que no se recomienda su uso.

HERPES GENITAL:

Infección viral aguda caracterizada por la formación de grupos de vesículas que al reventarse liberan el virus.

Se considera que el virus denominado Herpes virus humano tipo II es el responsable de este tipo de afección.

La persona infectada tiene historia de haber padecido un episodio de varicela y al encontrarse en una situación que disminuya sus defensas podría condicionarle el reaparecimiento del virus, estas condiciones pueden ser: exposición prolongada al sol LUV, la menstruación y el arrastre traumático de una relación sexual.

El embarazo produce una baja en las defensas, el uso de esteroides o inmunosupresores.

Clinica: Se forman rápidamente lesiones típicas pequeñas sículas sobre una base eritematosa con ardor prurito y malestar vero.

Las vesículas no revientan espontáneamente, sino más bien por el trauma del roce.

El período de incubación varía de 3 a 6 días para la enfermedad primaria y 7 a 10 días para la secundaria.

La incidencia del anticuerpo específico se acerca al 100% entre las prostitutas para el virus tipo II. (13)

En la vulva y periné se desarrollan pápulas pruriginosas que más tarde se convierten en dolorosas vesículas. La adenopatía regional es en ocasiones grave y son corrientes los síntomas sistémicos como los de la gripe, las lesiones vulvares son muy dolorosas y pueden causar debilidad, incluida retención urinaria por la disuria intensa. (13)

Los síntomas de la infección primaria de la vulva o del periné desaparecen en un período de 2 a 4 semanas. Sin embargo el virus se vuelve a acantonar en un ganglio nervioso próximo, del que puede volver a salir en cualquier momento.

El cuello uterino es la localización más común de la infección del tracto genital. La afectación cervical puede manifestarse como una inflamación difusa o como pequeñas úlceras.

La afección del cuello y vagina suele ser asintomática.

Diagnóstico: Se debe considerar la enfermedad en toda persona con factores de riesgo. Los anticuerpos monoclonales del virus tipo I y II del Herpes simple se han preparado para lograr identificación rápida. (13)

TRATAMIENTO:

En realidad no existe tratamiento para la infección (23) el aciclovir (Zovirax) modifica la evolución de la enfermedad y disminuye la sintomatología, pero el virus queda atenuado y latente.

VAGINITIS Y FLUJO VAGINAL:

La leucorrea se define como la salida de material líquido o semifluido blanquecino por la vagina.

La leucorrea puede ocurrir a cualquier edad y afecta casi a todas las mujeres en determinada época. Constituye una manifestación de ovulación o de una alteración local o generalizada. (13)

La causa más común es una infección baja del aparato genital por bacterias, protozoos u hongos. (15)

Leucorrea de la infancia y la niñez.

La vulva suele ser la única afectada o rara vez la vagina (15) La vulva suele ser agredida e irritada por la ropa interior sucia, suciedad en general, vermes intestinales como oxiuros o masturbación.

Los microorganismos que se han aislado generalmente son monilias, estafilococos, colibacilos y M catarralis. (7)

El flujo es blanco y la vulva suele estar inflamada y enrojecida hiperestésica y cubierta de una secreción pegajosa.

Vaginitis en mujeres jóvenes Virgenes.

En este grupo se observa a veces una vulvitis o vulvovaginitis pasajera. La leucorrea persistente en las jóvenes de éste grupo se ha relacionado con hiperactividad de las glándulas cervicales y carece de importancia clínica.

VAGINITIS Y LEUCORREA EN LA MADUREZ SEXUAL:

Las secreciones pueden provenir de la vulva, la vagina, el cuello uterino o el fondo. Los organismos más comunmente aislados en su orden son Trichomonas, Monilias y Haemophilus vaginal.

El estudio citológico de frotis vaginal está indicado en todas las mujeres que han tenido relaciones sexuales o hijos.

El mismo frotis puede teñirse para la búsqueda de trichomonas, candidas u otros organismos. Las trichomonas se

observan con frecuencia en orina reciente teñida con el flujo vaginal. (13)

Las preparaciones deben ser inspeccionadas cuando se encuentren húmedas y en fresco para buscar primero trichomona vaginalis, buscar las zonas turbias intensas del frotis y especialmente el recubrimiento de las células epiteliales por donde se observan pequeños cocobacilos gram negativos con tendencia a ramificar, éstas son seguramente Haemophilus Vaginalis.

Para confirmar la presencia de Haemophilus se añade una preparación de KOH al 10% a la secreción y la misma despedirá un olor a pescado podrido.

Si se añade KOH a la secreción también se podrán observar hifas y esporas de candida albicans las cuales ayudarán a confirmar el diagnóstico de ésta última.

De ser posible debe de cultivarse toda secreción en medios anaerobios para descubrir bacterias patógenas. El medio con tioglicato es el más adecuado para el cultivo de Haemophilus V. (13)

TRATAMIENTO:

Dependerá del aislamiento o reconocimiento de los microorganismos mencionados.

Vaginitis por Trichomonas: El metronidazol, ha resultado eficaz para erradicar Trichomona Vaginitis (10). Este fármaco puede administrarse por vía oral como también por vía vaginal.

El tinidazol también ha sido eficaz para su tratamiento en ciclos cortos de 2g. al día por 2 días.

Candidiasis Vaginal: La Nistatina suele ser el fungicida más efectivo en el tratamiento incluso en el embarazo colocados en la vagina en forma de óvulos por 10 días. El miconazol y el Clotrimazol son buenas alternativas.

Vaginitis por Haemophilus Vaginalis: El metronidazol es el tratamiento más eficaz cuando la mujer no está embarazada

mientras que el tratamiento de la gestante es amoxicilina a dosis convencionales por 7 a 10 días.

INFECCION POR CHLAMYDIA TRACHOMATIS:

Linfogranuloma Venereo: enfermedad infecciosa caracterizada por el aumento de las cadenas linfáticas inguinales.

Etiología: el organismo causal es uno de los serotipos 1 de Chlamydia Trachomatis.

Al principio de la enfermedad la erupción vesiculopapulosa puede pasar inadvertida ya que la ulceración inguinal y el linfedema característico produce sensación aterradora.

El paciente siente mucho dolor al caminar lo que lo lleva a buscar posiciones de descanso las cuales le producen aún mucho más dolor. Hay endurecimiento cutáneo con color azulado en las ingles. El linfedema anorrectal ocurre al principio de la enfermedad. Las heces pueden estar teñidas con sangre y hay mucho dolor para defecar.

El diagnóstico se puede comprobar mediante el aislamiento de C. Trachomatis de muestras de biopsias. Se dispone también de una prueba de fijación el complemento en la que se utiliza un antígeno termoestable específico para las especies.

Tratamiento: La Doxiciclina 100 mgs. dos veces al día durante 21 días; regímenes alternos: Tetraciclina, eritromicina o Sulfisoxazol.

VERRUGAS GENITALES:

Las verrugas de la vulva se presentan en tres variedades:

- a. Condiloma acuminado
- b. Papiloma escamoso delimitado
- c. Condiloma latum sifilítico.

Los condilomas acuminados tienen aspecto macroscópico verrucoso, se encuentran en grupos, pueden también aparecer únicos y aislados, afectan zonas perineal, vulvar, perianal y vaginal; rara vez pero también se puede afectar la región

ervical.

Se le denominan verrugas venereas y corresponden histológicamente a proliferaciones arborescentes de tejido escamoso. 10)

El crecimiento está inducido por el virus del papiloma humano (HPV) similar al virus de las verrugas vulgares pero antigénicamente diferente. Se ha aislado el virus a partir de las lesiones identificando mediante técnicas de hibridación molecular, (20) y localizado en las células epiteliales mediante el microscopio electrónico con técnicas de inmunoperoxidasas.

El cuadro se transmite por el coito. Estudios recientes sugieren que el HPV 16 está muy relacionado con las lesiones malignas cervicales, mientras que los tipos 11 están presentes en los condilomas benignos.

Tratamiento: Podofilino, para las lesiones superficiales mientras que ante la evidencia de serotipos 16 se ha tenido que usar 5 Fluoracilo.

SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA S.I.D.A.

Definición: El SIDA es una enfermedad infecciosa que trastorna el sistema inmunológico de sus víctimas, dejando al organismo sin las defensas necesarias para contrarrestar una agresión infecciosa del medio.

Desde 1981, han habido más de 100000 casos de sida reportados en EUA. Sin embargo no se dispone de estudios de seroprevalencia confiable para la población general.

En la población general, la infección por HIV es más frecuente en varones homosexuales, bisexuales, toxicómanos de fármacos intravenosos y hemofílicos. (18)

Aproximadamente 11% de la población de pacientes con SIDA en E.U.A. durante 1989 ocurrieron en mujeres la mayoría de ellas agrupadas en grandes áreas metropolitanas. (18) Los grupos de alto riesgo para la mujer, en orden decreciente de frecuencia son: Toxicómanas de fármacos intravenosos, contactos heterosexuales con varones de grupos de alto riesgo, receptoras de

transfusiones no seleccionadas y prostitutas. (18)

Más del 80% de los casos de SIDA en mujeres ocurren durante la edad reproductiva. (18)

Las formas de transmisión de la enfermedad son cuatro:

Contacto sexual

Uso de agujas contaminadas (drogadicción Iv).

Transfusiones sanguíneas.

Transmisión vertical (materno fetal).

El riesgo parece ser mayor para los compañeros sexuales femeninos del varón con SIDA seguidos por toxicómanos de fármacos intravenosos, varones homosexuales.

Curso de la infección: Se desconoce hasta hoy la probabilidad de adquirir SIDA a través de contacto sexual el porcentaje de pacientes infectadas suele ser mayor en las mujeres que en varones. (18) Lo anterior se fundamenta en que el contenido de el virus es alto en el semen, y la segunda es porque el coito causa grietas en la mucosa introital más que en la peneana.

Se supone que estas grietas en la mucosa peneana similares a las que ocurren en la relación sexual anal-receptiva aumentan la posibilidad de adquirir SIDA.

La clínica del paciente inmunocomprometido varía con cada paciente, sin embargo en la gran mayoría se documenta pérdida de peso, diarrea crónica, afección neurológica inespecífica fiebre crónica o sudoración profusa nocturna, moniliasis oral así como también neumonías atípicas; se ha observado dermatitis atípica hasta una neoplasia de la piel denominada Sarcoma de Kaposi.

Se debe sospechar SIDA en todo paciente con factores de riesgo o que presente los síntomas arriba mencionados.

En general el ensayo inmunoabsorbente ligado a enzima (ELISA) funciona como la prueba de selección para la exposición a HIV.

La mayoría de los pacientes desarrollan valores detectables de anticuerpos contra el antígeno del virus en un lapso de 1

semanas.

La sensibilidad y especificidad de ELISA es de 99% cuando es reactiva en forma repetida. La probabilidad de una prueba falsamente negativa en una mujer infectada es remota a menos que se encuentre en la antesala de la producción de anticuerpos.

La probabilidad de una prueba falsamente positiva es de 1 a 5 en 100000 personas. Para corroborar el diagnóstico suele realizarse una prueba específica denominada Western Blott.

Las indicaciones para realizarse una prueba serológica son las siguientes:

Mujeres que han utilizado fármacos IV sin supervisión médica.

Mujeres que practican la prostitución.

Las que tienen compañeros sexuales infectados con HIV o alguna enfermedad de transmisión sexual.

Las que han vivido o nacieron en comunidades en donde la frecuencia del SIDA es alta.

Mujeres que recibieron transfusiones de sangre de 1978 a 1981.

Mujeres que estuvieron reclusas en algún centro penal.

Las mujeres que se consideran así mismas como de alto riesgo.

Tratamiento: Hasta hoy no existe una vacuna específica contra el SIDA, sin embargo el paciente presenta complicaciones entre las que sobresale la incidencia de neumonías y se tratarán de acuerdo al germen aislado.

Se ha comprobado que ni los antivirales como la ZIDOVUDINA (AZT) logran erradicar la infección.

PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA.

Para disminuir el riesgo de adquirir la infección por HIV mediante contacto sexual se han establecido lineamientos de "sexo más seguro" lo anterior incluye una reducción en la cantidad de compañeros sexuales en especial los que se encuentran en grupos de alto riesgo además el uso de preservativos de látex para toda actividad coital.

Se deberá evitar el uso de jeringas que no sean descartables como también supervisar las bolsas de sangre para transfusión.

En la actualidad se cuenta ya con el preservativo de látex femenino. Algunos preservativos contienen en sus lubricantes Nonoxinol 9 el cual se ha demostrado en estudios que inhibe el virus in vitro.

VI. METODOLOGIA

• **TIPO DE ESTUDIO:**

El presente estudio es de tipo comparativo, donde se identificó el nivel de conocimientos sobre sexualidad y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes alumnas de educación media. Una parte de un establecimiento público y la otra de uno privado; durante los meses de Septiembre de 1994 a Enero de 1995.

• **SELECCION DEL SUJETO DE ESTUDIO:**

Se seleccionaron 2 instituciones de educación media (2o. 3o. Básico).

b.1 Instituto Nacional para Señoritas BELEN (Sector Público)

b.2 Colegio para Señoritas EUROPEO (Sector Privado)

• **TAMAÑO DE LA MUESTRA:**

Se utilizó la siguiente fórmula para cada establecimiento:

$$n = \frac{N z^2 (pq)}{d^2(N-1) + Z^2 pq}$$

Donde: N = Tamaño de la población.

n = Tamaño de la muestra

p = Frecuencia del fenómeno (.95)

q = 1 - p (0.5)

z = Coeficiente de confiabilidad (95%)

d = Error de estimación (0.05)

POBLACION:

Instituto Belén 400

La fórmula se obtuvo de:

Colegio Europeo 80

Bioestadística base para el
análisis de ciencias de Salud.

D. CRITERIOS DE INCLUSION:

- d.1 Adolescentes del sexo femenino.
- d.2 Pertenecientes a un centro de educación que imparta un nivel básico.
- d.3 Que se encuentre cursando 2o. ó 3o. básico.
- d.4 Alumna que se encuentre legalmente inscrita.
- d.5 Que esté de acuerdo en participar en el estudio.

E. CRITERIOS DE EXCLUSION:

- e.1 Estudiante que no asista regularmente a sus clases.
- e.2 Que el establecimiento educativo no esté de acuerdo con algunas preguntas del cuestionario.

F. VARIABLES:

- f.1 Dependientes: Actitudes, creencias y conocimientos sobre sexualidad y enfermedades de transmisión sexual.
- f.2 Independientes: Adolescentes, edad, Ingreso familiar, escolaridad de los padres.

G. RECURSOS:**g.1 Materiales.****a. Económicos:**

Fotocopias	Q. 100.00
Impresión de boletas	70.00
Utiles de escritorio	50.00
Impresión de Tesis	950.00

g.2 Humanos.

Personal Biblioteca Facultad de Ciencias Médicas.

Personal Biblioteca Hospital Roosevelt.

Personal Biblioteca APROFAM.

Personal Biblioteca CODETS.

PERSONAL DOCENTE Instituto Belén y Colegio Europeo.

g.3 Físicos.

Bibliotecas: Facultad de Medicina USAC

Hospital Roosevelt

APROFAM

CODETS

Institutos: Nacional BELEN

Privado EUROPEO.

Utiles de escritorio.

Boleta de recolección de datos.

VII. INSTRUMENTO DE MEDICION DE VARIABLES

VARIABLE	MEDICION	CONCEPTUAL	OPERACIONAL
a. EDAD	Años	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento.	Se le pregunta al estudiante su edad en base a su fecha de nacimiento.
b. CONOCIMIENTO	PUNTAJE: 75 - 100 puntos MUY BUENO 51 - 74 puntos BUENO 26 - 50 puntos REGULAR 0 - 25 puntos DEFICIENTE O MALO	Acción y efecto de conocer, noción sobre sexualidad y enfermedad de transmisión sexual.	Se elaboraron preguntas sobre sexualidad, desarrollo y enfermedades de transmisión sexual.
c. ACTITUD	Inadecuada Moderadamente Adecuada. Adecuada	Disposición de ánimo positivo o negativo respecto a la sexualidad y enfermedades de transmisión sexual.	Se elaboraron preguntas acerca de las actitudes adoptadas por los estudiantes con referencia a la sexualidad y enfermedades sexuales.
d. INGRESO FAMILIAR	INGRESO GLOBAL 750 - 1,200 BAJO 1,201 - 2,500 MODERADO Mayor de 2,500 ALTO	Cantidad de dinero reunido por la familia para cubrir gastos.	Se interroga al estudiante sobre el ingreso familiar.
e. ESCOLARIDAD DE LOS PADRES.	Analfabetismo Alfabetismo Primaria completa-incompleta. Secundaria completa incompleta. Diversificado comp-incompleto Universitario Comp.-incompleto.	Nivel académico alcanzado por el padre o la madre de la alumna.	Se le pregunta al estudiante sobre el grado que cursaron sus padres.
f. ADOLESCENCIA.	Años 12 a 19	Jóvenes comprendidos entre los 12 y 19 años.	Tomado de la boleta o recolección de datos.

VIII. EJECUCION DE LA INVESTIGACION

El presente estudio fué realizado en adolescentes de sexo masculino estudiantes de 2o. y 3o. básico pertenecientes al Instituto Belén y al Colegio Europeo.

Se aplicó la siguiente fórmula para cada establecimiento:

$$n = \frac{N z^2 pq}{d^2 (N-1) + z^2 pq}$$

nde: n = Tamaño de la muestra
 N = Tamaño de la población
 p = Frecuencia del fenómeno (0.5)
 q = 1 - p
 z = Coeficiente de confiabilidad 95%
 d = Error de estimación 0.05.

Las fórmula nos dió el número de la muestra quedando así:

INSTITUTO BELEN 197 estudiantes.
 COLEGIO EUROPEO 67 estudiantes.

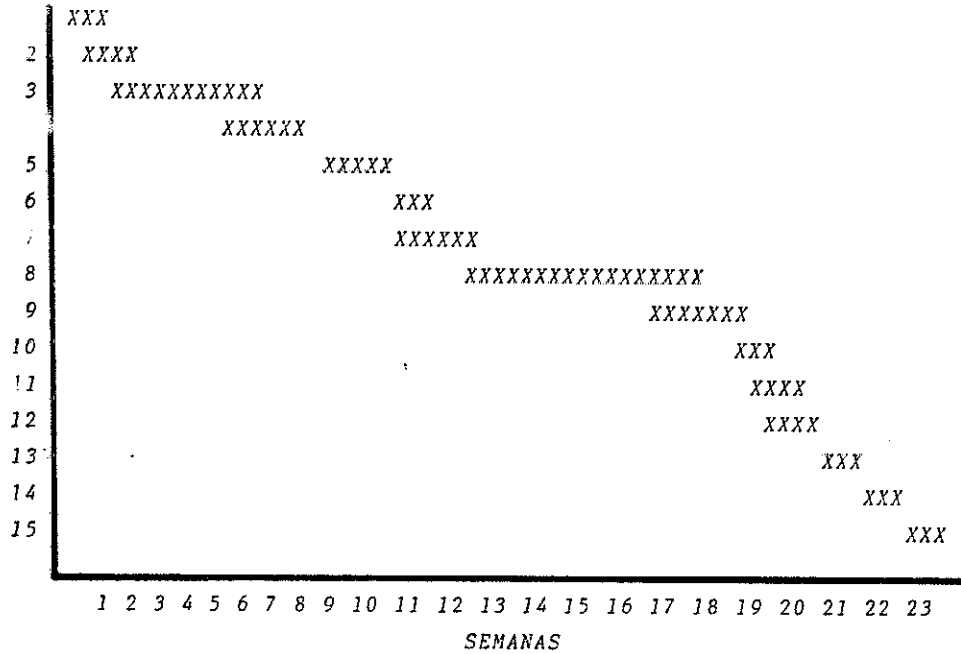
Se elaboró una encuesta que evaluó conocimientos, creencias y actitudes sobre sexualidad y enfermedades de transmisión sexual.

Los estudiantes incluidos en el estudio están legalmente inscritos en el presente ciclo lectivo y se tomaron los que aceptaron voluntariamente participar.

Se solicitó la ayuda de los maestros para la recolección de los datos. El estudio se inició en el mes de Octubre de 1994 y se concluyó en el mes de Enero de 1995.

Se aplicó la tabla de números aleatorios para la selección de los alumnos que constituyen la muestra, y no sesgarse solo con los alumnos que fueran los primeros en ser evaluados.

GRAFICA DE GANTT



1. Selección del tema del proyecto de Tesis.
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 las instituciones educativas donde se efectuará el estudio.
6. Aprobación del proyecto por la coordinación de tesis.
7. Diseño de los elementos que se utilizaran para la recolección de datos.
8. Ejecución del trabajo de campo y recopilación de la información
9. Procesamiento de los datos elaboración de las Tablas y Gráficas.
10. Análisis y Discusión de los 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.

IX. PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION DE ALUMNAS POR
EDAD Y SECTOR EDUCATIVO

EDAD EN AÑOS	SECTOR EDUCATIVO			
	PUBLICO	%	PRIVADO	%
13	4	2.0	4	5.9
14	22	11.1	23	34.3
15	117	59.4	28	41.8
16	40	20.3	9	13.4
17	10	5.0	3	4.5
18	4	2.0	0	0.0
TOTAL	197	100%	67	100%

FUENTE: Cuestionario sobre Sexualidad y Enfermedades de Transmisión Sexual.

CUADRO No. 2

INGRESO FAMILIAR EN
ALUMNAS DE EDUCACION MEDIA
POR SECTOR EDUCATIVO

INGRESO FAMILIAR	SECTOR EDUCATIVO			
	PUBLICO	%	PRIVADO	%
ALTO	36	18.27	47	70.15
MODERADO	76	38.58	20	29.85
BAJO	85	43.14	0	0
TOTAL	197	100%	67	100%

BAJO: Q. 750 a 1200
 MODERADO: 1201 a 2500
 ALTO: MAS DE 2,500

FUENTE: Cuestionario sobre Sexualidad y Enfermedades de Trans-
 misión Sexual.

CUADRO No. 3

ESCOLARIDAD DE LOS PADRES DE LAS
ALUMNAS DE EDUCACION MEDIA
POR SECTOR EDUCATIVO

ESCOLARIDAD SECTOR		ANALFABETISMO	PRIMARIA		BASICOS		DIVERSIFICA- DO.		UNIVERSITARIO	
			INCOM.	COM.	INCOM.	COM.	INCOM.	COM.	INCOM.	COM.
PUBLI- CO.	MADRE	14	38	59	4	30	8	30	2	12
	PADRE	8	28	58	12	26	2	24	19	20
PRI- VADO	MADRE	00	0	3	3	9	3	44	4	1
	PADRE	00	2	3	0	3	3	45	02	09

INCOM = INCOMPLETO

COM. = COMPLETO

FUENTE: Cuestionario sobre Sexualidad y Enfermedades de Transmisión Sexual.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

CUADRO No. 5

CONOCIMIENTOS SOBRE LOS MODOS DE
TRANSMISION DEL SIDA EN ALUMNAS DE
EDUCACION MEDIA POR SECTOR EDUCATIVO

MODO DE TRANSMISION	SECTOR EDUCATIVO	
	PUBLICO	PRIVADO
CONTACTO SEXUAL	175	63
TRANSFUSION SANGUINEA.	124	49
ACUJAS E INSTRUMENTOS CONTAMINADOS.	78	42
MATERNO-FETAL.	10	12

* EVALUACION DE CONOCIMIENTOS CON
BASE A PREGUNTA: 31.

FUENTE: Cuestionario sobre Sexualidad y Enfermedades de Trans-
misi3n Sexual.

CUADRO No. 6

CREENCIAS SOBRE LA MASTURBACION
EN ALUMNAS DE EDUCACION MEDIA
POR SECTOR EDUCATIVO

CREENCIAS	SECTOR EDUCATIVO	
	PUBLICO	PRIVADO
ALGO NATURAL	54	12
UN DESAHOGO	08	06
ALGO SIN IMPORTANCIA	16	03
ALGO SUCIO Y VERGONZOSO	90	31
UNA PERVERSION	28	14

FUENTE: Cuestionario sobre Sexualidad y Enfermedades de Transmisión Sexual.

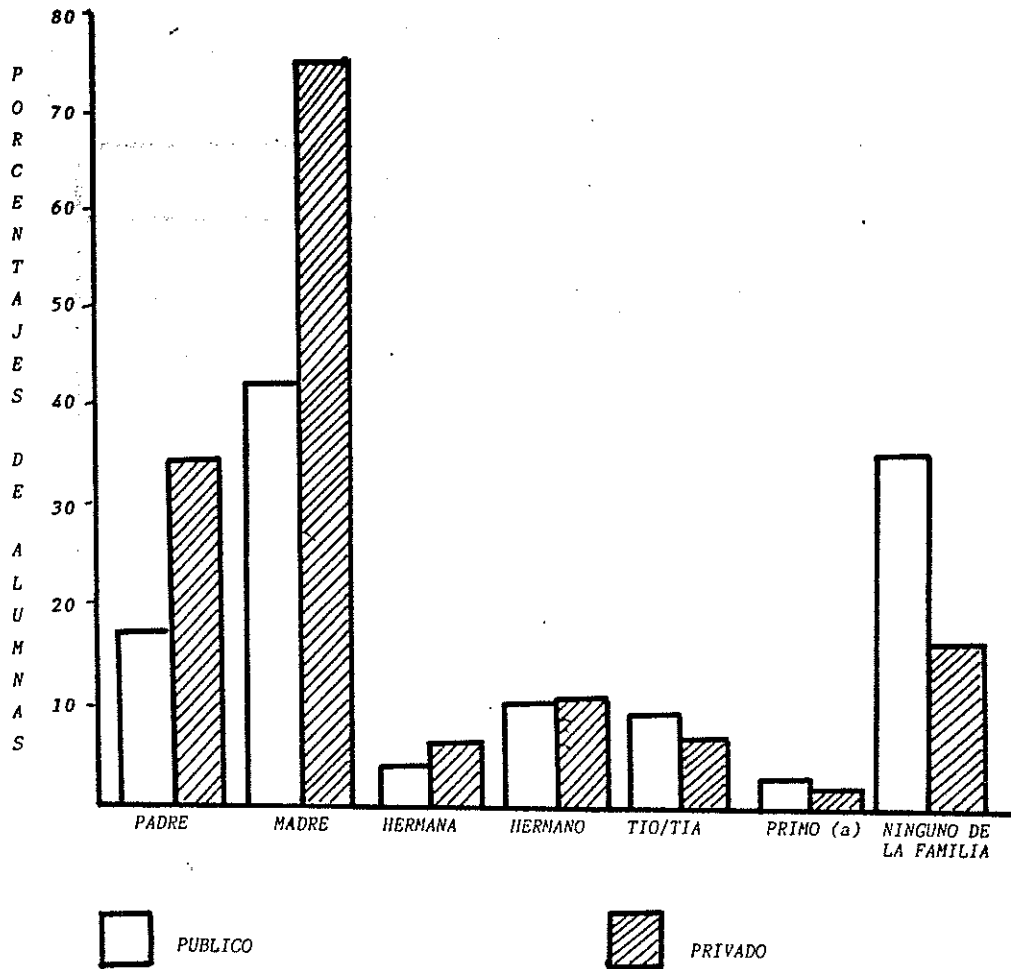
CUADRO No. 10

ORIENTACION SOBRE SEXUALIDAD Y
ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL
EN ALUMNAS DE EDUCACION MEDIA
DENTRO DE SU FAMILIA

FAMILIAR QUE ORIENTO	SECTOR EDUCATIVO	
	PUBLICO	PRIVADO
PADRE .	36	23
MADRE	84	50
HERMANO	8	4
HERMANA	20	7
TIO/TIA	18	4
PRIMO (A)	6	1
OTRO CUÑADO	1	0
NINGUNO	70	11

FUENTE: Cuestionario sobre Sexualidad y Enfermedades de Transmisión Sexual.

ORIENTACION SOBRE CONOCIMIENTOS DE SEXUALIDAD Y
ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL EN ALUMNAS
DE EDUCACION MEDIA DENTRO DE SU FAMILIA
POR SECTOR EDUCATIVO.



FUENTE: Cuestionario sobre Sexualidad y Enfermedades de Transmisi3n Sexual.

CUADRO No. 11

ORIENTACION SOBRE SEXUALIDAD
Y ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL
EN ALUMNAS DE EDUCACION MEDIA

PERSONA QUE LE ORIENTO	SECTOR EDUCATIVO	
	PUBLICO	PRIVADO
MEDICO	36	14
RELIGIOSO	10	03
PROFESOR	87	36
PSICOLOGO	30	03
AMIGO	10	04
AMIGA	30	16
NOVIO	02	02
NINGUNO	44	03

FUENTE: Cuestionario sobre Sexualidad y Enfermedades de Transmisión Sexual.

CUADRO No. 12

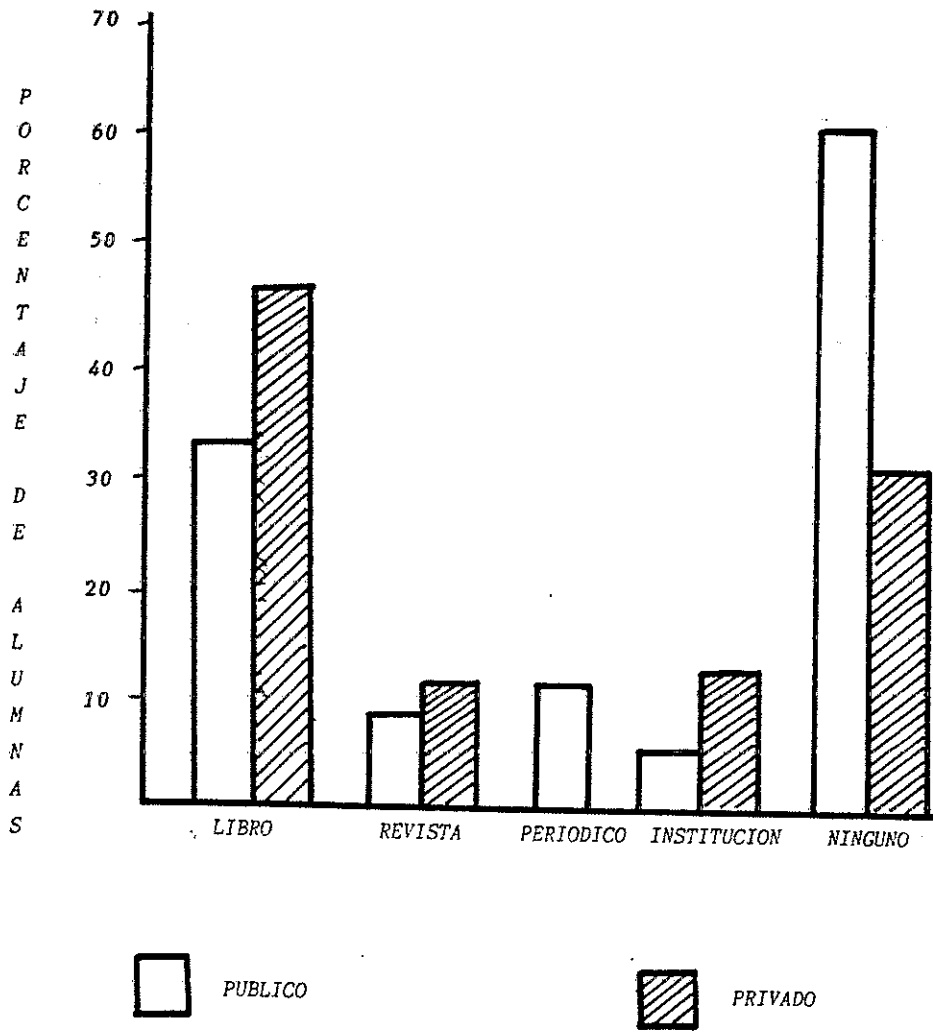
MEDIOS DE OBTENCION DE INFORMACION SOBRE
SEXUALIDAD Y ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL
EN ALUMNAS DE EDUCACION MEDIA

MEDIO DONDE HA BUSCADO INFOR- MACION	SECTOR EDUCATIVO	
	PUBLICO	PRIVADO
LIBRO	66	32
REVISTA	16	07
PERIODICO	20	00
INSTITUCION DE ORIENTACION.	10	08
NINGUN MEDIO	119	20

FUENTE: Cuestionario sobre Sexualidad y Enfermedades de Transmisión Sexual.

GRAFICA No. 4

MEDIOS PARA LA OBTENCION DE CONOCIMIENTOS SOBRE
SEXUALIDAD Y ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL EN
ALUMNAS DE EDUCACION MEDIA POR SECTOR EDUCATIVO.



FUENTE: Cuestionario sobre Sexualidad y Enfermedades de Transmisi3n Sexual.

X. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS**CUADRO No. 1:**

Podemos observar la distribución de alumnas por edad y sector educativo y notamos que el grueso de la población se encuentra con 15 años de edad con 59.4 y 47% para el sector público y privado respectivamente. Los extremos etareos están representados por 13 años para ambos grupos 18 solo en el sector público.

CUADRO No. 2:

Se presenta el ingreso familiar de los alumnos por sector educativo y podemos observar claramente que el sector público tiene un ingreso familiar alto en 18% vrs. 70.15% para el sector privado, también se observa que el sector público recibe un ingreso bajo de 43.15% mientras que el bajo en el otro sector es de 0.

CUADRO No. 3:

Se puede observar en este cuadro la escolaridad de los padres de las alumnas, y notamos que el sector público el 29.44% cursaron la primaria completa el 7.11% de ellos son analfabetas en tanto en el sector privado el 67.2% cursaron el diversificado completo 13.43% universitario completo y no existen analfabetos.

CUADRO No. 4:

En este cuadro observamos que el nivel de conocimiento se ve muy influenciado por el nivel socioeconómico del individuo ya que en el sector público casi el 30% de las alumnas presentaron un nivel de conocimiento regular y deficiente mientras que en el sector privado el 83.6% presenta un nivel de conocimiento bueno y muy bueno; lo que marca una amplia diferencia entre los 2 grupos y coloca al último como uno de mejor conocimiento.

CUADRO No. 5:

Se presenta en este cuadro los conocimientos sobre los modos de transmisión del SIDA en donde el contacto sexual es conocido como el modo predominante en 88 y 95% para el público y privado respectivamente. Se puede notar además que los modos restantes de transmisión ambos sectores presentan porcentajes mucho mas bajas de conocimiento.

CUADRO No. 6:

Podemos observar en este cuadro las creencias sobre masturbación en alumnas de educación media y resalta a la vista que la mayoría cree que la masturbación es algo sucio y vergonzoso además perverso.

Notamos que ambos grupos piensan de igual forma ya que se presentan en el sector público 60% y 67% para el sector privado. En tanto consideran que es algo natural solo el 27 y 17% para el público y privado respectivamente.

CUADRO No. 7:

Podemos ver en este cuadro, la reacción de las alumnas ante su primera menstruación observamos que a pesar de la diferencia cultural socioeconómica ambos grupos se encontraban preparadas y orientadas para esperarla lo que se evidencia con 77.7% en el sector público y 80.5% para el privado lo que indica que la mayoría fueron preparadas.

Solo una minoría 7.0% para el público y 4.4 para el privado indicaron haber experimentado miedo ante su primera menstruación.

CUADRO No. 8:

El presente cuadro nos da a conocer la reacción de las alumnas ante las pláticas sobre el SIDA. Nos llama la atención que ambos grupos se distribuyen alrededor de dos tipos de reacción interesada y preocupada. El sector público se expresó de esa forma en 83% y el privado 88% el resto de la población indicó que se encontraba lejos de ser afectada por la enfermedad.

CUADRO No. 9:

En este cuadro se presentan la actitud hacia las pláticas sobre sexualidad y enfermedades de transmisión sexual.

Podemos observar que el sector público se pronunció en una actitud adecuada en 72.6% mientras que el privado lo hizo en 88.05% por otra parte podemos ver que el resto de la población se expresó como moderadamente adecuada y un porcentaje muy bajo indicó que eran inadecuadas en 4 y 1.5% para el público y privado respectivamente.

CUADRO No. 10:

Se presenta en este cuadro las personas que han sido las que han orientado a las alumnas sobre sexualidad y enfermedades de transmisión sexual. Observamos que en los dos grupos las personas que han orientado son los padres, pero lo que llama especialmente la atención es la diferencia entre los porcentajes de los orientados ya que en el sector público solo el 18.2% han sido orientados en tanto que en el privado el número llega al 42%, lo que deja ver que éste último ha sido más orientado.

Algo muy importante es que el 35% de las alumnas del sector público no fueron orientados por nadie en su familia.

Mientras que en el sector privado solo el 16% careció de la orientación poniendo en evidencia la correlación entre el factor socioeconómico y cultura para la orientación sobre el tema.

CUADRO No. 11:

En este cuadro se presentan las personas que han orientado a las alumnas sobre sexualidad y enfermedades de transmisión sexual que no pertenecen a su familia. Se puede observar claramente que las personas que más han orientado son los profesores y los médicos se observa que el sector público 62.18 y 74.5% del sector privado afirmaron lo anterior.

Lo más llamativo del cuadro es que en el sector público 22.37% nunca han sido orientados por ninguna persona fuera del

seno familiar, en tanto en el sector privado el porcentaje de personas no orientadas es solo el 4% lo que evidencia que las condiciones socioeconómicas influyen directamente sobre la orientación y preparación de los alumnos.

CUADRO No. 12:

Podemos observar en este cuadro la distribución de los medios e instituciones de orientación donde los alumnos han buscado información. En el sector público solo el 39.5% han buscado información en libros revistas y periódicos y un bajo porcentaje en instituciones, en tanto en el sector privado el 70% de la población ha buscado orientación en los medios y mencionados lo que deja ver que el 60.4% de las alumnas de sector público nunca ha buscado información en esos medios vs 29% del privado, lo que permite ver una gran desigualdad de doble de las alumnas.

XI. CONCLUSIONES

1. Existe una marcada diferencia en el nivel de conocimiento entre el sector público y el privado ya que este último demostró poseer conocimientos más adecuados sobre el tema.
2. La mayoría de las alumnas de educación media estaban preparadas y orientadas para su primera menstruación.
3. La actitud de los adolescentes hacia la sexualidad y enfermedades de transmisión sexual es adecuada.
4. Las alumnas de educación media tienen creencias equívocas sobre la masturbación tanto en el hombre, como en la mujer.
5. Existe correlación directa entre la escolaridad de los padres y la orientación sobre sexualidad y enfermedades de transmisión sexual en las alumnas.
6. La orientación dentro del seno familiar está dada principalmente por la madre y el padre, fuera del mismo, los maestros y los médicos constituyen la principal fuente de información, los medios usados para la obtención de información son: libros, revistas, periódicos y APROFAM.
7. El grado de riesgo en las alumnas de educación media, va a ser mayor en institución pública, por escasez de información adecuada y oportuna.

XII. RECOMENDACIONES

1. *Agregar al pensum de estudios, programas de educación sexual en los distintos niveles educativos los cuales sean evaluables y con carácter obligatorio.*
2. *Mejorar la orientación sobre sexualidad a nivel de la Escuela primaria para que los alumnos tengan una base teórica para enfrentar la situación niño-adolescente.*
3. *Insistir a los padres de familia sobre la importancia de una orientación sexual en sus hijos.*
4. *Promover campañas de educación sexual por los medios de comunicación.*
5. *Concientizar a los maestros para que promuevan el uso de las instituciones de educación y orientación sexual: APRO-FAM, CODETS, AGES etc.*

XIII. RESUMEN

El presente trabajo fué realizado en dos centros educativos de nivel medio, por el sector público: Instituto para Señoritas BELEN y por el privado: Colegio para Señoritas EUROPEO.

Estos centros cuentan con estudiantes adolescentes que encajan con las características del estudio.

Se recopiló información a través de un cuestionario que evaluó con preguntas sencillas sobre sexualidad y enfermedades de transmisión sexual, las cuales fueron entregadas a cada alumna con el uso de la tabla de números aleatorios.

Se demostró que existe una marcada diferencia en los conocimientos sobre el tema, en los que el sector privado demostró tener mejores conocimientos que el público.

Además se pudo comprobar que los estudiantes buscan orientación al respecto en libros, revistas e instituciones como APROFAM, CODETS, AGES etc. para mejorar sus conocimientos.

También nos permitió demostrar que existe correlación directa entre el estado cultural socioeconómico y los conocimientos y actitudes estudiados.

Finalmente se hace un llamado a las entidades relacionadas con educación sexual para que continuen en la constante promoción y formación de cada individuo.

XIV. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. AGES. ENCUESTA SOBRE SEXUALIDAD Y SALUD EN JOVENES, CENTRO DE CONTROL DE ENFERMEDADES VENEREAS 1988.
2. AMEZUA EPIFANIO, CICLOS DE EDUCACION SEXUAL, 2da. EDICION BARCELONA 1993 (pp. 70-73).
3. APROFAM, BASES DE LA EDUCACION SEXUAL, TOMO 1 1991 (pp. 70-73).
4. APROFAM, MANUAL DE EDUCACION SEXUAL, DEPARTAMENTO DE CAPACITACION 1992 (pp. 12-14).
5. BAYONA ROMAN H. SEXUALIDAD Y ADOLESCENTE, EN SU: ENCICLOPEDIA DE LA PSICOLOGIA 2da. EDICION BARCELONA, OCEANO 1987 (pp. 99-143).
6. BIALY BABRIEL. HASELRIN F. PREVENTING UNINTENDEN PREGNANCY EN SU: AMERICAN JOURNAL OF OSTETRICS AND GYNECOLOGY APRYL 1994.
7. BOTELLA LI. ENFERMEDADES DEL APARATO GENITAL FEMENINO EN SU: TRATADO DE GINECOLOGIA 12ava. EDICION BARCELONA 1978 (pp. 157-168).
8. DE LA MORA OSCAR. EDUCACION SEXUAL PARA LA JUVENTUD. PRIMERA EDICION 1985 EDITORIAL JOSE PINEDA IBARRA 1985 (pp. 17-42).
9. FARROW JAMES. ADOLESCENT MEDICINE EN SU: THE MEDICAL CLINICS OF NORTH AMERICA VOLUME 7 NUMBER 5 SEPTEMBER 1990.
10. GOODMAN Y GILMAN. LAS BASES FARMACOLOGICAS DE LA TERAPEUTICA 8a. EDICION EDITORIAL INTERAMERICANA. 1991.
11. GUYTON ARTHUR C. TRATADO DE FISILOGIA MEDICA. 8a. EDICION EDITORIAL INTERAMERICANA 1989. (pp. 930-948).
12. HERANT, A. LAS BASES DE LA SEXUALIDAD HUMANA PRIMERA EDICION BARCELONA 1979. (pp. 23-28).
13. KRUPP A. DIAGNOSTICO CLINICO Y TRATAMIENTO 14ava. EDICION EDITORIAL INTERAMERICANA MEXICO 1988 (pp. 73-103).
14. LEWIS ALISON. LA ENSEÑANZA DE LA SEXUALIDAD HUMANA EN LAS ESCUELAS. NEW YORK 1985 (pp. 100-102).
15. MERCK A. EL MANUAL MERCK DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO 8a. EDICION NEW YORK 1988 (pp. 152-1545).
16. NEINSTEIN L. S. ADOLESCENT HEALT A PRACTICAL GUIDE URBAN BALTIMORE MUNICH 1992. (pp. 16-19).

17. PASTORECK JOSEPH SEXUALLY TRANSMITED DISEASES EN SU: OBSTETRICS AND GINECOLOGY CLINICS OF NORTH AMERICA VOL. 16 NUMBER 5 SEPTEMBER 1989.
18. PERNOL L. M. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO GINECOLOGICO EDICION PRENTICE HALL. EDITORIAL EL MANUAL MODERNO SA DE CV MEXICO 1991 (pp. 145-148).
19. RODRIGUEZ R.J. ADOLESCENCIA Y SALUD. CUARTA ANTOLOGIA EDICIONES SAN JOSE, SAN JOSE COSTA RICA. 1992.
20. ROBINS Y COTRAN. PATOLOGIA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL TERCERA EDICION INTERAMERICANA MEXICO 1988 (pp. 210-215).
21. SINGS SUSTIELLA. ADOLESCENTES DE HOY PADRES EL MAÑANA. EDICION ALLAN GUTMACHER INSTITUTE NEW YORK 1000 EE 1992.
22. TAYLOR DONAL. EL DESARROLLO SEXUAL HUMANO. EDICION COLONIAL DEL VALLE. 434 MEXICO 1973 (pp. 456-458).
23. WILLIAMS. J.A. PRITCHAR, DMCDONALD N. GANT CUIDADOS PRENATALES EN SU: OBSTETRICIA CAPITULO 13 3a. EDICION MEXICO SALVAT (pp. 248-252).
24. ZIMMERMAN MAX. SEXUALIDAD Y VIDA. EDICION MEXICANA POR ORGANIZACION CULTURAL MEXICO 1986.

XV. ANEXOS



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA -
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CUESTIONARIO DE EVALUACION SOBRE CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y
ACTITUDES DEL ADOLESCENTE, SOBRE SEXUALIDAD Y ENFERMEDADES DE
TRANSMISION SEXUAL.

Edad _____ Grado que cursa _____ Fecha _____
Establecimiento _____
Grado que cursó el padre _____
Grado que cursó la madre _____
Ingreso familiar _____

Acontinuación se le presentan una serie de preguntas las
cuales son confidenciales, y cuyo fin es recabar información
en el campo de educación sexual y enfermedades de transmisión
sexual.

Le suplicamos su sinceridad en las respuestas. (Recuerde
que es confidencial).

Marque la respuesta que considere correcta encerrándola
en un círculo. Elija una sola alternativa.

1. CONSIDERO QUE EL SEXO ES:
 - a. Algo sucio y prohibido.
 - b. Que un hombre se acueste con una mujer y tengan relaciones.
 - c. Que un hombre o una mujer, se masturbe.
 - d. Condición orgánica que distingue al macho de la hembra.
 - e. Todas las anteriores son ciertas.
2. LAS PLATICAS SOBRE SEXUALIDAD ME PARECEN:
 - a. Inadecuadas
 - b. Moderadamente adecuadas
 - c. Adecuadas.
3. LA PRIMERA MENSTRUACION (REGLA), CONSIDERA USTED QUE:
 - a. Es algo que le produjo miedo.
 - b. Es algo que le produjo nausea.
 - c. Algo que le produjo rechazo.
 - d. Estaba preparada y orientada para esperarla.
 - e. Ninguna de las anteriores.
4. CONSIDERA USTED QUE LA ADOLESCENTE ES:
 - a. Una niña que ya se pinta.
 - b. La mujer comprendida entre los 12 y 19 años.
 - c. La mujer que ha desarrollado sus pechos y le ha salido pelo en axilas y genitales.
 - d. Adolescencia es lo mismo que pubertad.
 - e. Ninguna de las anteriores.
5. EL PERIODO DE DESARROLLO DE LOS PECHOS, SALIDA DE PELO EN LAS AXILAS Y GENITALES SE DENOMINA:
 - a. Adultos.
 - b. Adolescencia
 - c. Pubertad

20. LE HAN HABLADO ALGUNA VEZ DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL FUERA DE SU FAMILIA?
a. Sí
b. No (pase a la pregunta 21)
21. SI LA RESPUESTA ANTERIOR ES SI, QUIEN LE HA HABLADO DE ELLAS?
a. Un médico
b. Un religioso
c. Un profesor
d. Un psicologo
e. Un amigo
f. Una amiga
g. Otro especifique
22. HA BUSCADO USTED INFORMACION SOBRE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL?
a. Si
b. No (pase a la pregunta 24)
23. EN DONDE HA BUSCADO LA INFORMACION?
a. Un libro
b. Una revista
c. Un periódico
d. Una institución de orientación: APROFAM, CODETS, AGES.
24. CON RESPECTO A LA GONORREA SE CREE QUE:
a. Al hombre se le puede caer el pene
b. Al hombre se le pudren los testículos
c. Se cura aún sin tratamiento
d. En la mayoría de las mujeres no hay síntomas
e. La mujer puede quedar estéril si no se trata a tiempo.
25. CONSIDERA USTED QUE LA SIFILIS:
a. Es un castigo por tener relaciones sexuales
b. Puede ser tratada y no dejar complicaciones
c. No sabe nada acerca de la enfermedad
d. Produce chancro en el pene o cerca de la vagina
e. b y d son correctas.
26. SI UNA MUJER ÉMBARAZADA TIENE SIFILIS USTED CREE:
a. Que puede afectar al niño
b. Que no lo afecta
c. No sabe nada al respecto
d. La madre y el niño se morirán.
27. SI UNA DE SUS COMPAÑERAS TIENE FLUJO VAGINAL:
a. Le deja de hablar
b. Ya no se junta con ella por miedo de contagio
c. Le aconseja que vaya al médico
d. No le presta su baño cuando ella la visite.
e. No le pone importancia
28. SI UNA MUJER TIENE PAPILOMAS USTED CREE:
a. Se morirá sin remedio
b. Infectará a todos los que le hablen y se le acerquen

- c. No se le debe dar la mano
- d. Puede ser el principio de una lesión cancerosa
- e. No sabe nada al respecto.

29. AL HABLAR DE SIDA USTED SE SIENTE:

- a. Indiferente
- b. Interesada
- c. Preocupada
- d. Que usted está muy lejos de ser afectada por la enfermedad.

30. UN PACIENTE CON SIDA PUEDE:

- a. Contaminar los baños
- b. Contaminar los cubiertos y los trastos
- c. Contaminar la ropa
- d. Contagiar a alguien por un beso o un apretón
- e. Nada es correcto.

31. LOS MODOS DE TRANSMISION DEL SIDA SON:

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____

UNIVERSIDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central