

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD REPRODUCTIVA
EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD
DE SAN CARLOS DE GUATEMALA



VICENTE EVELYN LOPEZ HERRERA

En el acto de investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, octubre de 1996

DL
05
T(7539)

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

HACE CONSTAR QUE:

El (La) MAESTRO EDUC. FISICA VICENTE EVELYN LOPEZ HERRERA

Carnet Universitario No. 90-14868

Ha presentado para su Examen General Público, previo a optar al Título de Médico y Cirujano, el trabajo de tesis titulado:

CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD REPRODUCTIVA EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Trabajo asesorado por:

Doctor

ALLAN JACOBO RUANO

y revisado por:

Doctor

MARCO TULIO GARCIA

quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, firman y sellan la presente ORDEN DE IMPRESION.

Guatemala, 23 de octubre de 1996.

UNIDAD DE TESIS

DIRECTOR
CENTRO DE INVESTIGACIONES
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

IMPRIMASE:


Dr. Edgar Axel Oliva Gonzalez
DECANO

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA



Guatemala, 23 de octubre de 1996

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Doctor
Carlos Humberto Escobar Juárez
COORDINADOR
Unidad de Tesis
Presente

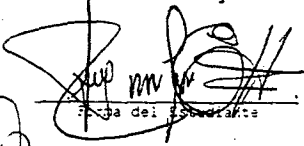
Se le informa que el MAESTRO DE EDUCACION FISICA
VICENTE EVELYN LOPEZ HERRERA

Nombres y Apellidos Completos

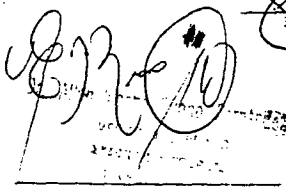
Carnet No.: 90-14068 ; ha presentado el Informe Final de su trabajo de tesis
titulado:

CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD REPRODUCTIVA EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD
DE CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

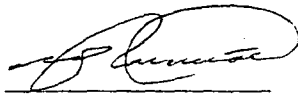
Del cual autor, asesor(es) y revisor nos hacemos responsables por el contenido,
metodología, confiabilidad y validez de los datos y resultados obtenidos; así
como de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones expuestas.



Firma del Estudiante



F.: Asesor
Nombre Completo y Sello Profesional:



F.: Revisor
Nombre Completo y Sello Profesional:
Reg. de Personal: 10043

adme

Dr. Marco Tulio Escobar
Médico y Cirujano
Colegio No. 36
Ginecología y Obstetricia



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Of. APR- UT-138-96

Guatemala, 23 de octubre de 1996

MAESTRO DE EDUCACION FISICA
VICENTE EVELYN LOPEZ HERRERA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
USAC
Presente.

Por este medio hago de su conocimiento que su Informe Final de Tesis, titulado CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD REPRODUCTIVA EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA ha sido **RECIBIDO**, y luego de revisado se ha establecido que cumple con los requisitos contemplados en el reglamento de trabajos de tesis; por lo que es autorizado para completar los trámites previos a su graduación.

Sin otro particular me suscribo de usted.

Respetuosamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Dr. Carlos Humberto Escobar Juárez
COORDINADOR



NOTA: La información y conceptos contenidos en el presente trabajo es responsabilidad única del autor.

apme

INDICE

	pag.
INTRODUCCION	1
DEFINICION DEL PROBLEMA	2
JUSTIFICACION	3
OBJETIVOS	4
REVISION BIBLIOGRAFICA	5
METODOLOGIA	18
PRESENTACION DE RESULTADOS	23
ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	45
CONCLUSIONES	50
RECOMENDACIONES	51
RESUMEN	52
BIBLIOGRAFIA	53
ANEXO	57

INTRODUCCION

La salud reproductiva se entiende como la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, con la libertad de elegir procrear o no, en que momento y frecuencia; así como, el derecho de obtener información y acceso a métodos seguros, eficaces y aceptables para la regulación de la fecundidad, así mismo involucra un estado de bienestar físico y mental, y no sólo una ausencia de enfermedades o dolencias relacionadas con el sistema reproductor. Existen estudios que indican que en Guatemala a nivel de educación básica sólo el 46.5% de los estudiantes reciben algún tipo de educación sexual; a nivel universitario existen estudios que tocan aspectos separados relacionados con salud reproductiva como el estudio realizado en 1993 titulado "Conocimientos actitudes y prácticas sobre sexualidad en el estudiante de Ciencias Médicas". En el que se concluyó que el 43.16% de la población estudiada recibió su primera información sobre anticoncepción en la secundaria.

Este estudio determina los conocimientos que poseen los estudiantes sobre aspectos básicos de la salud reproductiva como son: conocimientos sobre sexo y sexualidad, conocimientos sobre enfermedades de transmisión sexual y conocimientos sobre anticoncepción, así mismo le permite emitir su opinión sobre la necesidad o no de incluir cursos sobre salud reproductiva en el pensum de la carrera.

Los principales resultados obtenidos son que los conocimientos sobre salud reproductiva de los estudiantes son deficientes pues sólo una minoría conocen términos relacionados con la sexualidad; tales como: felación, cunilinguo y coito. Así mismo sólo el 68.3% conocen la manera en que puede evitarse la adquisición de enfermedades de transmisión sexual y sólo la mitad saben que los anticonceptivos orales son el mejor método para evitar embarazos en matrimonios jóvenes. Finalmente la mayoría consideran necesario incluir cursos sobre salud reproductiva en el pensum de la carrera,

DEFINICION DEL PROBLEMA

La salud reproductiva se entiende como un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el aparato reproductor. El desconocimiento de ésta, trae consecuencias negativas al desarrollo de un país y por ende afecta a su población.

Guatemala, país que afronta una crisis socioeconómica, demográfica y cultural que obstaculizan la implementación de acciones tendientes a promover la paternidad-maternidad consiente y responsable en su población.(25) Población que en un gran porcentaje carece de educación y acceso adecuado a la información exacta y servicios de salud reproductiva, obligándola a recurrir usualmente a métodos inadecuados de planificación familiar y a remedios caseros con el objeto de terminar con un embarazo no deseado; remedios que en su mayoría son ineficaces y dañinos para la madre y su producto.(33)

El embarazo a edad temprana es otra de las consecuencias y condicionantes de ésta crisis, ya que el 44% de las mujeres tienen su primer hijo antes de cumplir los 20 años de edad contribuyendo así a mantener la alta tasa de fecundidad (5.6 hijos por mujer). Convirtiéndose esto en barrera para mejorar la condición socioeconómica y cultural de los involucrados, y en un riesgo de morbi-mortalidad para el grupo materno-infantil.(26)

La mayoría de estudiantes de nivel básico, no reciben la educación sexual mínima y adecuada a la edad y necesidades, lo que resulta ser un riesgo para su salud reproductiva, pues podrían optar por conductas sexuales promiscuas que incrementen aún más la posibilidad de adquirir enfermedades de transmisión sexual y verse involucrados en un embarazo a edad temprana; en Guatemala sólo el 46.5% de éstos reciben algún tipo de educación sexual (33); el estudio de tesis realizado por la Br. Anabella Marcos en 1993 titulado: Conocimientos, practicas y actitudes sobre sexualidad del estudiante de Ciencias Médicas de la USAC, concluyó que el 43.16% de la población estudiada recibió la primera información sobre anticoncepción en la secundaria, el 27.02% de sus padres y un 18.7% de sus amigos (22). En otro estudio similar, se documentó que el 77% de los hombres y un 16% de las mujeres tuvieron su primer contacto sexual antes de cumplir los 20 años (19).

El presente estudio trata de determinar los conocimientos que tienen los estudiantes de medicina sobre salud reproductiva; esto con el objeto de plantear recomendaciones acordes a la realidad para disminuir el riesgo que involucra una salud reproductiva deficiente.

JUSTIFICACION

Adicionalmente a todos los riesgos de morbi-mortalidad que tiene la población en general, la mujer en edad reproductiva tiene aún más (25). La tasa de mortalidad materna para Guatemala, es 40 veces más alta que en otros países de la región y se estima que el 20% de las camas obstétricas están ocupadas por causas de abortos y sus complicaciones (26).

En Guatemala, siendo una sociedad integrada por gente joven en su mayoría; resulta de vital importancia que a dicha población se le brinde información, educación y orientación sobre salud reproductiva; evitando así el aumento de embarazos no deseados, maternidad precoz, enfermedades de transmisión sexual, abuso y explotación sexual, así como, incremento en el número de madres solteras.

La ausencia de educación sexual integral, orientada hacia métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual y conocimientos sobre sexo y sexualidad; son factores determinantes para causar confusión en la sexualidad individual y de pareja (33).

De aquí se aprecia la necesidad de impartir información al respecto a nivel universitario y principalmente en la carrera de Médico y Cirujano pues, son los médicos los primeros en ser consultados sobre éstos aspectos. En base a lo anterior se consideró importante realizar este estudio para determinar los conocimientos que poseen los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas sobre salud reproductiva.

OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar los conocimientos sobre salud reproductiva de los estudiantes de primero a sexto año de la carrera de Médico y Cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC. Julio, 1996.

ESPECIFICOS:

- 1-Identificar el conocimiento que poseen sobre educación sexual y sexualidad.
- 2-Determinar el conocimiento sobre enfermedades de transmisión sexual.
- 3-Identificar el conocimiento sobre métodos anticonceptivos en la población en estudio.

REVISION BIBLIOGRAFICA

SALUD REPRODUCTIVA:

Se entiende como la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, con la libertad de elegir procrear o no, en qué momento y frecuencia; así como, el derecho a obtener información y acceso a métodos seguros, eficaces y aceptables según sea su condición sociocultural para la regulación de la fecundidad y el derecho a recibir servicios adecuados de la salud que promuevan cambios orientados a lograr una paternidad-maternidad consiente y responsable que permita los embarazos y post-partos sin riesgos (23,25,33).

La salud reproductiva involucra un estado general de bienestar físico, mental y social y no una mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor sus funciones y procesos. Además de lo anterior, se dirige no sólo a satisfacer necesidades de planificación familiar sino a colaborar en la solución de problemas de infertilidad de las personas y/o parejas en edad reproductiva.

La salud sexual está encaminada al desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no solamente al asesoramiento en materia de reproducción y enfermedades de transmisión sexual (25). Esto implica que un programa bien diseñado de educación sexual produce cambios sustanciales en el comportamiento global de áreas como la función sexual, anticoncepción y fecundidad (33). Todo ello es primordial en la salud reproductiva, puesto que estudios revelan que hasta un 50% de los matrimonios fracasan por un desconocimiento anatómico escaso y falta de satisfacción sexual (15,33).

DERECHOS DE LA SALUD REPRODUCTIVA:

- El derecho de todas las personas a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos, y disponer de la información y de los medios para ello.
- El derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva.
- El derecho a adoptar decisiones sin sufrir discriminación, coacción ni violencia.

METAS DE LA SALUD REPRODUCTIVA:

- Promover los derechos de las personas en cuanto a salud reproductiva, en las políticas y programas estatales y comunitarios.
- Promover información sobre salud reproductiva, incluyendo educación sexual y planificación de la familia.
- Promover la equidad e igualdad de los sexos y asegurar que entre ambos controlen su propia fecundidad, pues esto es piedra angular de los programas dirigidos a la población.
- Contribuir a disminuir la morbi-mortalidad materno-infantil mediante la prevención del aborto, el embarazo no deseado y

el manejo adecuado de los embarazos en las mujeres con factores de riesgo reproductivo y obstétrico.

- Identificar casos de riesgo reproductivo e infertilidad.
- Fomentar la prevención de enfermedades de transmisión sexual, SIDA y violencia sexual.
- Eliminar las implicaciones socioculturales y religiosas de la planificación familiar (14,25,27).

MATERNIDAD PRECOZ:

En los últimos años han cambiado los modelos tradicionales de conducta sexual, y los adolescentes tienen cada vez más experiencias sexuales.

El riesgo que ocurran complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio es mucho más grande para las mujeres jóvenes que para las de edad mayor. En Estados Unidos se han reportado más de un millón de embarazos en adolescentes al año, de éstos nacen 600,000 mil niños y se producen 400,000 mil abortos(14). De acuerdo a la OPS en Latinoamérica la tasa de embarazos se ha incrementado, pues en 1970 el 30% de las adolescentes de 15 a 19 años habían tenido relaciones sexuales, el porcentaje aumentó a 50% para 1979 y el 13% de las jóvenes solteras habían quedado embarazadas (32). Estudios realizados en Panamá indican que 1 de cada 5 nacimientos corresponden a mujeres menores de 19 años y de éstas un 25% tuvieron su primer hijo antes de casarse o dentro de los primeros meses de matrimonio (31). Estudios realizados en Guatemala reportan que de 300,000 mil nacimientos al año el 11% de las madres tienen menos de 20 años (14). Esto es preocupante si consideramos que la edad en el momento del embarazo es un factor determinante de la salud futura y de la supervivencia de la mujer. Datos internacionales muestran que los riesgos de salud de la madre y del hijo se incrementan cuando:

- a- El embarazo es precoz, en mujeres menores de 18 años, cuando la joven está todavía en etapas de crecimiento.
- b- La mujer ha tenido múltiples embarazos antes de llegar a los 20 años de edad, esos embarazos representan un riesgo mayor.
- c- El embarazo en una mujer mayor de 35 años, cuando se inicia el envejecimiento de su sistema reproductor.

Las enfermedades y afecciones asociadas con el embarazo precoz o tardío abarcan: la pérdida del feto, la mortalidad perinatal, la mortalidad infantil, la mortalidad entre niños de 1 a 4 años y el bajo peso al nacimiento. Así mismo, la mortalidad y morbilidad materna están relacionadas con la edad; esta relación se muestra en la ruptura del útero, el prolapso uterino, las enfermedades del cuello uterino y las enfermedades de transmisión sexual (12,27).

EDUCACION SEXUAL:

Hay estudios que demuestran que los agresores sexuales e individuos con problemas sexuales crecieron en familias

represivas que carecen de educación sexual (28). La educación sexual es la parte de la educación general que contribuye a la formación integral del hombre y de la mujer para que pueda adquirir los valores, conocimientos y actitudes que le permitan realizar su autodeterminación y vivir su propia sexualidad de una manera adecuada, positiva y creadora dentro de su época, su familia y su comunidad (33).

La educación sexual del adolescente incluirá información acerca de la respuesta y placer sexual, además de las bases anatómicas y fisiológicas necesarias (8,10,18).

La sexualidad es una gran necesidad a efecto de superar las deficiencias siguientes:

- La ignorancia que sobre la sexualidad existe en todas las áreas de la población.
- Problemas socioculturales que afectan seriamente la sexualidad.
- El comportamiento sexual inconsciente de la población.
- La falta de programas adecuados de educación sexual(21,25).

OBJETIVOS DE LA EDUCACION SEXUAL:

1. Dirigida al individuo:

- Obtener conocimientos sobre aspectos psico-bio-sociales de la sexualidad.
- Mostrar aceptación del propio sexo sin temor, ansiedad o distorsión, expresando actitud objetiva hacia su comportamiento sexual y el de los demás.

2. Dirigida a la familia:

- Promover en los padres la educación de sus hijos con respecto a la sexualidad y la problemática que les plantea la vida.
- Explicar el significado de las relaciones sexuales y sus consecuencias, así como de su salud reproductiva.
- Inculcar los principios de paternidad-maternidad responsable.

3. Dirigida a la sociedad:

- Ser capaces de adaptarse mental y socialmente a la sexualidad de otros, desarrollando relaciones armoniosas con personas de su edad, de su propio sexo y de su sexo opuesto.
- Delinear las implicaciones sociales, médicas y religiosas en la planificación familiar.(25,33)

ANTICONCEPCION:

Puesto que es elevada la proporción de adolescentes que tienen relaciones sexuales, es importante brindarles información sobre anticoncepción. Estudios realizados en Guatemala por la OPS revelan una prevalencia anticonceptiva de 23% con una prevalencia de uso mayor en las áreas urbanas y de un 40% más en mujeres con educación secundaria.(31) Un estudio similar realizado por APROFAM revela la prevalencia del uso de anticonceptivos de un 21.5% y de éstos el 81.8% del grupo de 15 a 45 años no usa ningún método anticonceptivo (1).

Encuestas demográficas y de salud realizadas en Guatemala en mujeres en edad reproductiva, revelan que el 46% conoce la píldora, el 25% el condón, el 23% el método del ritmo, el 11% conoce el DIU y el 8% conoce los espermicidas(1,31). En cuanto a las fuentes de suministro de métodos anticonceptivos el Ministerio de Salud es una fuente importante de esterilización (50.7%), y en las zonas rurales suministra el 37.4% de métodos convencionales, complementadas con el suministro por clínicas privadas con un 29%. En cuanto a los proveedores del DIU, APROFAM aportó el 19.5% y médicos privados aportaron el 28.2%. En cuanto a anticonceptivos orales y condones, las farmacias son las principales fuentes con un 27% y 46% respectivamente (31). Es importante el hecho que en éstas encuestas el uso de anticonceptivos orales aumentaba con la edad, fluctuando desde el 12.7% en el grupo de 20-24 años, hasta el 27.7% en el grupo de 35-39 años, en general aumentaba la utilización de todos los métodos de planificación familiar(APROFAM 1985). Esto tendría mayor efecto en la tasa de natalidad si la planificación familiar la practicaran las mujeres con el más alto potencial de natalidad,(<35 años).(31)

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS:

Tienen como fin la planificación familiar mediante la prevención de la fertilidad temporal a diferencia de la esterilización que es su prevención permanente.(25)

CLASIFICACION DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS:

1- Métodos temporales:

1.1 Naturales:

- Abstinencia periódica.
- Método del moco cervical.
- Método del calendario o ritmo.
- Método de la temperatura basal.
- Coito interrumpido.

1.2 Métodos de barrera:

- Preservativos o condones.
- Diafragma.
- Espermicidas.

1.3 Anticonceptivos hormonales:

- Anticonceptivos orales.
- Anticonceptivos hormonales inyectables.

1.4 Dispositivo intrauterino.

2- Métodos permanentes:

- 2.1 Vasectomía.
- 2.2 Ligadura de trompas.
- 2.3 Histerectomía.

Métodos naturales:

Los métodos naturales como lo indica su nombre son aquellos en los que no se utiliza ningún instrumento o medicamento para evitar el embarazo. Son ideales para parejas que desean

medicamento para evitar el embarazo. Son ideales para parejas que desean espaciar los embarazos y cuyas creencias religiosas o culturales no les permiten usar otro tipo de método. (10,25,35)

Su eficacia es del 5% al 25%, aumentando si existe una motivación fuerte para evitar la concepción, además una de sus ventajas es que no producen ningún efecto secundario serio. Una de las pocas contraindicaciones es que la mujer tenga ciclos menstruales irregulares, ya que la mayoría se basa en la identificación del período fértil(25).

Abstinencia periódica; es el método en el que la pareja no practican el coito durante los días del mes en los que la mujer puede quedar embarazada más fácilmente, que suele ser alrededor del día 14 antes de su próxima menstruación. Es de difícil aplicación en mujeres con períodos menstruales irregulares.(2,25)

Método del moco cervical; se basa en los cambios que ocurren en el moco cervical durante el período menstrual. Cada vez que la mujer ovula, el moco cervical tiene un aspecto característico y con ciertas indicaciones la mujer aprende a reconocerlo y así puede determinar los días en que puede tener un embarazo.

Todos los días la mujer debe examinar el moco de la vagina con su mano limpia y estirarlo entre los dedos: Los días secos (moco seco y pegajoso) antes de la ovulación son infértiles. Las relaciones desde el inicio del flujo hasta cinco días después en que el moco es resbaloso y parecido a la clara de huevo, pueden provocar un embarazo.

Método del calendario o ritmo; para ello la mujer debe anotar la fecha de su menstruación en el calendario. Se debe considerar dos posibilidades:

-Mujer con ciclos regulares de 28 días; se marca el primer día de su menstruación, cuenta 10 días, y pone otra marca. Este será el primero de los 8 días fértiles, durante los cuales la relación sexual puede provocar un embarazo. Al terminar estos 8 días se vuelve a tener un período de seguridad.

-La mujer con ciclos irregulares; requiere registrar los últimos 8 a 12 ciclos para determinar el período fértil. Luego se identifica cual fue el período más corto y el más largo para utilizar la siguiente fórmula:

-ciclo menstrual más corto - 18 = 1er. día de peligro.

-ciclo menstrual más largo - 11 = último día de peligro.

Durante el primero y último día de peligro las relaciones sexuales pueden provocar un embarazo.(25)

Método de la temperatura basal; éste se basa en que la ovulación coincide con cambios ligeros en la temperatura de la mujer; con una subida rápida de aproximadamente 0.3 grados que se mantiene por varios días; en éste período lo más probable es que se produzca un embarazo.(25)

Coito interrumpido; es uno de los métodos naturales más antiguos para regular la fertilidad.

Métodos de barrera:

Condón o preservativo; es un objeto de goma que se usa para enfundar el pene antes del coito. No deja que el esperma entre en la vagina, es muy eficaz cuando se usa correctamente; sin embargo se estima que pueden ocurrir de 5 a 20 embarazos por 100 usuarios en el primer año. Además ayudan a prevenir las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el SIDA, poseen la desventaja de dificultar la actividad sexual al atenuar la sensibilidad durante el coito y es preciso planificar la disposición de condones. Su uso no tiene ninguna contraindicación.

Diafragma; es una semiesfera de hule latex con bordes semirígidos, al apoyarse en las paredes de la vagina y el pubis forma una barrera que impide el acceso de los espermatozoides al cérvix del útero. Su eficacia es similar a la de los preservativos; de 5 a 25 embarazos por 100 usuarias en el primer año. Dentro de las reacciones secundarias se citan las alergias, infecciones y cistitis recurrente.

Los espermicidas; como espumas, tabletas, cremas o jaleas neutralizan al esperma. Dentro de sus desventajas están las alergias, falta de privacidad para su colocación, además de ser considerados por algunas mujeres como sucios, debido a que la mayoría se aplican antes o durante la actividad sexual.(2,10,25)

Anticonceptivos Hormonales:

Anticonceptivos orales; están compuestos por hormonas sintéticas femeninas, actualmente contienen un promedio de 30 a 50 mcg.de estrógenos y no más de 1 mg.de progesterona(10). Su mecanismo de acción consiste en inhibir la ovulación por supresión de las gonadotropinas hipofisarias; estimulan la producción de moco cervical hostil para el espermatozoide, modifican el transporte tubárico al óvulo y alteran el endometrio dificultando la implantación.(2,10)

Las píldoras pueden causar náuseas, vómitos, cefaleas, cloasma y vulvovaginitis por candida. También pueden causar hipertensión arterial y aumentarla en aquellas pacientes con enfermedad crónica. Pueden incrementar el riesgo de muerte en las usuarias que fuman, padecen hipertensión arterial, diabetes o enfermedades cardiovasculares y son mayores de 35 años.

Están contraindicados en pacientes con:

-Problemas tromboembólicos.

-Accidente cerebrovascular.

-Migraña.

-Hemorragia vaginal no diagnosticada.

Dentro de las ventajas de su uso, se tiene que proporcionan protección contra dos de los cuatro tipos de cáncer que se presentan con mayor frecuencia en el aparato reproductor femenino; cáncer de los ovarios y el cáncer del endometrio. También regularizan el período menstrual y previenen la anemia al reducir el sangrado menstrual(10,25).

Anticonceptivos inyectables; estos tienen una duración prolongada, principalmente: DMPA (nombre comercial Depo-Provera) y NET EN (nombre comercial Noriesterat). Una mujer necesita una sola inyección cada dos o tres meses, debido a que las hormonas semejantes a la progesterona, son absorbidas en forma gradual por el cuerpo de la mujer, suprimiendo la ovulación. También existen otros anticonceptivos como el Toapasel (progesterona y estradiol), que se aplica una vez al mes obteniendo excelentes resultados, siendo uno de los productos que causa pocas reacciones secundarias. (10)

Una complicación seria es el sangrado vaginal excesivo, que ocurre en la mitad del 1% de las usuarias, alteraciones del ciclo menstrual, amenorrea y ciclos irregulares durante el primer año de uso. Dentro de sus ventajas se tiene la reducción del riesgo de cáncer de los ovarios y endometriales. Debido a que las inyecciones no tienen estrógeno, las usuarias no tienen que preocuparse por los problemas cardiovasculares(10).

Dispositivos intrauterinos:

Los dispositivos intrauterinos se han usado en todo el mundo desde hace casi 30 años. Pueden clasificarse en las siguientes categorías:

-No medicados o inertes

-Medicados; esto es, con cobre o liberadores de hormona.

De los ocho tipos de DIU, cuyo uso está ahora más difundido, dos son no medicados y seis tienen cobre (Cu). Los DIU hormonales liberan constantemente pequeñas cantidades de hormona esteroide en el útero, como lo es el Progesterat, que contiene 38 mg. de progesterona y la libera a razón de 65 mcg. por día durante un año. Estudios recientes indican que el DIU actúa en una etapa anterior del proceso reproductivo y realmente impide que los espermatozoides fecunden a los óvulos.

Dentro de los efectos secundarios están la hemorragia y el dolor, riesgo de anemia, perforación, expulsión y enfermedad inflamatoria pélvica. En el caso que se de un embarazo el DIU podría provocar el aborto, por lo que hay que retirarlo. Su eficacia es de 99% (2,10,15).

MÉTODOS PERMANENTES:

Estos son aquellos que son irreversibles, los cuales pueden ser practicados en el hombre como en la mujer. Es el método anticonceptivo más utilizado debido a que las técnicas quirúrgicas han mejorado. La esterilización voluntaria, tanto femenina como masculina, ofrece una manera segura de evitar los embarazos cuando la pareja ha tenido todos los hijos deseados. Entre las complicaciones tenemos que los errores quirúrgicos o malas condiciones sanitarias, pueden perforar vasos sanguíneos o causar infecciones respectivamente; menos del 2% experimentan complicaciones mayores. Generalmente se padece de dolores los cuales son pasajeros. Un porcentaje pequeño de mujeres se arrepienten de su decisión por haberse esterilizado.

los embarazos cuando la pareja ha tenido todos los hijos deseados. Entre las complicaciones tenemos que los errores quirúrgicos o malas condiciones sanitarias, pueden perforar vasos sanguíneos o causar infecciones respectivamente; menos del 2% experimentan complicaciones mayores. Generalmente se padece de dolores los cuales son pasajeros. Un porcentaje pequeño de mujeres se arrepienten de su decisión por haberse esterilizado.

La vasectomía consiste en cortar los conductos deferentes para prevenir la salida del esperma. El procedimiento tiene una efectividad del 99% si se hace correctamente, y una duración de sólo 15 minutos. Algunos hombres pueden tener problemas psicológicos, por temor a perder su virilidad (10,17,25).

ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL (ETS)

Cuando se tiene una pareja sexual, lo que menos se espera es contraer una enfermedad de transmisión sexual pero, si se puede adquirir una gripe o un resfriado, por estar cerca de alguien que está enfermo, porqué no pensar en una enfermedad de transmisión sexual, cuando se ha tenido un contacto más íntimo, como: besos, caricias, cópula, sexo oral o anal.(34)

Este tipo de enfermedades se presentan con mayor frecuencia en adolescentes, ya que por curiosidad se ven envueltos en situaciones de riesgo (relaciones sexuales con prostitutas, etc).(29)

Uno de los aspectos inusitados de las ETS, que las hace tan difíciles de eliminar en nuestra sociedad es que, en muchos casos, una persona puede tener una de éstas enfermedades y no presentar absolutamente ningún síntoma, situación que se da especialmente en mujeres. Por consiguiente, tal persona podría infectar a otros coparticipes sin saber jamás que él o ella era portador de una enfermedad.(6,34)

A continuación se describen las ETS más frecuentemente encontradas en nuestras sociedades.

GONORREA:

Es la ETS más extendida entre los adolescentes, es causada por un diplococo Gram - ; Neisseria gonorrhoeae. La infección se adquiere a través de la uretra, cérvix, ano, faringe y vía conjuntival. El período de incubación es de 3 a 8 días incluso hasta 20. Cerca del 80% de las mujeres y hasta un 20% de los hombres no presentan síntomas.(34)

Clinica:

Los varones, advierten una gota de pus que sale del pene antes de orinar por primera vez en el día, o constantemente un derrame lechoso. Puede haber además una sensación de hormigueo dentro del pene, o una sensación dolorosa de ardor mientras se orina. Si se presenta en la boca o garganta mediante sexo oral, puede causar dolor de

garganta o amígdalas edematizadas, y sensación de dolor en la parte inferior del abdomen. (6,15,34,35)

Diagnóstico:

Se toma muestra de cualquier derrame salido del pene, uretra, ano y/o boca con el objeto de realizar una tinción de Gram y cultivos bacteriológicos. (6)

Tratamiento:

Actualmente se utiliza Penicilina Procaína 4 millones UI intramuscular, más un gramo de Probenecid, asociada con Doxiciclina 100 mg. dos veces al día por siete días; debido a que el 15 a 20% de infección gonocócica se acompaña de infección por *Chlamidia trachomatis*. (7,34,35)

La gonorrea en etapas posteriores puede conducir a infecciones graves de los órganos reproductivos, esterilidad, ceguera, artritis paralizante y hasta cardiopatía secundaria.

SIFILIS:

Infección bacteriana causada por el *Treponema pallidum*; bacteria en forma de espiral. Se transmite habitualmente por contacto sexual. Vive muy pocos segundos fuera del cuerpo humano. (7)

Clínica:

Los síntomas aparecen en tres etapas:

Etapas:
Etapa I: el primer signo de sífilis es habitualmente la aparición de llagas duras indoloras y redondas (chancros). Estas llagas, que pueden sentirse como un botón bajo la piel, suelen aparecer primero en los genitales, pero pueden estar en la boca, los pechos o virtualmente en cualquier otra parte del cuerpo. Estos chancros desaparecen de una a seis semanas.
Etapa II: meses después de desaparecer los chancros, empiezan los síntomas de la etapa II. Algunas personas no presentan ninguno de éstos síntomas, mientras que otras presentan sólo alguno de ellos, aunque la enfermedad todavía está activa. En esta etapa, es posible que la persona infectada desarrolle síntomas parecidos a los de la gripe: fiebre, amígdalas edematizadas, fatiga, dolores sordos en las articulaciones y los músculos. Otros síntomas habituales en ésta etapa incluyen la caída del cabello por partes y una erupción de granos rojo-parduscos en las plantas de los pies o palmas de las manos. También éstos síntomas, sino son tratados desaparecen en pocos meses, aún cuando la enfermedad todavía exista en el cuerpo y se iniciará la etapa III.

Etapas:
Etapa III: Puede haber un período de 1 a 20 años antes de que la enfermedad entre en la etapa III. A ésta altura la enfermedad empieza a atacar alguno de los órganos vitales. Los síntomas variarán dependiendo del órgano afectado. Los síntomas pueden aparecer por primera vez hasta 3 meses después de estar en contacto con la enfermedad. (7,34)

Diagnóstico:

La prueba de VDRL. (Venereal Disease Research Laboratory) que se hace para la sífilis es sumamente eficaz. Sin embargo, como tarda de 6 a 12 semanas después de contraerse la sífilis

para que se haga positiva, un examen efectuado demasiado pronto puede dar un resultado falso negativo y dejar a la persona convencida de que no se ha contagiado, por lo que es muy conveniente repetir el examen al cabo de 3 meses. Esta prueba es positiva en el 70 a 80% de los pacientes con sífilis secundaria, no así en los pacientes con sífilis terciaria, en quienes se utilizan las pruebas treponémicas específicas como la prueba del anticuerpo treponémico absorbido (FTA-ABS).(7,10,18,28)

Tratamiento:

Penicilina benzatínica 2.4 millones de unidades, dividido en dos dosis iguales (en cada gluteo). Para los pacientes alérgicos a la penicilina, la eritromicina sigue siendo una buena opción a dosis de 500 mg. cuatro veces al día por diez días.(7,10,28)

Complicaciones:

En la etapa III, la enfermedad puede llevar a lesión cerebral, enfermedad cardíaca, lesión renal, lesión musculoesquelética o inclusive la muerte. (7)

HERPES GENITAL:

El agente etiológico es el virus del Herpes tip II, que causa el 85 al 90 % de las infecciones genitales. El período de incubación es de 2 a 10 días. El virus se transmite por contacto directo con la lesión por el acto sexual. Las lesiones se vuelven contagiosas unas 24 horas antes de brotar y lo siguen siendo hasta curarlas.(7,36)

Síntomas:

Es posible que los primeros síntomas no se presenten durante años después de la infección inicial, aunque también pueden presentarse en menos de dos días. Los primeros síntomas son de índole parecida a la gripe; incluyendo dolores sordos, dolor de cabeza, fiebre y amígdalas edematizadas. Además también hay picazón y dolores sordos en área genital. Más tarde hay una erupción de llagas dolorosas que pueden durar hasta dos semanas. Durante éste período es posible que las lesiones evolucionen o sangren. Después de éste ataque inicial, generalmente las lesiones reaparecen de manera periódica, sobre todo en momentos de estres físico y emocional. Aunque los atques suelen tornarse gradualmente menos severos, no hay en la actualidad modo alguno de eliminarlos.

Diagnóstico:

Se debe considerar la enfermedad, en toda persona con factores de riesgo. Los anticuerpos monoclonales del virus se han utilizado para lograr una identificación rápida del virus del Herpes simple tipo I y II.(36)

Tratamiento:

El único tratamiento efectivo es el Aciclovir. Sin embargo éste no es una cura, es efectivo únicamente para reducir los síntomas y apresurar la curación durante el primer brote. No obstante, es menos efectivo para tratar

episodios posteriores.

Recomendaciones que pueden contribuir a minimizar la extensión y duración de la infección:

1. Minimizar al máximo el estrés físico y emocional.
2. Impedir la extensión de la infección manteniendo secas y limpias las lesiones.
3. Colocar hielo sobre las lesiones, para minimizar el dolor.
4. Evitar cualquier actividad sexual mientras las lesiones sean evidentes. (8,34)

SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

Es la más reciente y letal enfermedad de transmisión sexual. Se caracteriza por infecciones oportunistas y trastornos malignos poco habituales. Es causado por un retrovirus humano que infecta los linfocitos y otras células con marcadores de superficie CD4. El período de incubación varía de meses a años. Hasta el 85% de sus víctimas mueren en menos de dos años después del diagnóstico. (7,34)

Según reportes del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en Guatemala, para 1995 se habían acumulado un total de 1519 casos, correspondiendo al sexo masculino el 74.3% y 25.67% al sexo femenino. (24)

En general los grupos de alto riesgo pueden considerarse que son aquellos que realizan prácticas sexuales promiscuas ya que el 71% de las personas infectadas pertenecen a este grupo. Hoy en día se cree que cualquier práctica sexual ocasional puede ser de alto riesgo, así también son vulnerables las personas que reciben transfusiones sanguíneas, los usuarios de drogas i.v. y las prostitutas. En Guatemala los factores de riesgo que más se asocian con la alta frecuencia de casos son: heterosexualidad con un 53.12%, homosexualidad con 16.19% y heteropromiscuidad con 13.10% (3).

La forma de transmisión es por medio de relaciones sexuales, en donde existe o se provoca una erosión de la mucosa vaginal, penéana o anal, dependiendo de la forma de coito que se realiza, permitiendo el libre paso del virus al torrente sanguíneo, a través de las lesiones provocadas.

Síntomas:

Los síntomas son inespecíficos al principio y es posible que empiecen a aparecer hasta un año después del contacto. Estos pueden incluir cualquiera de los siguientes: fiebre, erupciones, amígdalas edematizadas, cefalea, tos, disnea, diarrea o pérdida de peso sin perder el apetito. (7,34)

Diagnóstico:

Se debe sospechar SIDA en todo paciente con factores de riesgo y que presente los síntomas arriba indicados. Este se basa en la determinación de anticuerpos Anti-VIH en el suero mediante el ensayo inmunoabsorbente ligado a la enzima (ELISA), corroborando el diagnóstico mediante la prueba específica de Western Blot. Existen otras pruebas recientes como la reacción en cadena de la polimerasa, co-cultivo de VIH y antígeno p-24. (7,16,20)

Tratamiento:

Hasta el momento no se conoce ningún tratamiento específico para erradicar el virus. Todos son ensayos y están dirigidos a brindar un nivel de vida aceptable al paciente y tratar las complicaciones secundarias que se vayan presentando en el curso de la enfermedad.(7)

HEPATITIS B:

Es producida por un virus hepatotrópico, el virus de la Hepatitis B. El virus completo o partícula de Dane consta de una proteína, de la envoltura vírica que contiene el antígeno de superficie de la hepatitis B [HBsAg]) y de la nucleocápside del virus (que contiene el antígeno nuclear [core] de la hepatitis B [HBcAg]). El antígeno de superficie se detecta en el suero de casi todos los pacientes con infección aguda y crónica por virus de la HB. El HBcAg, no circula libremente, pero se detecta en los hepatocitos con multiplicación vírica activa.

El período de incubación varía de 4 a 6 semanas con un promedio de 50 días. La infección del virus de la Hepatitis B se transmite por vía parenteral. Puede ser a través de la inoculación manifiesta (transfusión, inyección con aguja contaminada), o por contacto sexual (parejas sexuales, madre a recién nacido). La sangre es el vehículo más eficaz de transmisión, pero el HBsAg también está presente en otros líquidos y excretas corporales (saliva, semen, etc).

Sintomatología:

Suele iniciarse con síntomas inespecíficos, como debilidad general, falta de apetito, náuseas y vómitos, fatiga, mal estado general, artralgia, mialgias, cefalea, fotofobia, faringitis, tos, y coriza preceden a la ictericia en una o dos semanas; suelen haber alteraciones del olfato y gusto. A menos que la Hepatitis B se anuncie por un síndrome parecido a la enfermedad del suero, excepcionalmente puede haber fiebre de 39.5 a 40 grados centígrados acompañando a los síntomas generales. El propio paciente suele descubrir la orina oscura y las heces blanquecinas uno a cinco días después de aparecer la ictericia.

Tratamiento:

No existe tratamiento específico para la hepatitis viral aguda, es posible que los enfermos graves necesiten hospitalización pero no son la mayoría. Algunas personas se sienten mejor al limitar su actividad física, y la alimentación intravenosa es necesaria durante la fase aguda si los vómitos son persistentes y no tolera la ingestión, luego se aconseja una dieta hipercalórica. Debe evitarse los medicamentos que producen colestasis y los que se metabolizan en el hígado. El aislamiento físico de los paciente rara vez es necesario.(7,28)

Profilaxis:

-Previo a la exposición: esta debe administrarse a los paciente en los que se prevén múltiples transfusiones

sanguíneas, profesionales sanitarios, usuarios de drogas i.v. contactos íntimos de portadores de antígeno de superficie, homosexuales, contactos heterosexuales de portadores de antígeno de superficie. La profilaxis previo a la exposición se efectúa con la vacuna del virus de la hepatitis B que se administra uno a seis meses antes de la exposición. Se recomienda administrar tres dosis de 10, 20 o 40 ug, según sea el caso, (pacientes sometidos a hemodiálisis y a los inmunodeprimidos) por vía i.m. en el deltoides.

- Tras la exposición: es esencial en el período perinatal. Todos los hijos de madres infectadas deben recibir IgHb y un programa básico de vacunación que se inicia a las 24 horas del nacimiento, ya que el riesgo de infección crónica es elevado.

Complicaciones:

La complicación más temida de la hepatitis viral es la hepatitis fulminante (necrosis hepática masiva); por fortuna, es rara, se presenta sobre todo en hepatitis B y delta. A la hepatitis B le corresponde más del 50% de los casos. La hepatitis activa crónica es una complicación tardía de la hepatitis B aguda que se presenta en aproximadamente 1 de 3 de los casos. Son complicaciones más raras; pancreatitis, miocarditis, neumonía atípica, anemia aplástica, mielitis transversa y neutropenia periférica. (7)

METODOLOGIA

A. TIPO DE ESTUDIO:

Observacional descriptivo de corte transversal.

B. POBLACION DE ESTUDIO:

Estudiantes de ambos sexos inscritos para 1996 en primero, segundo, tercero, cuarto, quinto y sexto año de la carrera de Médico y Cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas

C. MARCO MUESTRAL:

Listado de estudiantes que cursan primero, segundo, tercero, cuarto, quinto y sexto año de la carrera, distribuidos como sigue:

Grado	Estudiantes
Primero	1,245
Segundo	433
Tercero	276
Cuarto	219
Quinto	277
Sexto	231

D. TAMANO DE LA MUESTRA:

El tamaño de la muestra se obtuvo utilizando la siguiente fórmula y aplicándola a la población de cada grado:

$$n = \frac{(z)^2 (pq)}{(Le)^2 + (z)^2 (pq)} N$$

Donde:

- $z = 1.96$ (constante)
- $p = 0.35$ (aceptación del fenómeno)
- $q = 0.65$ (no aceptación del fenómeno)
- $Le = 0.07$ (límite de error)
- $N =$ población de cada grado.

Todas las muestras se obtuvieron utilizando la misma fórmula, quedando como sigue:

	N	n
Primero	1245	156
segundo	433	127
tercero	276	108
cuarto	219	99
quinto	277	108
sexto	231	101

E. CRITERIOS DE INCLUSION:

- Estudiantes de ambos sexos inscritos en primero, segundo, tercero, cuarto, quinto y sexto año de la carrera de Médico y Cirujano
- Que acepte participar voluntariamente en el estudio.

F. CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Que no acepte participar voluntariamente en el estudio.

G. DEFINICION DE VARIABLES:

- **Salud reproductiva:**

Definición conceptual: Un estado general de bienestar físico mental y social, en todos los aspectos relacionados con el aparato reproductor, sus funciones y procesos.

Definición operacional: Número de respuestas acertadas en el instrumento de recolección de datos.

Medición: Ordinal - porcentual.

Tipo: Cualitativa.

- **Sexo:**

Definición conceptual: Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.

Definición operacional: Número de casos de estudiantes,

según sexo; femenino o masculino.

Medición: Nominal - porcentual.

Tipo: Cualitativa.

- **Edad:**

Definición conceptual: Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento.

Definición operacional: Edad en años referida en la encuesta.

Medición: Ordinal - porcentual.

Tipo: Cuantitativa.

- **Conocimiento:**

Definición conceptual: Lo que se sabe con seguridad que corresponde a la verdad.

Definición operacional: Lo evaluado a través de la boleta de recolección de datos.

Medición: Nominal - porcentual.

Tipo: Cualitativa.

- Estado civil:

Definición conceptual: Condición legal de las personas con sus derechos y obligaciones civiles.

Definición operacional: Lo referido en la encuesta; casado, soltero, unido, viudo.

Medición: Nominal - porcentual. Tipo de variable: Cualitativa.

H. RECURSOS:

1. Materiales:

Encuesta de recolección de datos.

Facultad de Ciencias Médicas.

Hospitales de práctica de externado e internado.

2. Humanos:

Médico asesor de la investigación.

Médico revisor de la investigación.

Estudiantes de la carrera de Médico y Cirujano.

Investigador.

I. PLAN PARA LA RECOLECCION DE LOS DATOS:

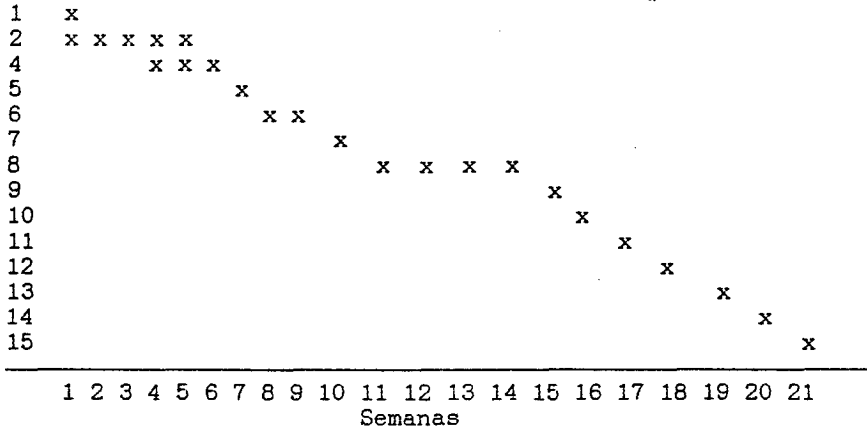
1. Se solicitaron los listados de los estudiantes al Departamento de Registro y Estadística de la Facultad de Ciencias Médicas.
2. La muestra de estudiantes que ingresó al estudio se determinó por año.
3. La encuesta de recolección de datos fue pasada a los estudiantes incluidos en la muestra y que cumplían con los criterios de inclusión ya descritos.
4. Para recolectar los datos el investigador se presentó a los diferentes salones de clase tanto del campus universitario como de los hospitales escuelas en donde se le dio a cada estudiante una encuesta para ser contestada de forma individual y entregarla al investigador luego de finalizarla.
5. Luego se procesaron los datos obtenidos para su análisis e interpretación, así como se procedió a elaborar conclusiones, recomendaciones e informe final.

J. ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION:

- La participación de los encuestados fue voluntaria.
- La información obtenida, será de tipo confidencial.
- A la información obtenida, no se le dará ningún uso diferente al perseguido por los objetivos de la investigación.

Gráfica de Gantt

Actividades



Actividades;

1. Selección del tema de investigación.
2. Elección del asesor y revisor.
3. Recopilación de material bibliográfico.
4. Elaboración del proyecto de investigación, conjuntamente con el asesor y revisor.
5. Aprobación del proyecto de investigación por las diferentes fases de la Facultad.
6. Aprobación del proyecto de investigación por la unidad de tesis.
7. Diseño de los instrumentos destinados a la recopilación de la información.
8. Ejecución del trabajo de campo.
9. Procesamiento de la información.
10. Análisis y discusión de resultados.
11. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen del trabajo de investigación.
12. Presentación del informe final a la unidad de tesis para correcciones.
13. Aprobación del informe final por la unidad de tesis de la Facultad de Ciencias Médicas.
14. Impresión del informe final del trabajo de investigación y trámites administrativos.
15. Examen público de defensa de la tesis.

PRESENTACION
DE
RESULTADOS

CUADRO No. 1
DISTRIBUCION POR GRADOS SEGUN EDAD, SEXO Y ESTADO CIVIL
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS. JULIO Y AGOSTO DE 1996. USAC

EDAD EN AÑOS	GRADOS																																			
	PRIMERO					SEGUNDO					TERCERO					CUARTO					QUINTO					SEXTO										
	F	M	a	b	c	d	F	M	a	b	c	d	F	M	a	b	c	d	F	M	a	b	c	d	F	M	a	b	c	d	F	M	a	b	c	d
18-20	71	57	3	124	0	1	40	26	0	66	0	0	5	1	0	6	0	0	2	2	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21-23	13	10	3	19	0	1	28	16	4	37	0	3	40	30	3	62	0	5	36	23	1	53	1	4	6	11	2	15	0	0	8	13	3	18	0	0
24-27	1	3	1	3	0	0	8	8	4	11	0	1	18	8	4	18	0	4	15	16	1	29	0	1	26	45	7	62	0	2	41	32	14	56	0	3
28-35	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	3	3	2	1	1	2	3	2	2	3	0	0	5	15	7	12	0	1	2	5	0	7	0	0
parcial	85	71	7	147	0	2	77	50	8	115	0	4	66	42	9	87	1	11	56	43	10	88	1	0	37	71	16	89	0	3	51	50	17	81	0	3
TOTAL	156					127					108					99					108					101										

frente: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS M= masculino F= femenino a= casado b= soltero c= viudo d= unido

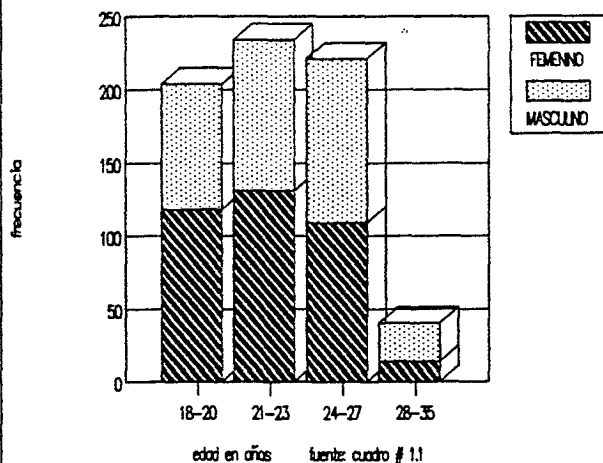
CUADRO No. 1.1
DISTRIBUCION GENERAL SEGUN: EDAD, SEXO Y ESTADO CIVIL.
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS. JULIO Y AGOSTO DE 1996.

EDAD EN AÑOS	VARIABLES										TOTALES			
	F	%	M	%	a	%	b	%	c	%	d	%	Fx	%
18-20	118	16.9	86	12.3	03	0.4	200	28.6	00	0.0	01	0.1	204	29.2
21-23	131	18.7	103	14.7	16	2.3	204	29.2	01	0.1	13	1.8	234	33.5
24-27	109	15.6	112	16.0	31	4.4	179	25.6	00	0.0	11	1.6	221	31.6
28-35	14	2.0	26	3.7	11	1.6	25	3.6	01	0.1	03	0.4	40	5.7
parcial	372	53.2	327	46.7	61	8.7	608	87.0	02	0.2	27	3.9	699	100

frente: CUADRO No. 1

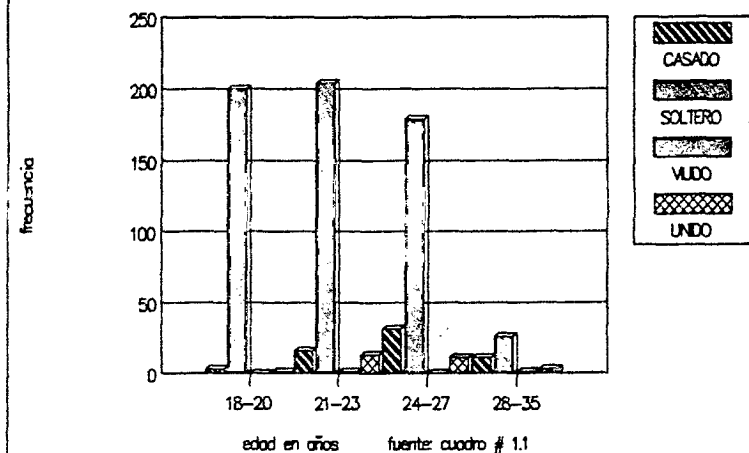
GRAFICA # 1

DISTRIBUCION SEGUN EDAD Y SEXO



GRAFICA # 1.1

DISTRIBUCION SEGUN EDAD Y ESTADO CIVIL



CUADRO No. 2

CONOCIMIENTO SOBRE SALUD REPRODUCTIVA EN ESTUDIANTES DE PRIMERO A SEXTO GRADO DE LA CARRERA DE MEDICO Y CIRUJANO DEFINICION DE FELACION. JULIO Y AGOSTO DE 1996. USAC

OPCIONES	GRADO						TOTAL
	PRIMERO	SEGUNDO	TERCERO	CUARTO	QUINTO	SEXTO	
	Fr %	Fr %	Fr %	Fr %	Fr %	Fr %	
A	31 4.4	45 6.4	57 8.2	28 4.0	44 6.3	62 8.8	267 38.2
B	28 4.0	17 2.5	19 2.7	18 2.6	28 4.0	20 2.9	130 18.6
C	97 13.9	65 9.3	32 4.5	53 7.6	36 5.2	19 2.7	302 43.2
TOTAL	156 22.3	127 18.2	108 15.5	99 14.2	108 15.4	101 14.4	699 100

Fuente: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

A= correcto

B= incorrecto

C= en blanco

CUADRO No. 3

CONOCIMIENTO SOBRE SALUD REPRODUCTIVA EN ESTUDIANTES DE PRIMERO A SEXTO GRADO DE LA CARRERA DE MEDICO Y CIRUJANO DEFINICION DE ORGASMO. JULIO Y AGOSTO DE 1996. USAC

OPCIONES	GRADO						TOTAL
	PRIMERO	SEGUNDO	TERCERO	CUARTO	QUINTO	SEXTO	
	Fr %	Fr %	Fr %	Fr %	Fr %	Fr %	
A	48 6.9	60 8.6	93 13.3	85 12.1	95 13.6	59 8.4	440 62.9
B	56 8.0	42 6.0	12 1.7	11 1.6	08 1.1	41 5.9	170 24.4
C	52 7.4	25 3.6	03 0.4	03 0.4	05 0.7	01 0.1	89 12.7
TOTAL	156 22.3	127 18.2	108 15.5	99 14.2	108 15.4	101 14.4	699 100

Fuente: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

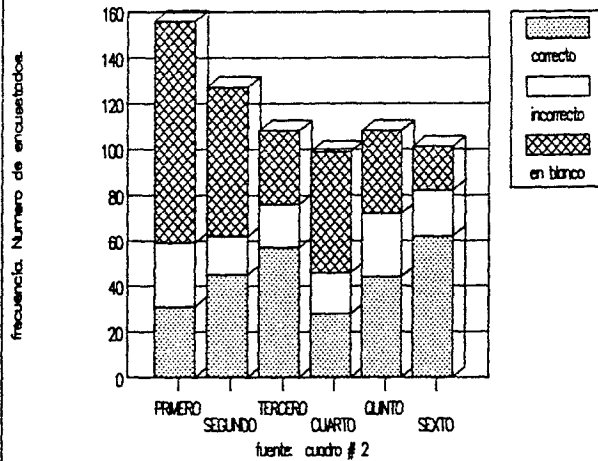
A= correcto

B= incorrecto

C= en blanco

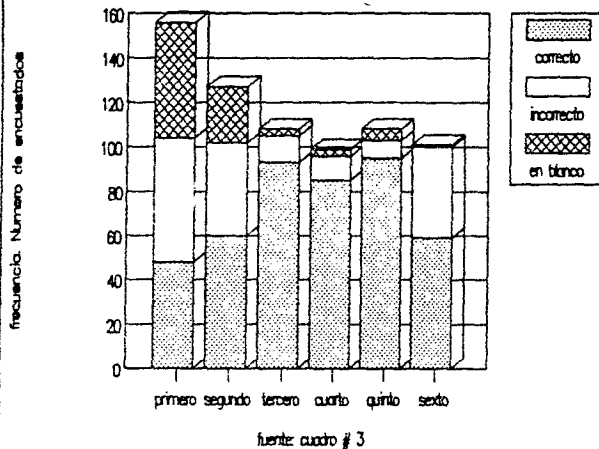
GRAFICA # 2

DEFINICION DE FELACION.



GRAFICA # 3

DEFINICION DE ORGASMO.



CUADRO No. 4

CONOCIMIENTO SOBRE SALUD REPRODUCTIVA EN ESTUDIANTES DE PRIMERO A SEXTO GRADO DE LA CARRERA DE MEDICO Y CIRUJANO DEFINICION DE CUNILINGUO. JULIO Y AGOSTO DE 1996. USAC.

OPCIONES	GRADO												TOTAL	
	PRIMERO		SEGUNDO		TERCERO		CUARTO		QUINTO		SEXTO			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
A	37	5.3	45	6.4	50	7.1	12	1.7	34	4.9	49	7.0	227	32.5
B	52	7.4	35	5.0	20	2.9	24	3.4	21	3.0	48	6.9	200	28.6
C	67	9.6	47	6.7	38	5.4	63	9.0	53	7.6	04	0.5	272	38.9
TOTAL	156	22.3	127	18.2	108	15.5	99	14.2	108	15.4	101	14.4	699	100

Fuente: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

A= correcto

B= incorrecto

C= en blanco

CUADRO No. 5

CONOCIMIENTO SOBRE SALUD REPRODUCTIVA EN ESTUDIANTES DE PRIMERO A SEXTO GRADO DE LA CARRERA DE MEDICO Y CIRUJANO DEFINICION DE COITO. JULIO Y AGOSTO DE 1996. USAC.

OPCIONES	GRADO												TOTAL	
	PRIMERO		SEGUNDO		TERCERO		CUARTO		QUINTO		SEXTO			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
A	29	4.1	33	4.7	45	6.4	12	1.8	35	5.0	56	8.0	210	30.1
B	49	7.0	39	5.8	20	2.9	31	4.4	30	4.3	25	3.6	194	27.7
C	78	11.2	55	7.9	43	6.2	56	8.0	43	6.1	20	2.8	295	42.2
TOTAL	156	22.3	127	18.2	108	15.5	99	14.2	108	15.4	101	14.4	699	100

Fuente: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

A= correcto

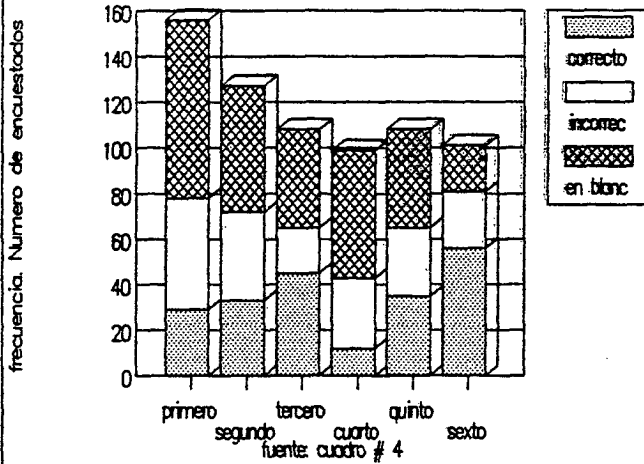
B= incorrecto

C= en blanco

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

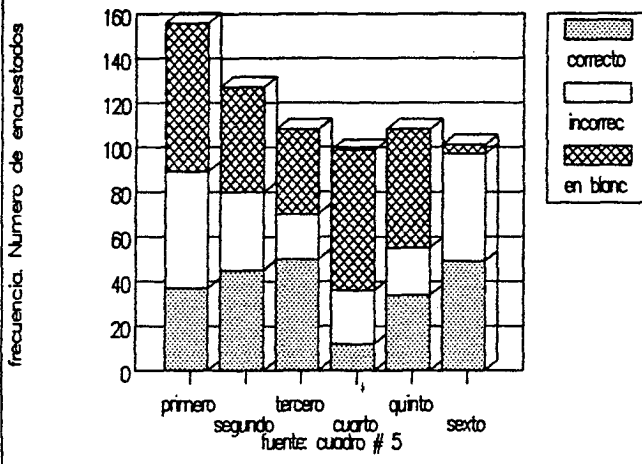
GRAFICA # 4

DEFINICION DE COITO.



GRAFICA # 5

DEFINICION DE CUNILINGUO.



CUADRO No. 6

DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES CUAL NO ES DE TRANSMISION SEXUAL. FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS. JULIO Y AGOSTO 1996.

OPCIONES	GRADO												TOTAL	
	PRIMERO		SEGUNDO		TERCERO		CUARTO		QUINTO		SEXTO			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
A	25	3.5	15	2.1	06	0.8	06	0.8	00	0.0	00	0.0	52	7.4
B	00	0.0	04	0.5	00	0.0	02	0.3	00	0.0	00	0.0	06	0.8
C	04	0.5	05	0.7	00	0.0	00	0.0	02	0.3	00	0.0	11	1.6
D	36	5.1	43	6.1	17	2.4	14	2.0	10	1.4	01	0.1	121	17.3
E	82	11.7	54	7.7	85	12.2	76	10.8	94	13.4	99	14.1	490	70.1
F	09	1.3	06	0.8	00	0.0	01	0.1	02	0.3	01	0.1	19	2.7
TOTAL	156	22.3	127	18.2	108	15.5	99	14.2	108	15.4	101	14.4	699	100

Fuente: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

A= Hepatitis B

B= SIDA

C= Sifilis

D= Uretritis

E= Infeccion del tracto urinario

F= en blanco

CUADRO No. 7

LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL SE ADQUIEREN DE LA SIGUIENTE FORMA. EXCEPTO. FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.

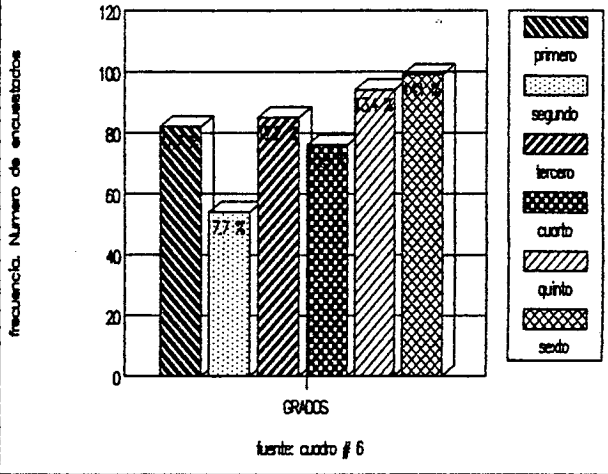
*OPCION	GRADO												TOTAL	
	PRIMERO		SEGUNDO		TERCERO		CUARTO		QUINTO		SEXTO			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
A	05	0.7	08	1.1	00	0.0	03	0.4	00	0.0	00	0.0	16	2.3
B	05	0.7	05	0.7	12	1.7	02	0.3	00	0.0	00	0.0	24	3.4
C	15	2.1	12	1.7	03	0.9	01	0.1	00	0.0	00	0.0	31	4.4
D	112	16.0	82	11.7	04	0.5	87	12.4	97	13.8	96	13.7	478	68.3
E	15	2.1	15	2.1	04	0.5	05	0.7	10	1.4	01	0.1	50	7.2
F	04	0.5	05	0.7	85	12.1	01	0.1	01	0.1	04	0.5	100	14.3
TOTAL	156	22.3	127	18.2	108	15.5	99	14.2	108	15.4	101	14.4	699	100

Fuente: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

* Ver boleta de recoleccion de datos.

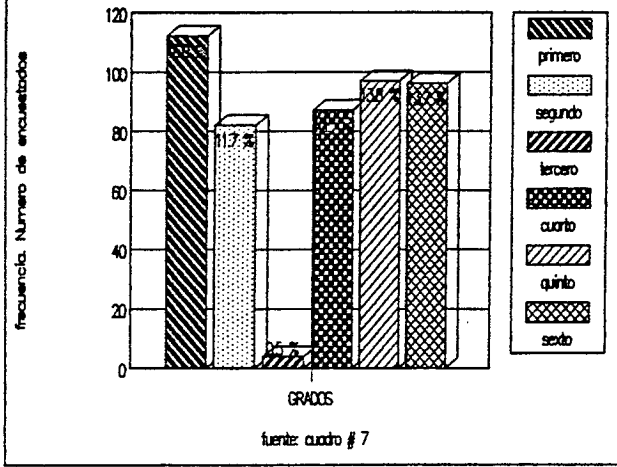
GRAFICA # 6

RESPUESTA CORRECTA A LA PREGUNTA # 5



GRAFICA # 7

RESPUESTA CORRECTA A LA PREGUNTA # 6



CUADRO No. 8
AGENTE ETIOLOGICO DE LA SIFILIS. FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS, USAC. JULIO Y AGOSTO DE 1996.

OPCIONES	GRADO												TOTAL	
	PRIMERO		SEGUNDO		TERCERO		CUARTO		QUINTO		SEXTO			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
A	13	1.8	13	1.8	01	0.1	02	0.3	00	0.0	00	0.0	29	4.1
B	60	8.5	38	5.4	77	11.0	59	8.4	59	8.4	87	12.4	380	54.3
C	12	1.7	08	1.1	00	0.0	02	0.3	04	0.5	00	0.0	26	3.7
D	20	2.8	23	3.3	15	2.1	26	3.7	26	3.7	03	0.4	113	16.2
E	40	5.7	26	3.7	15	2.1	07	1.0	16	2.3	09	1.3	113	16.2
F	11	1.6	19	2.7	00	0.0	03	0.4	03	0.4	02	0.3	38	5.4
TOTAL	156	22.3	127	18.2	108	15.5	99	14.2	108	15.4	101	14.4	699	100

Fuente: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

A= hongo

B= bacteria

C= virus

D= protozoo

E= ninguno de los anteriores

F= en blanco

CUADRO No. 9
TRATAMIENTO DE ELECCION PARA LA SIFILIS PRIMARIA. FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS, USAC. JULIO Y AGOSTO DE 1996.

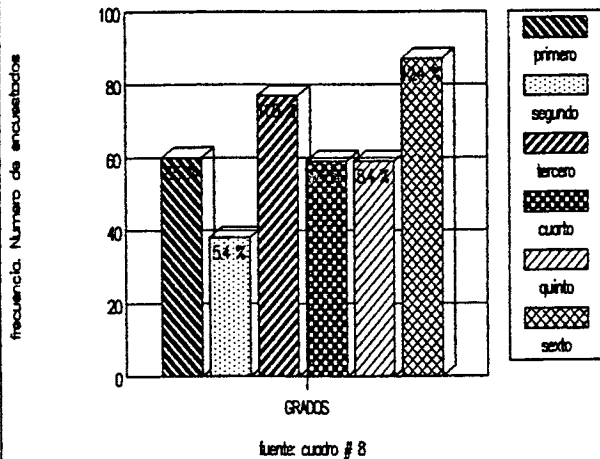
*OPCION	GRADO												TOTAL	
	PRIMERO		SEGUNDO		TERCERO		CUARTO		QUINTO		SEXTO			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
A	12	1.7	08	1.1	01	0.1	16	2.3	04	0.5	01	0.1	42	6.1
B	16	2.3	23	3.3	35	5.0	43	6.1	56	8.0	74	10.6	247	35.3
C	22	3.1	34	4.8	35	5.0	07	1.0	22	3.1	13	1.8	133	19.0
D	19	2.7	09	1.3	16	2.3	03	0.4	18	2.6	01	0.1	66	9.4
E	54	7.7	23	3.3	14	2.0	22	3.1	05	0.7	07	1.0	125	17.8
F	33	4.7	30	4.3	07	1.0	08	1.1	03	0.4	05	0.7	86	12.3
TOTAL	156	22.3	127	18.2	108	15.5	99	14.2	108	15.4	101	14.4	699	100

Fuente: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

* Ver boleta de recoleccion de datos.

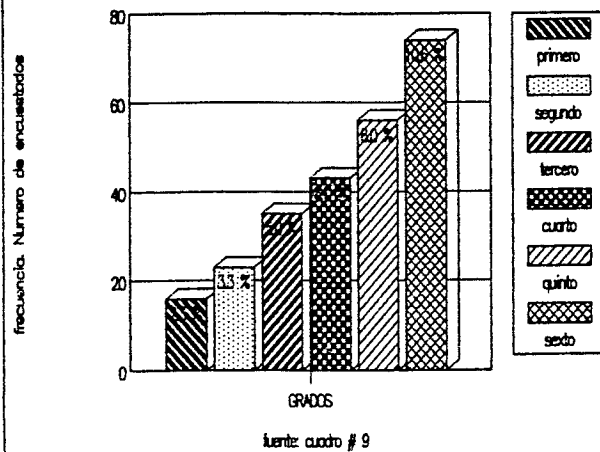
GRAFICA # 8

RESPUESTA CORRECTA A LA PREGUNTA # 7



GRAFICA # 9

RESPUESTA CORRECTA A LA PREGUNTA # 8



CUADRO No. 10

DEL SIDA PODEMOS AFIRMAR LO SIGUIENTE. EXCEPTO.
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS. JULIO Y AGOSTO DE 1996

*OPCION	GRADO												TOTAL	
	PRIMERO		SEGUNDO		TERCERO		CUARTO		QUINTO		SEXTO			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
A	06	0.8	20	2.8	02	0.3	02	0.3	00	0.0	00	0.0	30	4.3
B	14	2.0	10	1.4	3	0.4	00	0.0	00	0.0	01	0.1	28	4.0
C	10	1.4	3	0.4	3	0.4	00	0.0	01	0.1	00	0.0	17	2.4
D	24	3.4	14	2.0	01	0.1	01	0.1	01	0.1	01	0.1	42	6.0
E	98	14.	75	10.7	98	14.	95	13.6	105	15.0	99	14.1	570	81.6
F	04	0.5	5	0.7	01	0.1	01	0.1	01	0.1	00	0.0	12	1.6
TOTAL	156	22.3	127	18.2	108	15.4	99	14.2	108	15.4	101	14.4	699	100

Fuente: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

* Ver boleta de recoleccion de datos.

CUADRO No. 11

CUAL DE LOS SIGUIENTES NO ES UN SINTOMA INESPECIFICO DE LA
INFECCION POR VIH. FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS. JULIO Y
AGOSTO DE 1996. USAC.

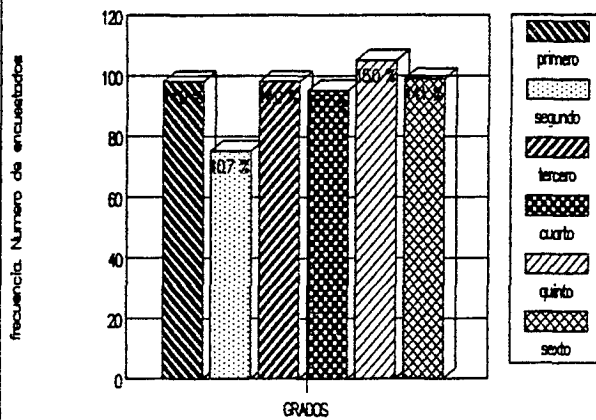
*OPCION	GRADO												TOTAL	
	PRIMERO		SEGUNDO		TERCERO		CUARTO		QUINTO		SEXTO			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
A	12	1.7	09	1.3	00	0.0	03	0.4	06	0.8	01	0.1	31	4.4
B	37	5.3	18	2.6	23	3.3	50	7.1	31	4.4	15	2.1	174	24.8
C	63	9.0	62	8.8	78	11.1	31	4.4	60	8.6	82	11.7	376	53.8
D	15	2.1	11	1.6	03	0.4	03	0.4	03	0.4	02	0.3	37	5.3
E	26	3.7	13	1.9	04	0.5	12	1.7	06	0.8	01	0.1	62	8.8
F	03	0.4	14	2.0	00	0.0	00	0.0	02	0.3	00	0.0	19	2.7
TOTAL	156	22.3	127	18.2	108	15.5	99	14.2	108	15.4	101	14.4	699	100

Fuente: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

* Ver boleta de recoleccion de datos.

GRAFICA # 10

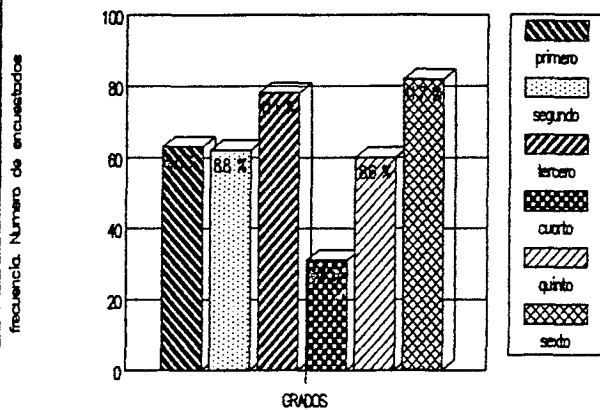
RESPUESTA CORRECTA A LA PREGUNTA # 9



fuentes: cuadro # 10

GRAFICA # 11

RESPUESTA CORRECTA A LA PREGUNTA # 10



fuentes: cuadro # 11

CUADRO No. 12

EL AGENTE ETIOLOGICO DE LA HEPATITIS B ES? FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS, USAC. JULIO Y AGOSTO DE 1996.

OPCIONES	GRADO												TOTAL	
	PRIMERO		SEGUNDO		TERCERO		CUARTO		QUINTO		SEXTO			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
A	107	15.5	112	16.2	100	14.3	93	13.3	106	15.1	94	13.4	612	87.5
B	04	0.5	01	0.1	01	0.1	02	0.3	01	0.1	00	0.0	09	1.4
C	10	1.4	03	0.4	02	0.3	00	0.0	01	0.1	04	0.5	20	2.9
D	04	0.5	00	0.0	02	0.3	00	0.0	00	0.0	00	0.0	06	0.8
E	24	3.4	08	0.8	01	0.1	03	0.4	00	0.0	00	0.0	34	4.8
F	07	1.0	05	0.7	02	0.3	01	0.1	00	0.0	03	0.4	18	2.6
TOTAL	156	22.3	127	18.2	108	15.5	99	14.2	108	15.4	101	14.4	699	100

Fuente: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

A= un virus

B= un protozoo

C= bacteria

D= un hongo

E= ninguno de los anteriores

F= en blanco

CUADRO No. 13

DE LA GONORREA PODEMOS AFIRMAR LO SIGUIENTE. EXCEPTO FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS, USAC. JULIO Y AGOSTO DE 1996.

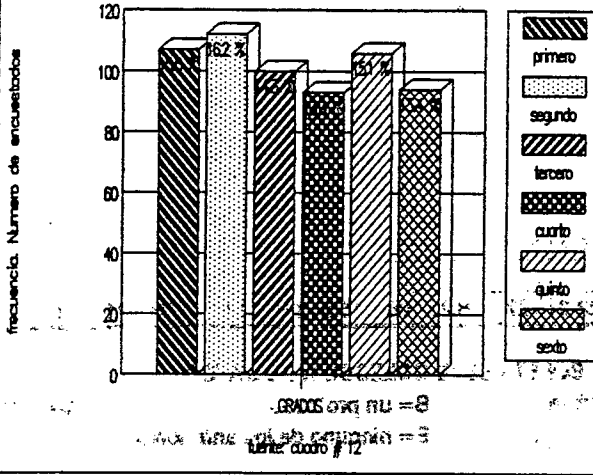
*OPCIONE	GRADO												TOTAL	
	PRIMERO		SEGUNDO		TERCERO		CUARTO		QUINTO		SEXTO			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
A	30	4.3	07	1.0	03	0.4	04	0.5	00	0.0	02	0.3	46	6.6
B	13	1.9	07	1.0	07	1.0	11	1.6	15	2.1	07	1.0	60	8.6
C	28	4.1	26	3.7	19	2.7	25	3.6	16	2.3	11	1.6	125	17.9
D	32	4.6	23	3.3	37	5.3	36	5.1	57	8.1	59	8.4	244	34.9
E	27	3.8	48	6.8	36	5.1	20	2.8	19	2.7	10	1.4	160	22.9
F	26	3.7	16	2.3	06	0.8	03	0.4	01	0.1	12	1.7	64	9.1
TOTAL	156	22.3	127	18.2	108	15.5	99	14.2	108	15.4	101	14.4	699	100

Fuente: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

* Ver boleta de recolección de datos.

GRAFICA # 12

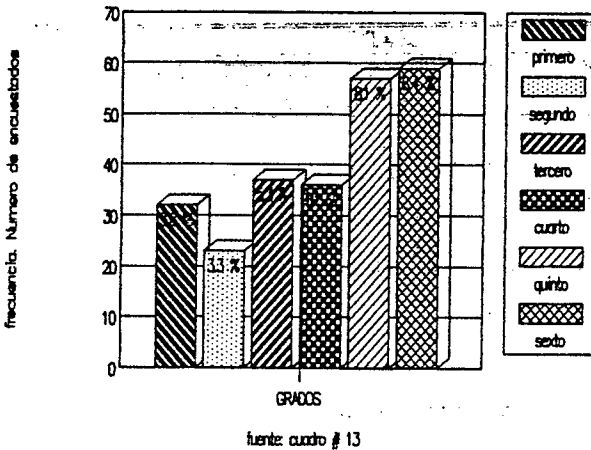
RESPUESTA CORRECTA A LA PREGUNTA # 11



GRAFICA # 13

En el caso de...

RESPUESTA CORRECTA A LA PREGUNTA # 12



CUADRO No. 14

DE LA PLANIFICACION FAMILIAR PODEMOS AFIRMAR LO SIGUIENTE. EXCEPTO. FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.

*OPCION	GRADO												TOTAL	
	PRIMERO		SEGUNDO		TERCERO		CUARTO		QUINTO		SEXTO			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
A	07	1.0	00	0.0	04	0.5	05	0.7	08	1.1	00	0.0	24	3.4
B	79	11.4	82	11.7	75	10.7	75	10.7	75	10.7	53	7.6	439	62.8
C	20	2.8	20	2.8	07	1.0	03	0.4	05	0.7	21	3.0	76	10.9
D	24	3.4	13	1.9	11	1.6	11	1.6	17	2.4	11	1.5	87	12.4
E	17	2.4	10	1.4	09	1.3	04	0.4	02	0.3	14	2.0	56	8.0
F	09	1.3	02	0.3	02	0.3	01	0.1	01	0.1	02	0.3	17	2.4
TOTAL	156	22.3	127	18.2	108	15.4	99	14.2	108	15.4	101	14.4	699	100

Fuente: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

* Ver boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 15

DE LOS SIGUIENTES METODOS ANTICONCEPTIVOS; CUAL NO PERTENECE A LOS METODOS PERMANENTES. FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS. JULIO Y AGOSTO DE 1996. USAC.

OPCIONES	GRADO												TOTAL	
	PRIMERO		SEGUNDO		TERCERO		CUARTO		QUINTO		SEXTO			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
A	8	1.4	04	0.5	01	0.1	13	1.9	00	0.0	00	0.0	26	3.7
B	114	16.3	98	13.7	101	14.4	76	10.8	101	14.4	98	14.0	586	83.8
C	25	3.6	19	2.7	01	0.1	05	0.7	02	0.3	01	0.1	53	7.6
D	04	0.5	05	0.7	03	0.4	01	0.1	03	0.4	00	0.0	16	2.3
E	05	0.7	03	0.4	02	0.3	04	0.5	02	0.3	02	0.3	18	2.6
TOTAL	156	22.3	127	18.2	108	15.5	99	14.2	108	15.4	101	14.4	699	100

Fuente: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

A= vasectomia

B= dispositivo intrauterino

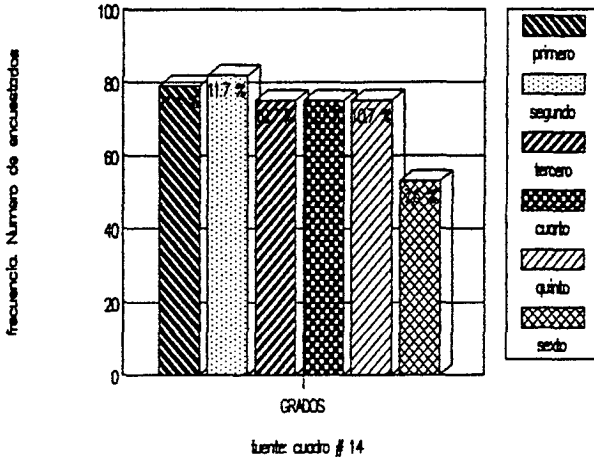
C= ligadura de trompa

D= histerectomia

E= en blanco

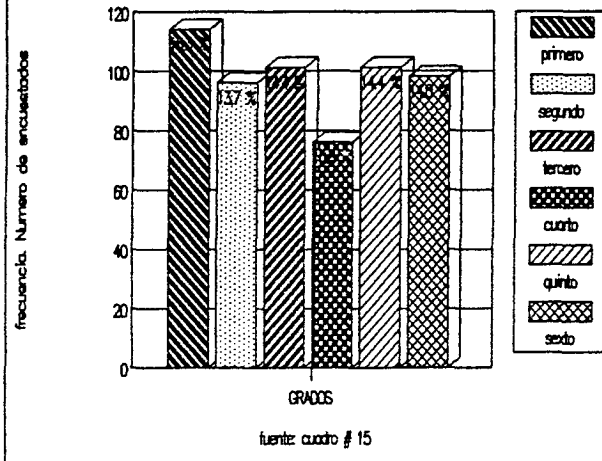
GRAFICA # 14

RESPUESTA CORRECTA A LA PREGUNTA # 13



GRAFICA # 15

RESPUESTA CORRECTA A LA PREGUNTA # 14



CUADRO No. 16

DE LOS SIGUIENTES METODOS ANTICONCEPTIVOS CUAL BRINDA LA MAYOR PROTECCION CONTRA ETS. FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS. JULIO Y AGOSTO DE 1996. USAC.

OPCIONES	GRADO												TOTAL	
	PRIMERO		SEGUNDO		TERCERO		CUARTO		QUINTO		SEXTO			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
A	03	0.4	02	0.3	04	0.5	03	0.4	04	0.5	00	0.0	16	2.3
B	14	2.0	9	1.3	02	0.3	04	0.5	08	1.1	00	0.0	37	5.3
C	17	2.4	05	0.7	05	0.7	07	1.0	11	1.6	04	0.5	49	7.0
D	82	11.7	98	14.0	80	11.4	67	9.5	79	11.3	89	12.7	495	70.8
E	35	5.0	08	1.1	14	2.0	17	2.4	03	0.4	02	0.3	79	11.3
F	05	0.7	05	0.7	03	0.4	01	0.1	03	0.4	06	0.8	23	3.3
TOTAL	156	22.3	127	18.2	108	15.5	99	14.2	108	15.4	101	14.4	699	100

Fuente: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

A= espuma y jaleas

B= dispositivos intrauterinos

C= lavados vaginales

D= preservativos

E= ninguno de los anteriores

F= en blanco

CUADRO No. 17

LA DECISION DE UTILIZAR UN METODO ANTICONCEPTIVO DEBE SER TOMADA POR. FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS. JULIO Y AGOSTO DE 1996. USAC

OPCIONES	GRADO												TOTAL	
	PRIMERO		SEGUNDO		TERCERO		CUARTO		QUINTO		SEXTO			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
A	10	1.4	02	0.3	05	0.7	04	0.5	02	0.3	04	0.5	27	3.9
B	15	2.1	18	2.3	08	1.1	09	1.3	07	1.0	14	2.0	71	10.1
C	11	1.6	01	0.1	04	0.5	03	0.4	04	0.5	02	0.3	25	3.6
D	86	12.3	88	12.5	75	10.7	66	9.4	79	11.3	75	10.7	469	67.1
E	30	4.3	17	2.4	14	2.0	15	2.1	16	2.2	04	0.5	96	13.7
F	04	0.5	01	0.1	02	0.3	02	0.3	00	0.0	02	0.3	11	1.6
TOTAL	156	22.3	127	18.2	108	15.5	99	14.2	108	15.4	101	14.4	699	100

Fuente: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

A= el hombre

B= la mujer

C= la familia

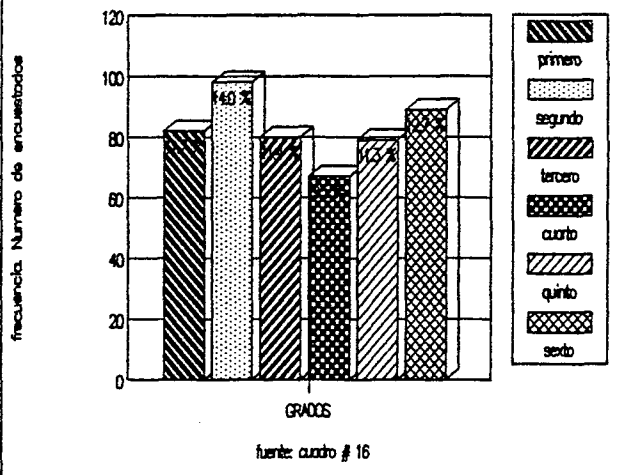
D= a y b son correcta

E= todas las anteriores

F= en blanco

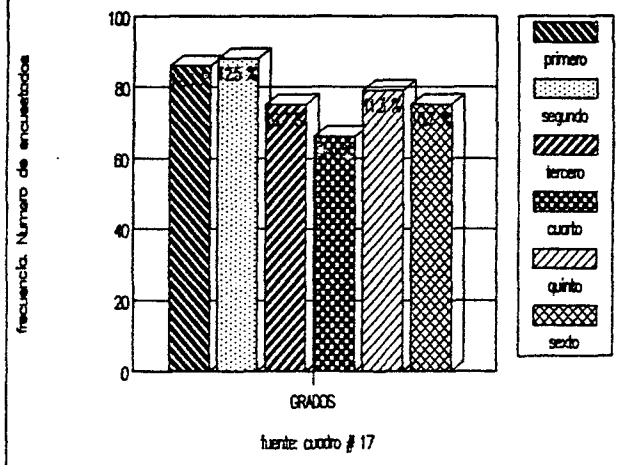
GRAFICA # 16

RESPUESTA CORRECTA A LA PREGUNTA # 15



GRAFICA # 17

RESPUESTA CORRECTA A LA PREGUNTA # 16



CUADRO No. 18

DE LOS SIGUIENTE METODOS CUAL ES EL MAS ADECUADO PARA EVITAR EMBARAZOS EN MATRIMONIOS JOVENES. FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS. JULIO Y AGOSTO DE 1996. USAC

OPCIONES	GRADO												TOTAL	
	PRIMERO		SEGUNDO		TERCERO		CUARTO		QUINTO		SEXTO			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
A	03	0.4	39	5.5	10	1.4	17	2.4	24	3.4	14	2.0	107	15.3
B	39	5.5	19	2.7	12	1.7	34	4.8	16	2.3	14	2.0	134	19.1
C	58	8.3	60	8.5	74	10.6	29	4.1	61	8.7	68	9.7	350	50.0
D	04	0.5	03	0.4	02	0.3	00	0.0	04	0.5	00	0.0	13	1.8
E	36	5.1	04	0.5	08	1.1	18	2.5	03	0.4	03	0.4	72	10.3
F	16	2.3	02	0.3	02	0.3	01	0.1	00	0.0	02	0.3	23	3.3
TOTAL	156	22.3	127	18.2	108	15.4	99	14.2	108	15.4	101	14.4	699	100

Fuente: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

A= preservativo

B= ritmo

C= anticonceptivos orales

D= vasectomia

E= ninguno

F= en blanco

CUADRO No. 19

DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS PODEMOS AFIRMAR LO SIGUIENTE. FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS. JULIO Y AGOSTO DE 1996.

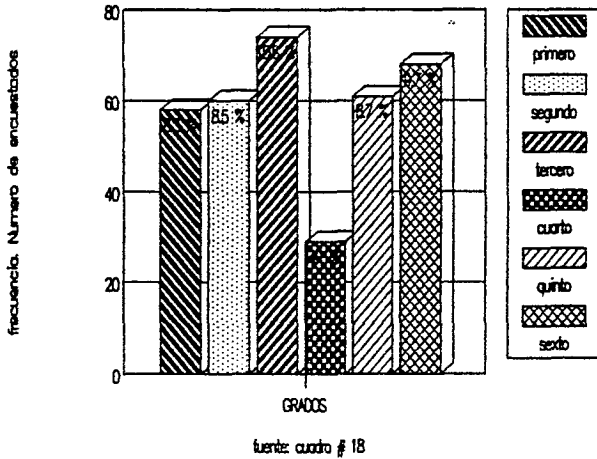
*OPCION	GRADO												TOTAL	
	PRIMERO		SEGUNDO		TERCERO		CUARTO		QUINTO		SEXTO			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
A	74	10.6	88	12.5	79	11.3	68	9.7	79	11.3	46	6.5	434	62.0
B	12	1.7	06	0.8	12	1.7	05	0.7	02	0.3	05	0.7	42	6.0
C	15	2.1	06	1.1	03	0.4	04	0.5	01	0.1	02	0.3	33	4.7
D	18	2.3	15	2.1	04	0.5	04	0.5	10	1.4	14	2.0	65	9.3
E	30	4.3	07	1.0	07	1.0	16	2.3	14	2.0	32	4.5	106	15.2
F	07	1.0	03	0.4	03	0.4	02	0.3	02	0.3	02	0.3	19	2.7
TOTAL	156	22.3	127	18.2	108	15.5	99	14.2	108	15.4	101	14.4	699	100

Fuente: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

* Ver boleta de recoleccion de datos.

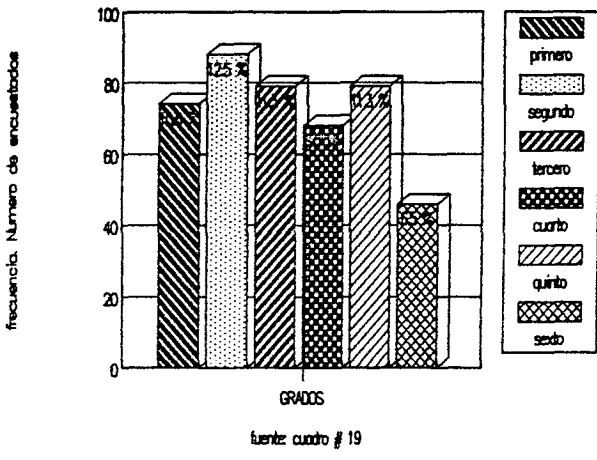
GRAFICA # 18

RESPUESTA CORRECTA A LA PREGUNTA # 17



GRAFICA # 19

RESPUESTA CORRECTA A LA PREGUNTA # 18



CUADRO No. 20

CREE USTED QUE SUS CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD REPRODUCTIVA SON SUFICIENTES. FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS, USAC. JULIO Y AGOSTO DE 1996.

OPCIONES	GRADO												TOTAL	
	PRIMERO		SEGUNDO		TERCERO		CUARTO		QUINTO		SEXTO			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%		
A	41	5.8	23	3.4	19	2.8	21	3.0	39	5.5	60	8.5	203	29.0
B	112	16.0	100	14.3	87	12.4	76	10.9	69	9.9	39	5.5	483	69.1
C	03	0.4	04	0.5	02	0.3	02	0.3	00	0.0	02	0.3	13	1.9
TOTAL	156	22.3	127	18.2	108	15.5	99	14.2	108	15.4	101	14.4	699	100

Fuente: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

A= si

B= no

C= en blanco

CUADRO No. 21

CREE NECESARIO INCLUIR EN EL PENSUM DE LA CARRERA DE MEDICO Y CIRUJANO CURSOS SOBRE SALUD REPRODUCTIVA. FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS. JULIO Y AGOSTO DE 1996. USAC

OPCIONES	GRADO												TOTAL	
	PRIMERO		SEGUNDO		TERCERO		CUARTO		QUINTO		SEXTO			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%		
A	132	18.9	111	15.9	92	13.1	87	12.4	90	12.9	89	12.7	601	86.0
B	21	3.0	12	1.8	14	2.0	11	1.6	14	2.0	10	1.4	82	11.7
C	03	0.4	04	0.5	02	0.3	01	0.1	04	0.5	02	0.3	16	2.3
TOTAL	156	22.3	127	18.2	108	15.5	99	14.2	108	15.4	101	14.4	699	100

Fuente: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

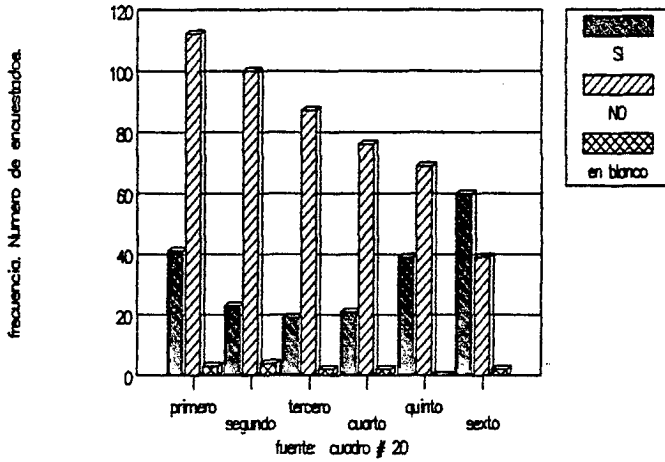
A= si

B= no

C= en blanco

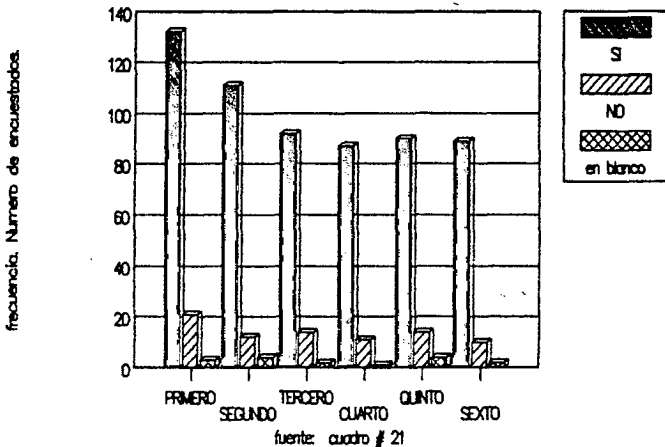
GRAFICA # 20

RESPUESTAS A LA PREGUNTA # 19



GRAFICA # 21

RESPUESTAS A LA PREGUNTA # 20



ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

En el cuadro número 1, encontramos información sobre la edad, sexo y estado civil de los estudiantes encuestados, distribuidos de acuerdo a la muestra de cada grado. El cuadro # 1.1 nos brinda información general de toda la muestra estudiada, encontrando que el total de estudiantes fue de 699 de los cuales el 53.2% fueron de sexo femenino y el 46.8 % de sexo masculino. Es interesante el hecho que el sexo femenino ocupara el mayor porcentaje de la población estudiada, pues ésto podría significar que se ha venido dando en el transcurso de los años un incremento de estudiantes del sexo femenino que se han inclinado por estudiar la carrera. En cuanto a la edad y estado civil se observa que es una población estudiantil joven y sin compromisos de matrimonio, pues el 62.7% de los estudiantes tienen entre 18 y 23 años de edad y el 87.0% son solteros.

En los cuadros y gráficas del # 2 al # 5 encontramos datos que nos indican el conocimientos que poseen sobre sexualidad los estudiantes encuestados; encontrando que el 38.2% conoce la definición de felación, el 62.9% la de orgasmo y sólo el 32.5% y 30.1% la definición de cunilinguo y coito respectivamente. Esto es preocupante dado los porcentajes tan bajos que se tienen en cuanto al conocimiento de aspectos básicos sobre sexualidad en estudiantes que se supone deben tener dominio de términos tan elementales como éstos, pues forman parte importante de la formación integral de una persona y más aún si esta persona es un futuro médico.

En cuanto a las preguntas que evalúan el conocimiento sobre enfermedades de transmisión sexual, tenemos los siguientes resultados. En el cuadro y gráfica # 6 se encuentran los resultados a la pregunta formulada acerca de exceptuar la infección que no pertenece a una enfermedad de transmisión sexual; obteniendo que el 70.1% del total de estudiantes que ingresaron al estudio brindaron la respuesta acertada a la pregunta formulada, el 17.3% respondió que uretritis no corresponde a una enfermedad de transmisión sexual, seguida de hepatitis B con 7.4%; en ambos casos el mayor número de respuestas erróneas fueron aportadas por primero y segundo año. Esto es comprensible si consideramos que en los primeros años de la carrera no se cuenta con los conocimientos suficientes que le permitan al estudiante brindar respuestas acertadas a éste tipo de preguntas. Esto lo apoya el hecho que en sexto año sólo el 0.2% del total indicaran respuestas erróneas a la pregunta planteada.

En el cuadro y gráfica # 7 observamos los datos referidos a cómo no se adquieren las enfermedades de transmisión sexual; el 68.3% respondió correctamente al señalar la opción que indica que la ETS no se adquieren al utilizar adecuadamente los preservativos. Esto podría indicar que el 31.7% restante

desconoce la forma en que puede evitarse la adquisición de las ETS, lo anterior preocupa más si tomamos en cuenta el hecho que la siguiente opción en ser señalada fue la de "al no hacer uso del condón" con el 7.2%; lo que resulta ser un enorme riesgo de contraer enfermedades en algunos casos mortales para la persona que pudiera pedir un consejo de como evitar la adquisición de éste tipo de enfermedades; si consideramos que éste es el método que más protege contra la transmisión y adquisición de ETS durante las relaciones sexuales de pareja.

El cuadro y gráfica # 8 brinda información relacionada con la pregunta sobre el agente etiológico de la sífilis; encontrando que existe confusión al respecto, pues el 16.2% de estudiantes señalaron a un protozoo como el agente etiológico, igual porcentaje señaló la opción "ninguna de las anteriores"; lo que indica que desconocen el agente etiológico de ésta patología, porcentajes dados principalmente por primero y segundo grado; esto es comprensible si consideramos que a ésta altura de la carrera no se a introducido al estudiante en el estudio de patologías específicas. Por otro lado el 54.3% de estudiantes encuestados respondieron correctamente a la pregunta planteada, señalando a una bacteria como el agente etiológico; porcentaje dado principalmente por los últimos años de la carrera.

El cuadro y gráfica # 9 revela un pobre conocimiento sobre el tratamiento correcto para la sífilis primaria, pues el 12.3% decidió no responder la pregunta, el 17.8% indicó que el tratamiento correcto no se encuentra dentro de las opciones, el 48.0% señaló a la penicilina procaína en dosis única como el tratamiento de elección y sólo el 35.3% señaló la opción correcta (penicilina benzatínica 2.4 millones UI i.m. en dosis única). Este porcentaje está dado principalmente por sexto, quinto y cuarto año. Esto preocupa si consideramos que de cuarto año ni siquiera la mitad de los estudiantes encuestados indicaron la respuesta correcta; estudiantes que entran ya en contacto con pacientes a quienes deben brindar sus servicios, claro está bajo la supervisión del docente asignado.

En el cuadro y gráfica # 10 observamos la información sobre aspectos generales relacionados con el SIDA, encontrando que el 81.6% señaló como excepto a la pregunta planteada la opción que indica que el SIDA es producido por una bacteria atípica. Seguido por la opción que se refiere al periodo de incubación con el 6.0%. Es interesante el hecho que no se encontrara diferencia significativa en cuanto a las respuestas de los primeros años en relación con los últimos como se ilustra claramente en la gráfica correspondiente; ésto podría deberse a la información tan extensa que se ha dado sobre ésta patología a todo nivel y en todos los medios de comunicación.

En el cuadro y gráfica # 11 observamos que el 8.8% del total de estudiantes encuestados consideraron como sintoma específico del SIDA a la diarrea, luego un 24.8% se inclinó por cefalea; es de considerar que éstos síntomas son inespecíficos y que aunque forman parte de la presentación del síndrome, no son característicos del mismo. El 53.8% del total de estudiantes respondió a la pregunta correctamente, señalando al Sarcoma de Kaposi; neoplasia que siendo rara su presentación se encuentra característicamente en paciente con SIDA; razón por la que se le considera un signo específico de ésta patología.

El cuadro y gráfica # 12 brinda información sobre las respuestas acerca de la pregunta que evalúa el conocimiento sobre el agente etiológico de la hepatitis B, encontrando que el 87.5% del total de estudiantes respondió correctamente, un 4.8% señaló que la respuesta no se encuentra y un 2.6 optó por no responder a la pregunta planteada.

En cuanto a la opción correcta a la pregunta planteada sobre la gonorrea, encontramos los datos al respecto en el cuadro y gráfica #13, se observa que hay confusión al respecto, pues sólo el 34.9% respondieron correctamente; el 22.9% se inclinó por la opción "e" la que es verdadera pues hasta el 15 a 20% de infección gonocócica se asocia a infección por Clamidia trachomatis; razón por la que actualmente el tratamiento es a base de penicilina asociado a tetraciclina o doxiciclina. Otro hecho interesante es que hasta el 80 % de mujeres son portadoras asintomáticas lo que contribuye a la diseminación de ésta patología pues un gran número de mujeres ni siquiera están enteradas de padecerla. Esta opción fue señalada como falsa por el 17.9% de los estudiantes.

En lo que se refiere a conocimientos sobre planificación familiar los resultados obtenidos fueron los siguientes: En el cuadro y gráfica # 14 se encuentra la respuesta a la pregunta # 13 que dice " de la planificación familiar podemos afirmar lo siguiente excepto:". El 12.4% de estudiantes indicó como excepto la opción que señala " que está orientada a las mujeres con el más alto potencial de natalidad " lo que es correcto puesto que su objetivo es disminuir la natalidad y con ello mejorar el nivel de vida y las condiciones socioeconómicas de los involucrados. De aquí se deduce como excepto la opción "b" que indica que su impacto disminuye si la practican las mujeres con el más alto potencial de natalidad lo que es falso, pues es a éste grupo que se dirige la planificación familiar. Esta opción fue señalada correctamente por el 62.6% de estudiantes encuestados; cifra baja si consideramos las implicaciones que trae el desconocimiento de esto.

En cuanto a métodos anticonceptivos, datos encontrados en el cuadro y gráfica # 15; reportan que el 83.8% señaló lo

correcto al indicar que el DIU no es un método permanente, el segundo lugar lo ocupó ligadura de trompas de Falopio con el 7.6%;. Es de tomar en cuenta que tanto la ligadura de trompas como la vasectomía son considerados como métodos permanentes, sin embargo se podría realizar la plastia reconstructiva en aquellos casos que desearan tener un hijo, claro está que el porcentaje de fracaso del procedimiento es elevado e intervienen en el mismo una serie de factores adicionales.

Siempre dentro del conocimiento sobre métodos anticonceptivos datos encontrados en el cuadro y gráfica # 16 sobre cuál es el método que brinda la mayor protección contra ETS; se observa que el 70.8% señaló la respuesta correcta al indicar al preservativo como el mejor método para proteger contra la ETS, el segundo lugar lo ocupó lavados vaginales con el 7.0% y el 11.3% señaló que ninguno de los métodos brinda protección contra las enfermedades de transmisión sexual.

En cuanto a quien debe tomar la decisión de usar o no métodos anticonceptivos se observa en el cuadro y gráfica # 17, el 67.0% respondió que la decisión debe ser tomada por el hombre y la mujer, un 13.7% señaló que la decisión debe ser tomada por todos (hombre, mujer y familia) y el 10.1% deja la decisión únicamente a la mujer. De acuerdo a la literatura consultada la decisión debe ser tomada en consenso por la pareja dado que es una meta de la salud reproductiva el promover la equidad e igualdad de los sexos y asegurar que entre ambos controlen su propia fecundidad.

En cuanto al método más adecuado para evitar embarazos en matrimonios jóvenes, datos contenidos en el cuadro y gráfica # 18; apenas un 50% de los estudiantes encuestados señaló la opción correcta (anticonceptivos orales), éste porcentaje es demasiado bajo si consideramos que es el método de elección en aquellos casos en que la mujer es joven y sin factores de riesgo; puesto que sus desventajas disminuyen si los utilizan las mujeres jóvenes menores de 35 años y sin factores de riesgo (fumadoras, diabéticas, hipertensas, etc) que incrementen sus efectos adversos; luego fueron señalados los métodos del ritmo y del preservativo con 19.1% y 15.3% respectivamente; métodos que están más indicados para parejas que tienen contacto sexual ocasional.

El cuadro y gráfica # 19 contienen datos sobre algunos aspectos importantes de los métodos anticonceptivos; se observa que el 62.0% de estudiantes respondió correctamente, pues al contrario de lo que afirma la opción "a" (tienen más riesgos que beneficios), los métodos anticonceptivos tienen más beneficios que riesgos pudiendo reducir aún más éstos últimos si se elige el método adecuado a cada caso y pareja en particular y si se lleva un control adecuado de la paciente. Un 15.2% señaló que algunos se asocian a infertilidad

luego de utilizarlos; esto es verdadero principalmente para aquellos métodos en los que se utilizan dispositivos intrauterinos; razón por la cual están indicados en aquellas parejas en las que por lo menos ya se ha tenido un embarazo.

En el cuadro y gráfica # 20, se observa que el 69.0% de estudiantes creen que sus conocimientos sobre salud reproductiva no son suficientes, siendo esto más evidente en los primeros grados de la carrera. Sólo el 29.0% cree que sus conocimientos sobre salud reproductiva son suficientes.

Finalmente el cuadro y gráfica # 21 contiene los datos sobre si los estudiantes encuestados creen necesario incluir en el pensum de la carrera cursos sobre salud reproductiva. Observando que el 86% de estudiantes consideran necesario se incluyan cursos sobre salud reproductiva. El 11.7% no lo consideran así y sólo el 2.3% optó por no emitir su opinión.

CONCLUSIONES

1. El conocimiento sobre sexo y sexualidad de los estudiantes encuestados se encuentra deficiente, pues sólo el 38.2% conocen la definición de felación, el 62.9% la definición de orgasmo, el 32.5% la definición de cunilinguo y el 30.1% la definición de coito.
2. El 68.3% de los estudiantes conocen la manera en que puede evitarse la adquisición de las enfermedades de transmisión sexual.
3. El 54.3% de estudiantes encuestados conocen el agente etiológico de la sífilis. y el 35.3% conocen el tratamiento de elección para la sífilis primaria.
4. El 53.8% de los estudiantes encuestados saben que el Sarcoma de Kaposi no es un síntoma inespecífico de la infección por VIH.
5. En cuanto a la gonorrea, el 34.9% de estudiantes encuestados saben que el tratamiento no es únicamente a base de penicilina.
6. El 70.8% de los estudiantes encuestados saben que el preservativo brinda la mayor protección contra las enfermedades de transmisión sexual.
7. El 50.0% de los estudiantes encuestados saben que los anticonceptivos orales son el mejor método para evitar los embarazos en matrimonios jóvenes. El desconocimiento en cuanto a las indicaciones de cada uno de los métodos anticonceptivos podría traerle consecuencias de índole médico-legales al indicar un método inadecuado según las características individuales de la pareja que lo solicita.
8. El 69.1% de los estudiantes consideran que sus conocimientos sobre salud reproductiva son deficientes.
9. El 86.0% de los estudiantes encuestados creen necesario incluir en el pensum de la carrera de medicina cursos sobre salud reproductiva.

RECOMENDACIONES

1. Iniciar un estudio orientado a establecer las implicaciones médico-legales, relacionadas con aspectos deficientes sobre salud reproductiva en el médico general, específicamente en el campo de la anticoncepción.
2. Que se inicie un programa de educación longitudinal que contemple todo lo relacionado a salud reproductiva y sexualidad para ser implementado en la carrera de medicina.
3. Crear un centro encargado de brindar orientación y educación personalizada a los estudiantes y personas particulares que lo requieran sobre aspectos relacionados con salud reproductiva.
4. Tomar en consideración que la atención en salud reproductiva debe incluir asesoramiento, información, educación y comunicación en aspectos relacionados a servicios de planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual y otros aspectos que afecten la salud reproductiva.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo en una muestra representativa, constituida por 699 estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Se les aplicó una encuesta que contenía 20 interrogantes sobre tres aspectos básicos de la salud reproductiva como son: conocimientos sobre sexo y sexualidad, conocimientos sobre enfermedades de transmisión sexual y conocimientos sobre planificación familiar.

Luego de pasada la encuesta se procedió a tabular los datos contenidos en la misma y posteriormente a su análisis e interpretación. Concluyendo que el conocimiento sobre salud reproductiva de los estudiante es deficiente, pues sólo el 38.2% conocen la definición de felación, el 32.5% la definición de cunilinguo y el 30.1% la definición de coito. Así mismo sólo el 68.3% de los estudiantes encuestados conocen la manera en que puede evitarse la adquisición de enfermedades de transmisión sexual. Y el 50.0 % de los estudiantes encuestados saben que los anticonceptivos orales son el mejor método para evitar los embarazos en matrimonios jóvenes. Por otro lado el 86.0% de los estudiantes consideran necesario incluir en el pensum de la carrera cursos sobre salud reproductiva.

BIBLIOGRAFIA

1. APROFAM. La fecundidad y mortalidad en Guatemala. Programa Población y Desarrollo. Unidad de Información Educativa y Adiestramiento. Guatemala, 1987. (p 28,29,34-38)
2. APROFAM. Normas para la administración de métodos anticonceptivos. Guatemala, s/f. Doc.mimeografiado 13 pag.
3. Arathon E., L. Flores, R. Batres. " Factores de riesgo asociados a la infección por VIH, hepatitis B y sífilis en trabajadores de la Policía Nacional de Guatemala." Revista del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala. Vol.3 No2 II Epoca, mayo-agosto 1993. (p 8-19).
4. Arias, Jorge. El crecimiento de la población de Guatemala y sus implicaciones. Programa Población y Desarrollo. Guatemala, 1989.
5. Baquerizo, Mario. " Enfermedades de transmisión sexual en niños." Revista Chilena de enfermedades de transmisión Sexual. " Vol. 3- No. 1, enero-marzo. Chile, 1993.
6. Biro, F; Rosenthal, S; Stamberry, L. [Conocimiento de gonorrea en adolescentes femeninos con historia de enfermedades de transmisión sexual.] "Knowledge of gonorrhoea in adolescent females with a history of STD." Department of Pediatrics, University of Cincinnati College of Medicine. United States, oct. 1994.
7. Braunwald, Hiram. y "otros". Principios de medicina interna. 11a. edición. Edit. Interamericana, México, D.F. 1989, tomo I (p 273, 627-647)
8. Carranza, Axel. Conocimientos, creencias y actitudes de los adolescentes sobre sexualidad y enfermedades de transmisión sexual. Tesis (Médico y Cirujano) USAC. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1995.
9. Centro de Estudios de Población y Paternidad Responsable (CEPAR). Encuesta de información y experiencia reproductiva de los jóvenes ecuatorianos en Quito y Guayaquil. Colombia, diciembre 1989. (p. 89-103)
10. Contreras Edgar. Conocimientos y actitudes sobre sexualidad y métodos anticonceptivos en estudiantes de educación media. Tesis (Médico y Cirujano). USAC. Fac. de Ciencias Médicas. Guatemala, 1992.
11. Diane, Papalia. Desarrollo de la personalidad en el adolescente. En su Psicología del desarrollo. 3a. edición. Edit. McGram-Hill. México, D.F. 1982 (p. 693-698)

12. Family Care International. Acción para el siglo XXI. salud y derechos reproductivos para todos. Informe acerca de las medidas de salud y los derechos reproductivos recomendados en todos los pueblos. El programa de acción de la CIPD. Celebrada en el Cairo, Sep. 1994. (p. 12-45)
13. Fitzgerald, Hiram. Ellen, Stromen. Psicología evolutiva. 2a. edición. Edit. El Ateneo. Buenos Aires Argentina, 1976. (p. 36-38)
14. Galich, Luis. El embarazo en los adolescentes. APROFAM No. 1, año XII, Guatemala. 1987. (p. 11-41)
15. Horward, Jones. Tratado de Ginecología de Novak. 11a. edición. Edit. Interamericana, México D.F. 1991. (p.161-169, 181-189).
16. Hutchinson, CM; "y otros". [Concentración de linfocitos CD4 en pacientes con reciente identificación de infección por VIH atendidos en la clínica de ETS] "CD4 lymphocyte concentrations in patients with newly identified HIV infection attending STD clinics." Journal school of medicine, Baltimore. United States. Jul. 1991 (p.253-256)
17. López González, Alberto V. Conocimientos, actitudes y uso de los métodos anticonceptivos por las mujeres en edad reproductiva y su repercusión en el riesgo reproductivo. Tesis (Médico y Cirujano). USAC. Fac. de Ciencias Médicas. Guatemala, 1994. 34 pag.
18. Magaña, Byron. Conocimientos, creencias y prácticas sobre educación sexual en estudiantes que cursan el nivel diversificado de enseñanza. Tesis (Médico y Cirujano). USAC. Fac. de Ciencias Médicas. Guatemala, 1990.
19. Marcos, Anabella. Conocimientos, prácticas y actitudes sobre sexualidad del estudiante de Ciencias Médicas de la USAC. Tesis (Médico y Cirujano). Guatemala, 1993. 68 pag.
20. Martínez, Gerardo. "SIDA en niños". Sinergia la alternativa para el médico de hoy. Revista PROMACO. Vol.I, No 6, marzo 1994. México D.F. (p. 24-26)
21. Master, W. Human sexual response. Erch. Six. Behavior, 1976. EUA. (p. 372)
22. Medinilla, Mario. Conocimientos, influencias y prácticas del uso de métodos anticonceptivos en los estudiantes de 4to año de la carrera de Médico y Cirujano de la USAC. Tesis (Médico y Cirujano). Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1994.

23. Mendez Puac, Juan. Conocimientos, actitudes y prácticas masculinas en salud reproductiva. Tesis (Médico y Cirujano). USAC. Fac. de Ciencias Médicas, 1993.
24. MSPAS. Boletín epidemiológico Nacional. Vol.II. Período VII-XII, 1994. Guatemala, julio 1995. (p.71-74,77-88)
25. MSPAS/DGSS. Normas de atención materno-infantil. Plan Nacional de salud materno-infantil. 1992-1996. Guatemala, 1992. (p.25-48)
26. MSPAS. Lineamiento de política de salud 1994-1995. Guatemala, 1993. (p.15-17)
27. Omran, Abdet y José Solís. "Planificación familiar y salud en las Américas". Salud reproductiva de las Américas. OPS/OMS. Ginebra, 1992 (p.58-62)
28. OMS. Atención a los pacientes con enfermedades de transmisión sexual. Serie de informes técnicos. 810. Ginebra, 1991. (p.11-19, 24-27)
29. OMS. Directrices para planificar el fomento de la salud en la prevención y lucha contra el SIDA. No. 5 Ginebra, 1990. (p.44,46)
30. OPS. Educación Médica y salud. La prevención del comportamiento de riesgo y promoción de estilos de vida saludables en el desarrollo de la salud. Vol. 28-No 2 abril/junio 1994.
31. OPS. La prevalencia y uso de métodos anticonceptivos en algunos países de la región de las Américas. OPS. 1995 (p.26,27)
32. OPS. Población y salud en América Latina. Encuesta demográfica y de salud. Programa DHS, marzo 1993.
33. Pellecer, Gustavo. Conocimientos sobre salud reproductiva en adolescentes de enseñanza media. Tesis (Médico y Cirujano). USAC. Fac. de Ciencias Médicas. Guatemala 1995.
34. Ramirez Guzmán, Mario. Conocimientos y actitudes del adolescente sobre sexualidad y enfermedades de transmisión sexual. Tesis (Médico y Cirujano) USAC. Guatemala, 1995.
35. Sac, Ingrid. Creencias, costumbres y tradiciones como condicionantes en la presencia de factores de riesgo reproductivo. Tesis (Médico y Cirujano).USAC. Guatemala 1995.

36. Suárez, Mónica. "Herpes genital en enfermedades de transmisión sexual y su proyección epidemiológica." Revista del Hospital San Juan de Dios. No. 34- Vol. 6 noviembre-diciembre. Bolivia, 1993.
37. U.N.I.C.E.F. Cumbre mundial para la infancia. Capítulo V. 1991, 6 páginas.

ANEXO

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ENCUESTA: CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD REPRODUCTIVA DE LOS
ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE MEDICO Y CIRUJANO.

DATOS GENERALES: Edad en años _____ Sexo: m. ___ f. ___ Grado _____
Estado civil: casado. ___ soltero ___ viudo ___ unido _____

Las preguntas que se presentan a continuación, son de carácter confidencial, no debe escribir su nombre; por lo que puede responder con toda libertad.

Primera serie:

Para responder las preguntas 1,2,3 y 4 deberá relacionar los conceptos de la derecha con las aseveraciones de la izquierda colocando en el paréntesis el número que corresponda.

1. Forma de sexualidad oral que consiste en la succión del pene. Cunilinguo ()
2. Periodo de emisión y eyaculación que indica la culminación del acto sexual. Coito ()
3. Forma de sexualidad oral que consiste en aplicar la lengua o la boca al clitoris. Orgasmo ()
4. Expresión de la sexualidad en la que se involucran los órganos anatómicos destinados a funcionar en el acto sexual. Masturbación ()
Felación ()

Segunda serie: Marque con una "x" la respuesta correcta.

5. De las siguientes enfermedades cuál no es de transmisión sexual?
 - a. Hepatitis B
 - b. SIDA
 - c. Sífilis
 - d. Uretritis
 - e. Infección del tracto urinario.
6. Las enfermedades de transmisión sexual se adquieren de la siguiente forma. Excepto
 - a. Al tener coito con prostitutas
 - b. Al tener coito con homosexuales
 - c. Al tener múltiples parejas sexuales
 - d. Al utilizar adecuadamente los preservativos
 - e. Al no hacer uso del condón
7. El agente etiológico de la Sífilis es:
 - a. Un hongo
 - b. Una bacteria
 - c. Un virus
 - d. Un protozoo
 - e. Ninguna de las anteriores

8. Señale el tratamiento de elección para la Sífilis primaria.
- Penicilina procaína 4000000 UI i.m. en dosis única.
 - Penicilina benzatínica 2.4 millonesUI i.m. dosis única.
 - Penicilina procaína 800000UI im c/24 hrs. por 10 días.
 - Penicilina benzatínica 1.2 millonesUI i.m. dosis única.
 - Ninguna es correcta.
9. Del SIDA podemos afirmar lo siguiente. Excepto:
- Es causado por un retrovirus humano.
 - Se transmite por medio de relaciones sexuales y transfusiones sanguíneas principalmente.
 - Se caracteriza por presentar infecciones oportunistas.
 - El periodo de incubación varía de meses a años.
 - Es producido por una bacteria atípica.
10. Cual de los siguiente no es un síntoma inespecífico de infección por VIH ?
- Fiebre
 - Cefalea
 - Sarcoma de Kaposi
 - Tos
 - Diarrea
11. El agente etiológico de la Hepatitis B es:
- Un virus
 - Un protozoo
 - Una bacteria
 - Un hongo
 - Ninguna de las anteriores.
12. De la Gonorrea podemos afirmar lo siguiente. Excepto:
- Es producida por un diplococo Gram (-)
 - El periodo de incubación es de 3 a 8 días.
 - Hasta el 80% de mujeres son portadoras asintomáticas.
 - Actualmente el tratamiento es únicamente a base de penicilina.
 - El 15 a 20% de infección gonocócica se asocia a infección por *Clamidia trachomatis*.
13. De la planificación familiar podemos afirmar lo siguiente. Excepto:
- Se vale de métodos anticonceptivos temporales y permanentes.
 - Su impacto disminuye si la practican las mujeres con el más alto potencial de natalidad.
 - Permite disminuir la mortalidad materno-infantil.
 - Está orientada a las mujeres con el más alto potencial de natalidad.
 - Mejoran el nivel de vida de quienes integran la familia
14. De los siguientes métodos anticonceptivos; cuál no pertenece a los métodos permanentes?
- Vasectomía
 - Dispositivo intrauterino
 - Ligadura de trompas
 - Histerectomía

15. De los siguientes Métodos anticonceptivos cuál brinda la mayor protección contra ETS?
- a. Espumas y jaleas
 - b. Dispositivos intrauterinos
 - c. Lavados vaginales
 - d. Preservativos
 - e. Ninguno de los anteriores
16. La decisión de utilizar un método anticonceptivo debe ser tomada por:
- a. El hombre
 - b. La mujer
 - c. La familia
 - d. a y b son correctas
 - e. Todas las anteriores
17. De los siguientes métodos cuál es el más adecuado para evitar embarazos en matrimonios jóvenes?
- a. Preservativo
 - b. Ritmo
 - c. Anticonceptivos orales
 - d. Vasectomía
 - e. Ninguno
18. De los métodos anticonceptivos podemos afirmar lo siguiente. Excepto:
- a. Tienen más riesgos que beneficios.
 - b. Persiguen la planificación familiar.
 - c. Se dividen en temporales y permanentes.
 - d. De los métodos temporales ninguno ofrece el 100% de efectividad en la prevención de embarazos.
 - e. Algunos se asocian a infertilidad luego de utilizarlos.
19. Cree usted que sus conocimientos sobre salud reproductiva son suficientes?
- a. Si
 - b. No
20. Cree necesario incluir en el pensum de la carrera de Médico y Cirujano cursos sobre salud reproductiva?
- a. Si
 - b. No

PROTECCIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
BIOLOGÍA