

Universidad San Carlos de Guatemala

Facultad de Ciencias Médicas

“Conocimientos, actitudes y prácticas sobre infecciones de transmisión sexual y planificación familiar”

Estudio realizado en maestros de escuelas públicas de los municipios de San Miguel Pochuta, San Pedro Yepocapa y Chimaltenango, departamento de Chimaltenango, junio del 2,012.

Realizado por:

Leslie Ivette Cruz Castillo

Gabriela Solís Ramírez

Marlenne Rocío Serrano Carrillo

Guatemala Agosto, 2012

El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que:

Las estudiantes:

Gabriela Solís Ramírez	200614230
Leslie Ivette Cruz Castillo	200614615
Marlenne Rocío Serrano Carrillo	200614622

han cumplido con los requisitos solicitados por esta Facultad, previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en el grado de Licenciatura, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR”

Estudio realizado en maestros de escuelas públicas de los municipios de San Miguel Pochuta, San Pedro Yepocapa y Chimaltenango, departamento de Chimaltenango

junio 2012

Trabajo asesorado por el Dr. Paul Antulio Chinchilla Santos y revisado por el Dr. Mario Napoleón Méndez Rivera, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, dos de agosto del dos mil doce

**DR. JESÚS ARNULFO OLIVA LEAL
DECANO**



El infrascrito Coordinador de la Unidad de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hace constar que las estudiantes:

Gabriela Solís Ramírez	200614230
Leslie Ivette Cruz Castillo	200614615
Marlenne Rocío Serrano Carrillo	200614622

Han presentado el trabajo de graduación titulado:

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR”**

**Estudio realizado en maestros de escuelas públicas
de los municipios de San Miguel Pochuta, San Pedro Yepocapa
y Chimaltenango, departamento de Chimaltenango**

junio 2012

El cual ha sido revisado y corregido por el Dr. Edgar Rodolfo de León Barillas y, al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se les autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala, el dos de agosto del dos mil doce.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Dr. Edgar Rodolfo de León Barillas
Coordinador

 **USAC** 
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Coordinación de Trabajos de Graduación
COORDINADOR

Guatemala, 2 de agosto del 2012

Doctor
Edgar Rodolfo de León Barillas
Unidad de Trabajos de Graduación
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

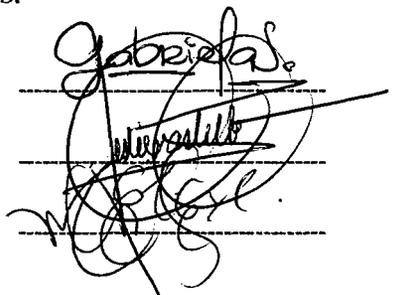
Dr. de León:

Le informo que los estudiantes abajo firmantes:

Gabriela Solís Ramírez

Leslie Ivette Cruz Castillo

Marlenne Rocío Serrano Carrillo



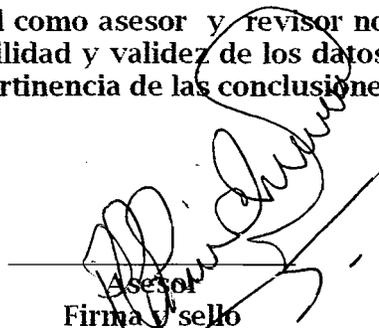
Presentaron el informe final del Trabajo de Graduación titulado:

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR”**

**Estudio realizado en maestros de escuelas públicas
de los municipios de San Miguel Pochuta, San Pedro Yepocapa
y Chimaltenango, departamento de Chimaltenango**

junio 2012

Del cual como asesor y revisor nos responsabilizamos por la metodología, confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.



Aesor
Firma y sello

San Miguel Chimaltenango
MÉDICO Y CIRUJANO
Colegiado



Revisor
Firma y Sello
Reg. de Personal 20040391

M. Napoleón Méndez R.
Médico y Cirujano
Col. No. 10,210

RESUMEN

Objetivo: Describir los conocimientos, actitudes y prácticas de los maestros respecto a infecciones de transmisión sexual y planificación familiar de los municipios de San Miguel Pochuta, San Pedro Yepocapa y Chimaltenango, departamento de Chimaltenango. **Metodología:** Estudio tipo descriptivo de corte transversal, en una muestra probabilística estratificada de 244 maestros, entrevistando a través de una boleta tipo cuestionario con preguntas de selección múltiple. Las alternativas de respuesta fueron con base a la escala de Likert. Para el bloque de prácticas se elaboraron preguntas tipo abierta y cerrada. **Resultados:** El 95% de maestros mostró un nivel de conocimientos adecuados, el 95% mostró una actitud positiva, 4% indiferente y 1% negativa. El 91% de los maestros es sexualmente activo; de ellos el 61% tienen prácticas adecuadas y 30% prácticas inadecuadas. **Conclusiones:** El nivel de conocimientos, tipo de actitud y práctica de los maestros son adecuados con respecto a la prevención de infecciones de transmisión sexual y a la planificación familiar en los municipios de San Miguel Pochuta, San Pedro Yepocapa y Chimaltenango, departamento de Chimaltenango.

Palabras clave: Conocimientos, actitudes, prácticas, planificación familiar, infecciones de transmisión sexual, maestros, Chimaltenango.

ÍNDICE

1. Introducción.	1
2. Objetivos.	9
3. Marco teórico.	
3.1. Planificación familiar.	11
3.1.1. Importancia de la planificación familiar	11
3.2. Infecciones de transmisión sexual (ITS).	14
3.2.1. Como prevenir las ITS.	18
3.3. Actitudes	
3.3.1. Concepto	18
3.3.2. Tendencias conductuales.	19
3.3.3. Estructura de las actitudes.	19
3.3.4. Características generales.	22
3.3.5. Funciones de las actitudes.	23
3.4. Mediciones de las actitudes.	
3.4.1. Escala de Likert.	25
3.4.2. Aplicaciones de la escala de Likert.	25
3.4.3. Construcción de una escala de Likert.	26
3.4.4. Ventajas y desventajas de la escala de Likert.	27
3.5. Conocimiento.	
3.5.1. Concepto.	27
3.5.2. Los tres niveles de conocimiento.	28
3.6. Práctica	
3.6.1. Concepto	29
4. Metodología.	
4.1. Tipo y diseño de la investigación.	31
4.2. Unidad de análisis.	31
4.3. Población y muestra.	31
4.4. Selección de los sujetos a estudio.	
4.4.1. Criterios de inclusión.	33
4.4.2. Criterios de exclusión.	33
4.5. Definición y operacionalización de las variables.	35

4.6. Técnicas, procedimientos e instrumentos de recolección de datos.	
4.6.1. Técnica.	37
4.6.2. Procedimientos.	37
4.6.3. Instrumento.	37
4.6.4. Plan de procesamiento y análisis de datos.	38
4.6.5. Aspectos éticos de la investigación	39
5. Resultados.	41
6. Discusión.	43
7. Conclusiones.	47
8. Recomendaciones.	49
9. Referencias bibliográficas.	51
10. Anexos.	
10.1 Anexo 1	55
10.2 Anexo 2	67
10.3 Anexo 3	71

1. INTRODUCCIÓN

En el 2011, se dan a conocer las siguientes estadísticas: 45,048 partos en niñas y adolescentes menores de 20 años de edad en el año 2,010. La mortalidad materna a nivel nacional para el año 2010 fue de 229 por diversas causas, de las cuales 40 fueron en niñas y adolescentes de entre 13 y 19 años de edad. Durante el año 2,011, en el departamento de Chimaltenango se reportaron 7,448 embarazos; 1,041 son de mujeres menores de 20 años. En los municipios seleccionados para el análisis se reportaron: En Chimaltenango 209 embarazos en menores de 20 años, en San Miguel Pochuta; 19 y en San Pedro Yepocapa; 136 dando un total de 364 Embarazos. (1)

Con respecto a las infecciones de transmisión sexual (ITS) en el año 2011 en el departamento de Chimaltenango se reportaron un total de 2,935 personas infectadas, de las cuales 2,639 personas (hombres y mujeres) de 10-70 años presentaron secreción uretral/flujo vaginal, 145 mujeres presentaron candidiasis vulvovaginal, 109 personas (hombres y mujeres) presentaron tricomoniasis anogenital; se reportaron 14 personas (hombres y mujeres) con papilomatosis anogenital y dos personas reportadas con VIH/SIDA. (2)

La incidencia de embarazos en menores de 20 años, el aumento de jóvenes con infecciones de transmisión sexual (ITS), como por ejemplo el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el elevado número de violencia sexual y de género y la trata de personas, requieren de acciones sistemáticas e integrales implementadas en equipo como los Ministerio de educación/Ministerio de salud Pública y Asistencia Social (MINEDUC/MSPAS), que permitirán responder clara y contundentemente a la compleja realidad, y garantizarán una educación que incrementará los conocimientos y con la cual la ciudadanía podrá ejercer sus derechos.

La educación de la sexualidad se encuentra en la reforma educativa y en Currículo Nacional Base y ha sido implementada por el Ministerio de Educación (MINEDUC) por la Ley del Desarrollo Social y la Ley de Acceso Universal y Equitativo a los métodos de planificación familiar. (3)

Fue la declaración ministerial “Prevenir con Educación”, la primera reunión de ministros de salud y educación para detener el VIH e ITS en latinoamérica y el caribe, en la ciudad de México, agosto 2,008, con el objetivo de fortalecer la respuesta a la epidemia de VIH en el contexto educativo formal y no formal; en el inciso 2.6 declaran que: *“La educación formal desde la infancia, favorece la adquisición gradual de información y de conocimientos necesarios para el desarrollo de habilidades y de las actitudes apropiadas para vivir una vida plena y saludable, así como para reducir riesgos en materia de salud sexual y reproductiva”*. (4)

En Guatemala, los MINEDUC/MSPAS firmaron la Carta Acuerdo Salud Educación, trabajando en un enfoque común y fortaleciendo el rol de cada ministerio y establecen una meta para el 2,015: “Reducción en 75% de la brecha en el número de escuelas que actualmente no han institucionalizado la educación integral de la sexualidad”. (4)

La provisión de una educación en sexualidad de alta calidad dependerá en gran parte de contar con maestros capacitados. Se debe alentar a la especialización de los maestros en educación en sexualidad enfatizando la formalización de esta temática dentro de su currículo, su evaluación y el fortalecimiento de la práctica pedagógica a través de la intensificación de iniciativas de apoyo y perfeccionamiento docente con ayuda de cuerpo médico en cuanto a temas de salud sexual y reproductiva se refiere. (5)

La educación sexual del docente debe basarse en el afán por comprender al ser humano en todas sus etapas, para brindar una formación sana y responsable. (6)

Con la finalidad de establecer un marco de referencia para la investigación se desarrolló un proceso de búsqueda y análisis de trabajos anteriores los cuales concluyeron:

López (1993), llegó a la conclusión que los docentes no manejaban los elementos cognoscitivos de la sexología necesarios para el desarrollo de las unidades curriculares encomendadas y no habían recibido cursos de educación sexual. (7)

Ferrer (1995), establece que la información sexual en los actuales momentos es deficiente y se requiere que los responsables de la educación sexual posean suficientes conocimientos para poder orientar acerca de la sexualidad. (8)

Urdaneta (1995), comprobó que los educadores presentaban un nivel medio de información sexual con inclinación hacia el nivel bajo, siendo su información muy escasa en áreas como anatomía y fisiología sexual, conducta sexual y métodos anticonceptivos, y que manifestaban no poseer suficientes conocimientos en sexología como para atender las necesidades de sus alumnos y, mucho menos, las de los padres-representantes y comunidad en general. (9)

Noriega menciona en su tesis a Alvarez-Gayou (1998), Pick (2000) y Hiriart, (2001) quienes consideran que es necesaria la profesionalización de la educación sexual en México y que por lo tanto es importante realizar estudios enfocados directamente en las instituciones relacionadas con el quehacer educativo tanto gubernamentales como otros organismos no gubernamentales. Otra de las consideraciones, son las relacionadas con la inexistencia y necesidad de contar con información adecuada y oportuna relacionada con los profesores, es decir, es necesario documentar así como analizar sus actitudes, comportamientos y creencias relacionadas con la sexualidad y con la educación en la misma, ya que son los actores principales en la educación, quienes están en contacto directo con los niños y jóvenes la mayor parte del día. (10)

Casanovas menciona en su artículo publicado en el periódico La Nación, Argentina (2006) que el 60% de los docentes de las escuelas porteñas está poco o nada capacitado para impartir educación sexual en las aulas, y el 56,4% admitió que no recibió ninguna formación específica sobre el tema. (11)

Meinardi menciona en su tesis una encuesta realizada en la Argentina por el Consorcio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales (CONDERS, 2003) a 260 personas (aproximadamente diez encuestas por provincia en todo el país) mostró que, para los jóvenes, el compromiso y la capacitación de los profesores es un factor muy importante que favorece la Educación para la Salud Sexual, mientras que un profesorado no capacitado y con miedo la dificulta. Consultados acerca de si consideran necesaria la Educación para la Salud Sexual, el 98,8% de los jóvenes respondió afirmativamente. Otra encuesta realizada a aproximadamente 100 profesores, dio como resultado que casi al 40% le había resultado embarazoso contestar las dudas que los adolescentes planteaban sobre el tema (CAAMAÑO CANO, 2003). (12)

Ramírez (2005) Considera que los centros educativos parte importante para brindar una orientación adecuada a las jóvenes con relación a su sexualidad, por lo cual deben tener el compromiso de preparar a las futuras maestras en la capacidad de educar y orientar a las adolescentes con una actitud responsable para enfrentar la vida. (13)

Conocemos las dificultades que enfrentan los(as) docentes para motivar a los padres y representantes sobre la importancia de conversar y asumir la realidad con respecto a una Educación Sexual adecuada en la vida de los(as) adolescentes, así como también, el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual (ITS) entre otros, es aquí, donde una adecuada Educación Sexual en las instituciones educativas juega un papel fundamental, ya que, no sólo rompe con el tabú que todavía existe en la sociedad sobre este tema, sino que también, orienta a los(as) adolescentes en cuanto a conductas sexuales responsables se refiere. Sin embargo, en los(as) adolescentes y en la sociedad en general, los malos efectos de la incultura sexual son evidentes en la manera contradictoria como transcurre la vida, debido a los efectos nocivos de todos los problemas presentes en cuanto a sexualidad se refiere. (14)

Roizen y Ruggiero mencionan en el artículo publicado en el Portal Digital El País, Uruguay (2012), que las autoridades no brindan una respuesta concreta sobre la forma de evaluar la enseñanza de educación sexual y, al final de cuentas, la información que recibe el alumno está librada a la voluntad de un educador que, por lo general, no domina a fondo la temática. (15)

El presente estudio pretende evaluar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual y reproductiva de maestros, esto es de importancia para el área de salud ya que los maestros constituyen la “base de la pirámide” para una adecuada educación en salud sexual y reproductiva de los educandos, disminuyendo así las altas tasas de embarazos en menores de 20 años y las ITS como el VIH.

Guatemala es un país pluricultural, que por sus características demográficas y por sus cambios políticos, le ha sido muy difícil en el campo de la docencia poder abarcar temas de sexualidad. En la revista Human Organization, en el año 2,004, en un artículo escrito por el Dr. Roberto Santiso-Glavez y Jane T. Bertrand se menciona que Guatemala vivió movimientos izquierdistas, la guerra civil, la fuerte opinión de la iglesia, y por último, y no menos importante se cuenta con población indígena en un 40 al 60%, los cuales han ido afectando el avance sobre temas de sexualidad, la falta de introducción de programas en los establecimientos educativos a nivel nacional y esto se ve reflejado en una problemática en Salud Pública. (16).

Se tiene la convicción, que los centros educativos y su importante proyección a la comunidad permitirá promover el aprendizaje significativo, por medio de los maestros, para lograr revertir las alarmantes estadísticas de aumento de embarazos en adolescentes y niñas, aumento de personas infectadas con VIH y el elevado número de muertes maternas ya que cada día de convivencia en el centro educativo es una oportunidad para formar a los educandos.

Los docentes serán los encargados de transmitir la información sobre salud sexual y reproductiva, pero se cree que este no es un tema que solamente le competa al ministerio de educación. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y

estudiantes del ejercicio profesional supervisado deben de apoyar a la institución para poder capacitar a los docentes para que sean capaces de cumplir los objetivos de cumplir con una educación sexual integral en los establecimientos.

Por lo antes mencionado, en cuanto a su valor teórico la investigación se justifica porque representa una experiencia real para promover los siguientes aspectos:

- Plantea oportunidades para generar propuestas centradas en formación e información sexual en el ámbito organizacional del Ministerio de Educación (MINEDUC), Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y la Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC) en la Facultad de Ciencias Médicas.
- Constituirá para los docentes un estímulo, en quienes se espera surja el convencimiento de que es necesario la preparación en cuanto a la búsqueda de información en el área sexual con el fin de mejorar su nivel cognitivo, refiriéndose al conjunto de conocimientos teóricos conceptuales sobre la sexualidad y la capacitación para generar procesos educativos en esta área con mayor facilidad, utilizando estrategias didácticas apropiadas, en cuyo contenido el educando sea orientado para convivir en una sociedad sana.
- Por último la importancia de ésta investigación está referida principalmente en que es el primer estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas realizada a personal docentes de distintas instituciones del área rural en la facultad de ciencias médicas de la USAC, enfocada a que una buena capacitación docente, se refleje una buena educación sexual y disminuyan las alarmantes cifras de embarazos adolescentes e infecciones de transmisión sexual. Se espera que sea una alternativa viable para mejorar la calidad de la educación en los establecimientos. A su vez constituye una contribución para todas las instituciones que se identifiquen con esta problemática, las cuales podrán nutrirse de las conclusiones y recomendaciones que esta investigación origine.

El tipo de estudio fue descriptivo y se incluyó a los maestros de los municipios de Chimaltenango, San Pedro Yepocapa y San Miguel Pochuta, tomando comunidad primaria de muestreo los maestros, unidad de análisis los datos obtenidos a través del cuestionario; y la unidad de información los datos obtenidos en base a respuestas de maestros. El estudio se realizó durante el mes de junio del 2012.

Para determinar los conocimientos, actitudes y prácticas, se realizó una entrevista cara a cara con cada maestro utilizando como instrumento el cuestionario diseñado para el efecto.

Los resultados del estudio mostraron que los maestros poseen un conocimiento adecuado, reflejado en un 95% del total de los encuestados. Con respecto a las actitudes de los maestros hacia las infecciones de transmisión sexual y planificación familiar, la mayoría tiene una actitud positiva (95%). Este resultado refleja que los maestros están propensos a tener unas prácticas con respecto a infecciones de transmisión sexual y planificación familiar adecuadas. Un 91% de los maestros son sexualmente activos; este subgrupo fue el que se tomó en cuenta para la evaluación de las prácticas.

Se llegó a la conclusión de que el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de los maestros son adecuados para impartir clases respecto a infecciones de transmisión sexual y planificación familiar en los municipios de San Miguel Pochuta, San Pedro Yepocapa y Chimaltenango, departamento de Chimaltenango.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

2.1.1. Describir los conocimientos, actitudes y prácticas de los maestros respecto a infecciones de transmisión sexual y planificación familiar de los municipios de San Miguel Pochuta, San Pedro Yepocapa y Chimaltenango, departamento de Chimaltenango.

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

2.2.1. Identificar el nivel de conocimientos de los maestros respecto a infecciones de transmisión sexual y planificación familiar de los municipios de San Miguel Pochuta, San Pedro Yepocapa y Chimaltenango, del departamento de Chimaltenango.

2.2.2. Identificar el tipo de actitud de los maestros respecto a infecciones de transmisión sexual y planificación familiar de los municipios de San Miguel Pochuta, San Pedro Yepocapa y Chimaltenango, departamento de Chimaltenango.

2.2.3. Identificar el tipo de práctica de los maestros respecto infecciones de transmisión sexual y planificación familiar de los municipios de San Miguel Pochuta, San Pedro Yepocapa y Chimaltenango, departamento de Chimaltenango.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Planificación familiar

3.1.1. La importancia de la planificación familiar

Los métodos anticonceptivos son objetos, sustancias y procedimientos que se utilizan de manera voluntaria para regular la capacidad reproductiva de una persona o una pareja con el fin de prevenir un embarazo no planeado. (17)

Se ha encontrado que existe una relación positiva entre escolaridad y uso de anticonceptivos, es decir, a mayor escolaridad mayor uso de métodos anticonceptivos. *“La educación de la mujer guarda relación estrecha con el uso de los anticonceptivos porque propicia en las personas actitudes de previsión y planeación; favorece una mayor capacidad de decisión, autonomía y libertad, lo que se expresa en todas las esferas de la vida privada y social; fomenta el afán de logro y superación personales, así como una alta valoración parental de los hijos”.* (18)

Cuando los adolescentes tienen estudios, su proyecto de vida se amplía y hay una tendencia tanto a la postergación del inicio de vida sexual como a la práctica de un sexo más seguro ya que están más sensibilizados de la importancia de métodos anticonceptivos. (19)

Los métodos anticonceptivos se clasifican en dos grandes grupos: métodos temporales y definitivos. Los temporales son aquellos que su efecto dura el tiempo que se les emplea. Si la pareja desea tener más hijos, la mujer puede embarazarse al suspender su uso. Los definitivos evitan el embarazo de manera permanente y se recurre a ellos cuando la pareja tiene la paridad satisfecha. (17)

Los métodos anticonceptivos se dividen en científicos (hormonales, de barrera y quirúrgicos) y de abstinencia periódica. (17)

Método	Descripción	Como Funciona	Eficacia para prevenir el embarazo	Observaciones
Anticonceptivos orales en combinación (la pastilla o píldora)	Contiene dos hormonas (estrógeno y progestágeno)	Evita la liberación de óvulos los ovarios (ovulación)	> 99% si se usa de manera correcta y sostenida 92% como se usa comúnmente.	Disminuye el riesgo de cáncer endometrial y ovárico no debe de tomarse mientras se amamanta.
Pastillas de progestágeno solo "minipastillas o minipíldoras"	Contiene únicamente progesterona (sin estrógeno)	Hace mas espeso el moco del conducto del cuello uterino, lo que impide que los espermatozoides y el óvulo que se junten y previenen la ovulación.	99% si se usa de manera correcta y sostenida. Entre 90% y 97% como se usa comúnmente.	Puede usarse mientras se amamanta, debe de tomarse todos los días a la misma hora.
Implantes	Cilindros o cápsulas pequeños y flexibles que se colocan debajo de la piel del brazo, contienen únicamente progestágeno	El mismo mecanismo que las pastillas de progestágeno	> 99%	Debe ser insertado y extraído por personal sanitario, se puede usar de 3 a 5 años; según el tipo, las hemorragias vaginales son comunes pero no dañinas
Progestágeno en forma inyectable	Se inyecta por vía intramuscular cada 2 a 3 meses, según el producto	El mismo mecanismo que las pastillas de progestágeno	> 99% si se usa de manera correcta y sostenida 97% como se usa comúnmente	Al cesar el uso la fecundidad tarda en reaparecer (entre 1 y 4 meses); las hemorragias vaginales son comunes pero no dañinas
Inyectables mensuales o anticonceptivos inyectables en combinación	Se inyecta cada mes por vía intramuscular; contiene estrógeno y progestágeno	El mismo mecanismo que los anticonceptivos orales en combinación	> 99% si se usa de manera correcta y sostenida 97% como se usa comúnmente	Las hemorragias vaginales son comunes pero no dañinas
Dispositivo intrauterino (DIU) de cobre	Dispositivo plástico pequeño y flexible que contiene una asa o cubierta de cobre y se inserta	El cobre daña a los espermatozoides y evita que se una con el óvulo.	> 99%	Durante los primeros meses la menstruación dura más y es más copiosa, pero esto

	en el útero			no es dañino; se puede usar también como anticonceptivo de urgencia.
Dispositivo intrauterino (DIU) de levonogestrel	Dispositivo plástico en forma de T que se inserta en el útero y libera diariamente pequeñas cantidades de levonogestrel	Suprime el crecimiento del revestimiento de la cavidad uterina (endometrio)	> 99%	Disminuye los cólicos menstruales y los síntomas de la endometriosis; amenorrea (ausencia de hemorragia vaginal) en un 20% de las usuarias
Condón Masculino	Vaina o cubierta que envuelve el pene erecto	Forma una barrera que impide que los espermatozoides ingresen en la vagina.	98% si se usa de manera correcta y sostenida 85% como se usa comúnmente	También protege de las enfermedades de transmisión sexual, en particular la causada por el VIH
Condón Femenino	Vaina o forro que de adapta holgadamente a la vagina, esta hecho de un material plástico transparente, fino y suave.	Forma una barrera que impide que los espermatozoides y el óvulo se junten.	90% si se usa de manera correcta y sostenida 79% como se usa comúnmente	También protege de las enfermedades de transmisión sexual, en particular la causada por el VIH
Esterilización Masculina (Vasectomía)	Anticoncepción permanente por la cual se bloquean o cortan los tubos (conductos deferentes) que transportan los espermatozoides desde los testículos	Impide que hayan espermatozoides en el semen eyaculado	>99% después de la evaluación del semen a los 3 meses Entre 97% y 98% si no se evalúa el semen	Tarda en actuar unos 3 meses debido a que quedan espermatozoides almacenados; no afecta el funcionamiento sexual del hombre; es fundamental que sea una elección voluntaria y con conocimiento de causa.
Esterilización Femenina (Ligadura de las trompas salpingectomía)	Anticoncepción permanente por la cual se bloquean o cortan las trompas de falopio	Los óvulos no pueden juntarse con los espermatozoides	> 99%	Es fundamental que sea una elección voluntaria y con conocimiento de causa.
Método de la retirada (coito interrumpido)	El hombre retira el pene de la vagina y eyacula fuera de esta, con lo que el	Evita que los espermatozoides entren en la vagina, lo que impide la	96% si se aplica de manera eficaz y	Es uno de los métodos menos eficaces porque a menudo resulta

	semen no tiene contacto con los genitales externos de la mujer.	fecundación.	sostenida	difícil determinar el momento preciso de la retirada.
Métodos que requieren el conocimiento de la fecundidad (planificación natural de la familia o abstinencia periódica)	Métodos de calendario: se vigilan los días fértiles en el ciclo menstrual; métodos que se basan en síntomas: se vigilan el moco del cuello uterino y la temperatura	La pareja evita el embarazo evitando tener coito sin protección durante los días fértiles, generalmente mediante la abstinencia o empleando condones	75 %	Puede usarse para determinar los días en los que la mujer es fértil, tanto si quiere embarazarse como si pretende no hacerlo.
Método de la amenorrea por amamantamiento	Es un método de anticoncepción temporal para las mujeres recién paridas que no han vuelto a menstruar; exige el amamantamiento exclusivo, día y noche de un bebé menor de 6 meses.	Impide que los ovarios liberen óvulos (ovulación)	99% si se aplica de manera correcta y sostenida 98% como se practica comúnmente	Es un método temporal de planificación familiar basado en el efecto natural del amamantamiento sobre la fecundidad.
Anticoncepción de urgencia (levonorgestrel 1.25 mg)	Son pastillas de progestágeno que se toman para prevenir el embarazo hasta 5 días después de una relación sexual sin protección	Evita la ovulación	Reduce en un 60% a un 90% el riesgo de embarazo	No altera el embarazo si este ya se ha producido

Fuente: Tabla de Métodos de Planificación Familiar de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Nota descriptiva N°351. Abril de 2011. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

3.2. Infecciones de transmisión sexual (ITS)

Las ITS son infecciones que se adquieren a través de relaciones sexuales, sin protección. La mayoría tienen tratamiento, pero otras como las producidas por virus, no se curan de manera definitiva, ya que el agente que las produce permanece dentro del organismo sin manifestarse y reaparece por períodos. (20)

La educación sexual, la abstinencia sexual, la fidelidad mutua, la información, el uso de preservativos, la actitud sana frente al sexo; son las

medidas más efectivas para prevenir las ITS y todo tipo de infecciones relacionadas con el sexo. (20)

- **Sífilis:** Infección causada por una bacteria *Treponema Pallidum*, tiene forma espiral o de espiroqueta. La forma de contagio es por contacto sexual con una persona infectada, se transmite por el pene o la vagina y menos frecuente por la lengua, labios y ano. (21)
 - **Sífilis primaria:** Entre los 10 y 40 días después del contagio suele aparecer un chancro no doloroso en la zona donde ha penetrado la infección, que puede ser la zona genital, la región anal, labios y pezón. A veces produce inflamación de ganglios cercanos. El chancro es una lesión indurada, indolora y de bordes rojos, la cual desaparece, aun sin tratamiento a las 4 a 10 semanas. (21).
 - **Sífilis secundaria:** Suele aparecer entre 6 semanas y 3 meses después del contagio, la cual produce una erupción cutánea generalizada, se produce caída de cabello, cefalea, faringitis, anorexia, febrícula e inflamación ganglionar. El nivel de contagio a otras personas es muy alto en esta fase. (21)
 - **Sífilis terciaria:** Esta fase puede permanecer latente hasta por 30 años. La enfermedad reaparece atacando cualquier órgano del cuerpo, en especial ataca al corazón, vasos sanguíneos, el cerebro y la medula espinal. También se presentan ulceraciones bucales, erosiones cutáneas, óseas o de los ligamentos. Las lesiones de esta fase son definitivas y pueden transmitirse en el embarazo al feto. (21)
- **Gonorrea:** Infección producida por una bacteria llamada *NeisseriaGonorrhoeae* que es un diplococo gramnegativo en forma de grano de café. En la mujer puede infectar el cuello uterino, el útero, las trompas de falopio y la uretra. En el hombre, puede infectar la próstata, el epidídimo y la uretra. Se contrae por contacto sexual con una persona infectada y el periodo de incubación es de 10 días.

Los síntomas en el hombre son secreción de material purulento a través del pene, micción dolorosa, orina turbia y a veces sanguinolenta, también puede producir inflamación ganglionar dolorosa en la región inguinal. En la mujer la infección se inicia en el cuello uterino provocando dolor pélvico, micción dolorosa, secreción purulenta a través del orificio cervical y la infección puede ascender hacia el útero, las trompas de falopio y la región pélvica.(21)

- **Herpes:** Infección causada por el virus zoster 2 o herpes genital, la cual se manifiesta con pápulas que se convierten en vesículas herpéticas parecidas a las que aparecen en la boca; estas lesiones aparecen en los órganos genitales, el recto, en el cuello uterino y pueden pasar inadvertidas. A los de 1 a 10 días de contagio aparecen las lesiones, las cuales luego resuelven a los 5 a 21 días. (21)
- **Uretritis:** Es una infección uretral ocasionada por gonorrea, clamidias, tricomonas y otros microorganismos. Se contrae por contacto sexual y los síntomas son: en la mujer, micción frecuente y dolorosa. Y en el hombre también se produce, micción frecuente, dolorosa y secreción purulenta del pene. (21)
- **Vaginitis:** Es una infección de la vagina causada por múltiples microorganismos como haemophilus vaginalis, candida albicans, tricomonas, clamydiatracomatis, gardenerella; y también pueden ser causas por lesiones traumáticas, cuerpos extraños, etc. El tiempo de aparición de la infección es variable y los síntomas es flujo vaginal, con cambios de coloración, mal olor; asociado a prurito, micción dolorosa, ardor, edema, excoiación, hemorragia, dolor pélvico y ocasionalmente dolor al defecar. (21)
- **Ladillas o pediculosis genital:** Viven en el vello púbico, se alimentan de sangre, son pequeños y se transmiten por contacto físico o por medio de fómites. Provocan picazón intolerable. (21)

- **Chancroide:** Infección provocada por el bacilo *hemophilusducreyi*, puede transmitirse por contacto sexual o no, la lesión es mínima, atípica y desaparece espontáneamente. Consiste en pápulas, luego vesículas y por último se presenta en forma de úlcera, la cual se acompaña de edema. (21).
- **Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida (SIDA):**El SIDA es una enfermedad que preocupa a la humanidad ya que deprime el sistema inmunológico del enfermo lo cual lo hace vulnerable al contagio de enfermedades oportunistas, como neumonía, candidiasis oral, diarrea persistente, herpes y el sarcoma de kaposi. El agente causal del SIDA es un virus de la familia de los retrovirus llamado Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

El virus ataca el sistema inmunológico, cambiando su estructura genética, volviéndolo ineficaz para proteger al organismo de agentes patológicos. Es difícil de diagnosticar, ya que al inicio de la enfermedad no se presenta sintomatología. Las formas de transmisión: a) relaciones sexuales (orogenitales, sexogenitales y anogenitales) con una persona infectada con el virus del VIH, sin protección (condón) b) compartir jeringas o agujas no estériles, con personas infectadas con el virus del VIH c) por medio de transfusiones sanguíneas o hemoderivados donados por personas infectadas con el virus del VIH d) transmisión vertical de una mujer embarazada infectada con el virus de VIH al feto, o al momento del parto o cesárea e) por contaminación de heridas o úlceras con secreciones como semen, secreciones vaginales o sangre de una persona infectada con el virus del VIH f) transplante de órganos donados por una persona infectada con el virus del VIH g) recibir leche materna de una mujer infectada con el virus del VIH.(21)

3.2.1. Como prevenir las ITS

Entre las formas de prevenir las ITS y el VIH están en primer lugar, la educación sexual integral, la información amplia y científica sobre las formas de transmisión, la higiene, la capacidad de decidir sobre el cuerpo con responsabilidad y de manera definitiva el uso del condón.(22)

3.3. Actitudes

3.3.1. Concepto:

Allport define actitud como “estado mental y neural de disposición para responder, organizado por la experiencia, directiva o dinámica, sobre la conducta respecto a todos los objetos y situaciones con los que se relaciona”. Esta definición relata que la actitud no es un comportamiento actual, sino una disposición previa preparatoria de las respuestas conductuales ante estímulos sociales. (23)

A grandes rasgos, las definiciones de actitud podrían agruparse en tres bloques:

a) Definiciones de carácter social

Las actitudes son el reflejo a nivel individual de los valores sociales de su grupo; las actitudes se reflejan en patrones conductuales propios de los miembros de un grupo y que regulan las interacciones entre ellos (24,25)

b) Definiciones Conductuales

Para los autores la actitud es la predisposición a actuar o responde de una firma determinada ante un estímulo u objeto actitudinal. Dentro de la perspectiva conductista destaca Bem, el cual define la actitud como “estilo particular de respuesta verbal en la cual el sujeto no describe su ambiente privado interno, sino

su respuesta publica habitual, accesible a observadores externos” (24).

c) Definiciones Cognitivas

Rokeach define la actitud como “un conjunto de predisposiciones para la acción (creencias, valores, modos de percepción) que está organizado y relacionado en torno a un objeto o situación” (26)

Haciendo una revisión del término actitud desde un punto de vista diacrónico, podríamos encontrar las siguientes definiciones:

- Una tendencia a la acción según Tomas y Znaniecki
- La suma de las inclinaciones, sentimientos, prejuicios, sesgos, ideas preconcebidas, miedos amenazas y convicciones de determinado asunto siguiendo a Thustone.
- Una respuesta implícita, capaz de producir tensión, considerada socialmente significativa en el entorno social del individuo, según Doob. (27, 28)

3.3.2. Tendencias Conductuales

Comprenden las inclinaciones a obrar de determinada manera ante el objeto. Se ven afectadas por la influencia social, la cual consiste en las acciones realizadas por una o varias personas con el fin de cambiar actitudes, comportamientos o tendencias de uno o mas individuos lo cual fue definido por Baron y Byrne en 1981.

3.3.3. Estructura de las Actitudes

Pese a la diversidad de las definiciones a las que hacíamos referencia en el apartado anterior, nos encontramos que entre todas ellas existen dos importantes conceptualizaciones o modelos de actitud:

a) Modelo Unidimensional

El modelo unidimensional consiste en enfatizar el componente evaluativo de la actitud, utilizando el término para referirse “a un sentimiento general, permanente positivo o negativo, hacia alguna persona, objeto o problema”. (26)

Dentro de este modelo es importante diferenciar el concepto de actitud del concepto de creencia y de intención conductual. Así la actitud representa las emociones relacionadas con el objeto de actitud, es decir, su evaluación positiva o negativa, las creencias se reservan para las opiniones que el sujeto tiene acerca del objeto de actitud, la información, conocimiento o pensamientos que alguien tiene el objeto de actitud. La actitud conductual hace referencia a la disposición a comportarse de alguna forma necesariamente que la conducta sea de hecho ejecutada. (26)

b) Modelo Multidimensional

Con respecto al modelo multidimensional (o de los tres componentes) la actitud se entiende como “una predisposición a responder a alguna clase de estímulos con cierta clase de “respuestas”. Blecker intento operacionalizar el modelo multifactorial de la actitud. Mantiene que existe un triple componente en toda actitud, y esos tres componentes se relacionan entre sí. Los tres componentes serán (26)

- Componente afectivo. Se ha considerado siempre como el componente fundamental de la actitud. Así conocido un objeto es posible que se asocien con sentimientos de agrado o desagrado a tal conocimiento, especialmente si los referentes son de alguna importancia (interés, valor) para el sujeto. Una de las formas más usualmente consideradas, por la que los objetos adquieren carga afectiva, es el condicionamiento (experiencia), pero también la reflexión puede serlo.

- Componente cognitivo. Podría ser la introducción al fundamento principal de la actitud. Podrán ser más o menos erróneos, o muy parciales, los conocimientos que una persona tiene de un objeto, pero por si mismos son suficientes para fundamentar una actitud.
- Componente conativo o conductual. Hace la referencia a intenciones conductuales o tendencias de acción en relación a una actitud. Es el aspecto dinamizador de la actitud. Se trata de una consecuencia de la conjunción de los dos componentes anteriormente citados.

Aún existen otras dimensiones, como las normas sociales y subjetivas respecto a la conducta, o la intención conductual que determinan si tal componente conductual se hará o no efectivo. (26)

Aunque los modelos unidimensionales y el de los tres componentes son los que han recibido mayor atención, vamos a exponer brevemente el modelo expectativa-valor de las actitudes, desarrollado por Fishbein. Describe que existe una relación entre actitud y conducta. La actitud de la persona hacia un objeto de actitud (actitud hacia la compra de un abrigo de piel) es una función de valor de los atributos asociados al objeto (por ejemplo, perdida ecológica importante) y de las expectativas, es decir la probabilidad subjetiva de que el objeto de actitud este caracterizado por esos atributos (es decir, compromiso de una persona hacia la ecología). Así se predice una actitud multiplicando los componentes del valor y de la expectativa asociada a cada atributo, y sumando estos productos. Este modelo estructural de la actitud ha sido comprobado empíricamente en numerosos estudios por Fishbein así como por otros investigadores. (26)

3.3.4. Las actitudes: Características generales

Al agrupar algunos de los elementos comunes que aparecen en las definiciones seleccionadas con anterioridad, se destacan las siguientes características principales de las actitudes:

- a) Conjunto organizado de convicciones o creencias (componente cognitivo): las actitudes suelen presentarse como un conjunto sistemático de creencias, valores, conocimientos, expectativas, entre otros, que está organizado y cuyos componentes tienen una congruencia o consistencia entre sí.
- b) Predisposición o tendencia a responder (componente conductual) de un modo determinado: es una de las características más importantes de la actitud. Aunque no exista una implicación directa entre actitud y conducta, normalmente una actitud positiva/ negativa hacia algo implica un comportamiento congruente (consistente) con la actitud subyacente.
- c) Predisposición favorable o desfavorable hacia el objeto de actitud: la actitud tiene un componente afectivo emocional (sentimientos positivos/ negativos), por lo que la actitud va acompañada de carga afectiva.
- d) Carácter estable y permanente: la estabilidad indica que las actitudes son un conjunto consistente de creencias y actos. Esto implica que no pueden cambiar, por el contrario, pueden crecer, deteriorarse o desaparecer por factores externos o internos.
- e) Las actitudes son aprendidas: se adquieren, principalmente, por procesos de socialización, aunque parece que –en principio- su modo de aprendizaje guarda caracteres específicos frente a otro tipo de aprendizaje. Intervienen en este aprendizaje factores ambientales, sociales y familiares, los medios de comunicación.

- f) Las actitudes desempeñan un papel dinamizador en el conocimiento y en la enseñanza: se suele tender a conocer aquello hacia lo que se tiene una actitud positiva y a no prestar a los objetos, situaciones, o personas asociadas a elementos negativos.
- g) Las actitudes son transferibles: se pueden generalizar y transferir en diferentes situaciones y de diversos modos (26).

3.3.5. Funciones de las actitudes

En principio todas las actitudes cumplen una función genérica de evaluación estimativa, es decir, es un “estado de preparación” ante un objeto. Por tanto, la actitud alerta a la persona, o la orienta, hacia los objetos de su modo social. Si no existieran las actitudes, la persona estaría abocada a una confrontación continua con tales objetos, con los consiguientes problemas de adaptación al medio. (27)

Se han propuesto cuatro funciones básicas de las actitudes principalmente de naturaleza motivacional:

- a) Funciones auto- defensivas: en esta función las actitudes pueden proteger a alguien de sentimientos negativos hacia sí mismo o el propio grupo, permitiendo proyecciones de estos sentimientos hacia otras personas, tales como grupos minoritarios.
- b) Función instrumental, adaptativa o utilitaria: las actitudes ayudan a las personas a alcanzar objetivos deseados, como las recompensas, o a evitar objetivos no deseados, como el castigo. Por ello puede resultar funcional adoptar actitudes semejantes a las de las personas a las que se desea ganar como amigo.
- c) Función expresiva de conocimiento: el conocimiento como guía de la conducta cumple una función fundamental para la satisfacción de necesidades y además contribuye a organizar

significativamente el mundo que rodea al individuo, de lo contrario este sería un caos incomprensible. Las actitudes permiten categorizar, a lo largo de dimensiones evaluativas establecidas, la información que nos llega como nuevas experiencias, y pueden ayudarnos a simplificar y comprender el complejo mundo en el que vivimos. Por lo tanto, la actitud brinda al sujeto un marco de referencia, un sistema de categorización de los objetos y tienen un carácter eminentemente economizador de tiempo y esfuerzo. Así, prácticamente casi todas las actitudes le sirven a la persona para comprender la realidad que le rodea y poder desenvolverse en ella con facilidad.

La recuperación rápida de la memoria de la evaluación que se hizo de un objeto de actitud dado hace que cuando nos encontremos con ese objetivo sepamos con rapidez si se trata de algo positivo o negativo y ahorremos tener que hacer una nueva evaluación cada vez que nos encontremos con dicho objeto de actitud.

- d) Función expresiva de valores: la manifestación de actitudes o su traducción en conductas efectivas contribuye a la definición pública y privada del auto concepto y de los valores centrales del sujeto. (27)

Asimismo a esta función una cierta forma de identificación con un grupo de referencia: expresando ciertas actitudes y valores, el individuo se siente parte de un grupo, se asemeja a sus miembros. Hay dos consideraciones importantes que conviene tener en cuenta en relación con las funciones de las actitudes.

- Una actitud puede desempeñar funciones diferentes para diferentes personas. Hay personas, por tanto, que suelen tener actitudes generalmente acordes con sus valores más profundos, sin importar los que los demás piensen, mientras que otras

personas suelen tener actitudes más “adaptativas”, en consonancia con la gente que le rodea y que no reflejan necesariamente sus convicciones íntimas.

- La segunda cuestión a considerar respecto a las funciones de las actitudes es que muchos objetos de actitud suelen desempeñar la misma función para una amplia gama de personas. (27)

3.4. Mediciones de Actitudes

3.4.1. Escala de Likert

La escala de Likert consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos. Es decir, se presenta cada afirmación y se pide al sujeto que extreme su reacción eligiendo uno de los cinco puntos de la escala (29).

A cada punto se le asigna un valor numérico, así el sujeto obtiene una puntuación respecto a la afirmación y al final se obtiene una puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas en relación a todas las afirmaciones. Las afirmaciones califican al objeto de actitud que se está midiendo y deben expresar solo una relación lógica, además es muy recomendable que no excedan de 20 palabras.

En este caso la afirmación incluye palabras y expresa una sola relación lógica (X-Y). Las alternativas de respuesta o puntos de la escala son cinco e indican cuanto se está de acuerdo con la afirmación correspondiente. Debe recordarse que a cada una de ellas se le asigna un valor numérico y solo puede marcarse una opción. Se considera un dato inválido a quien marque dos o más opciones. (29)

3.4.2. Aplicaciones de la escala de Likert

Existen dos formas básicas de aplicar una escala de Likert:

La primera es de manera auto-administrada; se le entrega la escala al correspondiente y esta marca respecto a cada afirmación, la categoría que mejor describe su reacción o respuesta.

Es decir, marcan respuestas (29).

La segunda forma es encuesta; el encuestado lee las afirmaciones y alternativas de respuesta al sujeto y anota lo que este conteste. Cuando se aplica vía encuesta, es necesario que se le entregue al encuestado una tarjeta donde se muestran las alternativas de respuesta o categorías. (29)

Al construir una escala de Likert debemos asegurar que las afirmaciones y alternativas de respuesta serán comprendidas por los sujetos a los que se les aplicara y que estos tendrán la capacidad de discriminación requerida (29).

3.4.3. Construcción de una escala de Likert

En términos generales, una escala se construye generando un elevado número de afirmaciones que califiquen el objeto de actitud y se administran a un grupo piloto para obtener las puntuaciones del grupo en cada afirmación. Estas puntuaciones se correlacionan con las puntuaciones del grupo a toda escala (suma de las puntuaciones de todas las afirmaciones), y las afirmaciones cuyas puntuaciones se correlacionen significativamente con las puntuaciones de toda la escala, se selecciona para integrar el instrumento de medición (29).

Una escala puede concebirse como un continuo de valores ordenados correlativamente que admite un punto inicial y otro final. Al evaluar las actitudes de estudiantes se puede asignar el valor uno a la actitud más negativa imaginable al respecto; a la actitud más positiva se le puede atribuir un valor de 5 puntos. Con estos dos valores se obtienen y marcados los límites de la escala; para concluir de confeccionarla será necesario asignar a las posibles actitudes intermedias, puntajes también intermedios. Con ello se obtiene una

escala capaz de medir la variable actitud a través de los indicadores correspondientes (29).

3.4.4. Ventajas y desventajas de la escala de Likert

- Puede obtenerse una misma puntuación con diferentes combinaciones de ítems, lo que demuestra que la misma puntuación puede tener significados distintos (No obstante, la consistencia interna tiende a evitarlo).
- En cambio, la escala es de fácil construcción y aplicación.
- Puede utilizar ítems no relacionados manifiestamente con el tema (pero si de forma latente).
- A pesar de la ausencia de teoría justificativa para la “escalabilidad”, en la práctica, las puntuaciones del cuestionario de Likert proporcionan con frecuencia la base para una primera ordenación de la gente en la característica que se mide.
- El problema está en determinar cuándo tiene consecuencias para el significado de una misma puntuación el hecho de poder ser alcanzada por distintos medios y cuando no las tiene.(30)

3.5. Conocimiento

3.5.1. Concepto

Conjunto de experiencias adquiridas que genera una actitud y práctica consecuente, es una noticia o información acerca de ese objeto. (31)

En todo conocimiento podemos distinguir cuatro elementos:

- El sujeto que conoce
- El objeto conocido
- La operación misma de conocer

- El resultado obtenido que es la información recabada acerca del objeto.

Dicho de otra manera el sujeto se pone en contacto con el objeto y obtiene una información acerca del mismo. Cuando existe congruencia entre el objeto y la presentación interna correspondiente, decimos que estamos en posesión de una verdad.
(31)

3.5.2. Los tres niveles del conocimiento

El ser humano puede captar un objeto en tres diferentes niveles, sensible, conceptual y holístico. El conocimiento sensible consiste en captar un objeto por medio de los sentidos; tal es el caso de las imágenes captadas por medio de la vista. Gracias a ella podemos almacenar en nuestra mente las imágenes de las cosas, color, figura y dimensiones. Los ojos y los oídos son los principales sentidos utilizados por el ser humano.

En segundo lugar, tenemos el conocimiento conceptual, que consiste en representaciones invisibles, inmateriales, pero universales y esenciales. La principal diferencia entre el nivel sensible y conceptual reside en la singularidad y universalidad que caracteriza, respectivamente, a estos dos tipos de conocimiento.

En tercer lugar tenemos el conocimiento holístico (también llamado intuitivo, con el riesgo de muchas confusiones, dado que la palabra intuición se ha utilizado hasta para hablar de premoniciones y corazonadas). En este nivel tampoco hay colores, dimensiones ni estructuras universales como es el caso del conocimiento conceptual, intuir un objeto significa captarlo dentro de un amplio contexto, como elemento de una totalidad, sin estructuras ni límites definidos con claridad.

3.6. Práctica

3.6.1. Concepto

Actuación operativa sobre la realidad, modo o procedimiento de actuar, ejercicio de cualquier arte o facultad mediante algunas reglas. Es la aplicación de una doctrina o idea de los conocimientos. Es la acción generada por un conocimiento, es decir la respuesta que se da de algo que se sabe. (31)

Relativo a la práctica, que produce un beneficio o una utilidad material inmediata, se aplica a las facultades que enseñan el modo de hacer una cosa. Podemos mencionar que se lleva a cabo por medio de métodos o reglas. (31)

4. METODOLOGÍA

4.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

Se realizó un estudio tipo descriptivo de corte transversal identificando el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre infecciones de transmisión sexual y planificación familiar de maestros.

4.2. UNIDAD DE ANÁLISIS

Unidad primaria de muestreo: Maestros que laboran en establecimientos educativos oficiales de área rural y urbana, nivel primario y básico, jornadas matutinas, vespertina o doble, plan diario ubicadas en los municipios de Chimaltenango, San Miguel Pochuta y San Pedro Yepocapa, Departamento de Chimaltenango.

Unidad de análisis: Datos obtenidos a través de la entrevista cara a cara realizada a cada maestro utilizando como instrumento, el cuestionario diseñado para el efecto.

Unidad de información: Datos obtenidos en base a respuestas de maestros de nivel primario y básico de establecimientos educativos oficiales, del área rural y urbana, jornada matutina, vespertina o doble, plan diario, ubicadas en los municipios de San Miguel Pochuta, San Pedro Yepocapa y Chimaltenango, Departamento de Chimaltenango.

4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población o universo: 669 catedráticos de nivel primario y básico que laboren en escuelas públicas de jornada matutina, vespertina o doble de los municipios de San Miguel Pochuta, Chimaltenango y San Pedro Yepocapa del departamento de Chimaltenango.

Marco muestral: Estadísticas del año 2012 del total de maestros que laboran en escuelas públicas en los municipios de San Miguel Pochuta, San Pedro Yepocapa, y Chimaltenango en el departamento de Chimaltenango.

Muestra: El tamaño y la elección de la muestra se realizó siguiendo los lineamientos de la metodología estadística, siendo esta: probabilística estratificada para muestra finita:

Se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = (pqZ^2N) / (E^2(N - 1)) + (Z^2pq)$$

En donde:

n=tamaño de la muestra

p=Prevalencia = .5

q= 1 – P (probabilidad de fracaso) = .5

N=Total de la población = 669

Z²= para un nivel de confianza del 95% según la tabla z = 1.96

E²=Error = 0.05

$$n = (.5)(.5)(1.96^2)(669)/(.05^2(669-1))+(1.96^2)(.5)(.5)$$

n=244

Se sacó una constante para estratificar la muestra en los tres municipios con la siguiente fórmula:

Ksh= Fracción constante= n/N

En donde:

Ksh=244/669

Ksh=0.364

El total de la subpoblación se multiplicó por esta constante para obtener el tamaño de la muestra para el estrato.

Municipio	Total de la población	Muestra
Chimaltenango	401	146
San Miguel Pochuta	78	29
San Pedro Yepocapa	190	69
Total	669	244

4.4. SELECCIÓN DE LOS SUJETOS A ESTUDIO:

4.4.1. Criterios de inclusión:

- Maestros que laboran en establecimientos educativos oficiales, del área rural y urbana, nivel primario y básico, jornada matutina, vespertina o doble, plan diario, en los municipios de San Miguel Pochuta, San Pedro Yepocapa y Chimaltenango, Departamento de Chimaltenango.

4.4.2. Criterios de exclusión:

- Maestros que laboran en establecimientos educativos privados, área rural y urbana, nivel párvulos, primario y básico y diversificado, jornada matutina, vespertina o doble, plan diario, en los municipios de San Miguel Pochuta, San Pedro Yepocapa y Chimaltenango, Departamento de Chimaltenango.
- Maestros que laboran en establecimientos educativos oficiales, área rural y urbana, nivel párvulos y diversificado, jornada matutina, vespertina o doble, plan diario, en los municipios de San Miguel Pochuta, San Pedro Yepocapa y Chimaltenango, Departamento de Chimaltenango.
- Maestros que laboran en establecimientos educativos oficiales y privados, área rural y urbana, nivel párvulos, primario, básico y diversificado, jornada matutina, vespertina o doble, plan diario, que no correspondan a los municipios de San Miguel Pochuta, San Pedro Yepocapa y Chimaltenango, Departamento de Chimaltenango.
- Maestros que laboran en establecimientos educativos oficiales, área rural y urbana, nivel primario y básico, jornada matutina, vespertina o doble, plan diario que presenten ausentismo al momento de realizar la encuesta.

- Maestros que laboran en establecimientos educativos oficiales, área rural y urbana, nivel primario y básico, jornada matutina, vespertina o doble, plan diario que no deseen colaborar con el estudio y que se opongan a la realización de encuesta.

4.5. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Nivel de conocimientos de los maestros respecto a ITS y planificación familiar	Conjunto de nociones e ideas que se tiene sobre una materia.(32)	Conocimiento que tiene el sujeto de estudio sobre ITS y planificación familiar. Nivel de conocimientos arriba de 61 puntos sobre 100 puntos= adecuados. Nivel de conocimientos debajo de 61 puntos sobre 100 puntos= inadecuados.	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos (cuestionario)
Tipo de actitud de los maestros respecto a ITS y planificación familiar	Predisposición del individuo para comportarse ya sea de manera favorable o desfavorable hacia un objeto, persona, posición.(32)	Determinar la actitud con respecto a las ITS y planificación familiar. ACTITUD POSITIVA: Aceptación de la educación sobre ITS y planificación familiar. ACTITUD INDIFERENTE: No presenta ningún interés respecto a la educación sobre ITS y planificación familiar. ACTITUD NEGATIVA: No aceptación de la educación sobre ITS y planificación familiar. Actitudes recopiladas por medio de un cuestionario, utilizando la escala de Likert. A cada respuesta se le asignará una ponderación: 5=totalmente de acuerdo, 4= bastante de acuerdo, 3= indiferente, 2= bastante en desacuerdo, 1= totalmente en desacuerdo. Los valores obtenidos se determinaron según la siguiente escala: Se tomó como negativa de 10-24 puntos	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos (cuestionario)

			<p>Se tomó como indiferente 25-39 puntos</p> <p>Se tomó como positiva de 40-50 puntos</p>	
<p>Prácticas de los maestros respecto a ITS y planificación familiar</p>	<p>Método de comportamiento o actuación. (32)</p>	<p>Determinar el comportamiento ya sea adecuado o inadecuado de los maestros con respecto a ITS y planificación familiar.</p> <p>Prácticas recopiladas por medio de un cuestionario, de preguntas abiertas y cerradas (SI o NO). La valoración fue la siguiente:</p> <p>Adecuado: 2</p> <p>Inadecuada: 0</p> <p>Los valores obtenidos se determinaron según la siguiente escala:</p> <p>Se tomó como práctica adecuada de 13-20 puntos</p> <p>Se tomó como práctica inadecuada de 0-12 puntos.</p>	<p>Cualitativa</p> <p>Nominal</p>	<p>Boleta de recolección de datos (cuestionario)</p>

4.6. Técnica, procedimientos e instrumentos utilizados para la recolección de datos

4.6.1. Técnica: Se realizaron entrevistas cara a cara a cada uno de los maestros seleccionados al azar.

4.6.2. Procedimientos: Para la ejecución del presente estudio:

1. Se solicitó autorización a la Dirección General del Ministerio de Educación del departamento de Chimaltenango.
2. Se determinó el número de maestros a ser entrevistados en cada municipio.
3. Cada una de las estudiantes investigadoras acudió a uno de los municipios seleccionados (Chimaltenango, San Pedro Yepocapa y San Miguel Pochuta.)
4. En cada municipio se visitó de establecimiento en establecimiento, entrevistando maestros los cuales fueron seleccionados al azar, hasta completar la muestra.
5. Se realizaron entrevistas dirigidas únicamente a los maestros que cumplieron los criterios de inclusión.
6. Los maestros fueron entrevistados cara a cara por cada una de las estudiantes investigadoras.
7. Al momento de la entrevista para el bloque de actitudes, a cada maestro se le otorgó una tarjeta donde se muestran las alternativas de respuesta o categorías; para facilitar su respuesta.

4.6.3. Instrumento: Para la recolección de los datos se utilizó una boleta tipo cuestionario, con instrucciones y consentimiento informado; el cual consistió en tres bloques (conocimientos, actitudes y prácticas).

En el bloque de conocimientos se realizaron preguntas de selección múltiple sobre temas de infecciones de transmisión sexual y planificación familiar. Se dio un punteo a cada pregunta haciendo un

total de 100 puntos, se tomó como nivel de conocimientos adecuados arriba de 61 puntos y nivel de conocimientos inadecuados debajo de 61 puntos sobre 100 puntos.

En el bloque de actitudes se aplicó un cuestionario con 10 ítems respecto a infecciones de transmisión sexual y planificación familiar. Las alternativas de respuesta fueron en base a la escala de Likert siendo esta la siguiente:

1	Totalmente en desacuerdo
2	Bastante en desacuerdo
3	Ni en acuerdo ni en desacuerdo
4	Bastante acuerdo
5	Totalmente de acuerdo

Los valores obtenidos se determinaron según la siguiente escala:

- Se tomó como negativa de 10-24 puntos
- Se tomó como indiferente 25-39 puntos
- Se tomó como positiva de 40-50 puntos

Para el bloque de prácticas se elaboraron preguntas tipo abierta y cerrada (SI o NO) a los maestros respecto a sus experiencias en prácticas sexuales y planificación familiar.

Los valores obtenidos se determinaron según la siguiente escala:

- Se tomó como práctica adecuada de 13-20 puntos.
- Se tomó como practica inadecuada de 0-12 puntos.

4.6.4. Procesamiento y análisis de datos: Se procedió a crear una base de datos para lo cual se utilizó el programa Epi-Info versión 7, lo cual

permitió posteriormente una vez editados y depurados, realizar el procesamiento de la información, específicamente el análisis estadístico, el cual consistió en la elaboración de tablas, gráficas y porcentajes, para llegar a dar las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

4.6.5. Aspectos éticos de la investigación:

Previo a la realización de la investigación, se explicó a cada uno de los maestros que es un estudio Categoría I (Sin Riesgo), la importancia del mismo, el carácter confidencial y que los resultados serán utilizados únicamente con fines científicos. Se firmó un consentimiento informado.

5. RESULTADOS

Los conocimientos, actitudes y prácticas sobre infecciones de transmisión sexual y planificación familiar, se obtuvieron por medio de un cuestionario, el cual se aplicó a 244 maestros de los municipios de Chimaltenango, San Pedro Yepocapa y San Miguel Pochuta, del departamento de Chimaltenango.

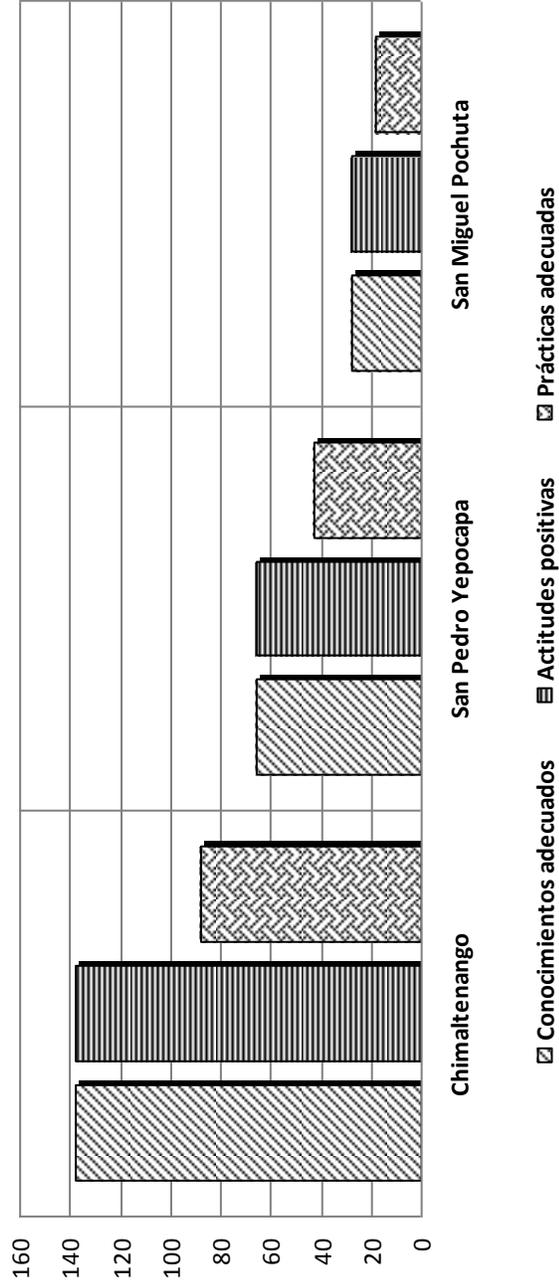
Tabla 1

Conocimientos, actitudes y prácticas de maestros acerca de infecciones de transmisión sexual y planificación familiar en los municipios de Chimaltenango, San Pedro Yepocapa y San Miguel Pochuta, departamento de Chimaltenango, junio 2012

Departamento	Conocimientos			Actitud				Prácticas								
	Adecuado	%	Inadecuado	%	Positiva	%	Indiferente	%	Negativa	%	Adecuada	%	Inadecuada	%	No aplica	%
Chimaltenango	138	95%	8	5%	138	94%	7	5%	1	1%	88	60%	46	32%	12	8%
San Pedro Yepocapa	66	96%	3	4%	66	96%	3	4%	0	0%	43	62%	19	28%	7	10%
San Miguel Pochuta	28	97%	1	3%	28	97%	1	3%	0	0%	18	62%	9	31%	2	7%
Porcentaje total	232	95%	12	5%	232	95%	11	4%	1	1%	149	61%	74	30%	21	9%

Fuente: Base de datos de encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas de maestros de Chimaltenango respecto a infecciones de transmisión sexual y planificación familiar, Junio 2012.

Gráfica 1
Distribución de conocimientos adecuados, actitudes positivas y prácticas adecuadas de maestros acerca de infecciones de transmisión sexual y planificación familiar del departamento de Chimaltenango, junio 2012



Fuente: Base de datos de encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas de maestros de Chimaltenango respecto a infecciones de transmisión sexual y planificación familiar, Junio 2012.

6. DISCUSIÓN

La provisión de una educación en sexualidad de alta calidad dependerá en gran parte de contar con maestros capacitados (5), por tal razón, los objetivos de esta investigación fueron evaluar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre infecciones de transmisión sexual y planificación familiar. Durante la realización de esta investigación se determinó que el conocimiento global de los maestros de los municipios de Chimaltenango, San Miguel Pochuta y San Pedro Yepocapa es adecuado, en el 95% de los encuestados.

Los conocimientos, actitudes y prácticas sobre infecciones de transmisión sexual y planificación familiar, se obtuvo a través de un cuestionario, el cual se aplicó a 244 maestros de los municipios de Chimaltenango, San Pedro Yepocapa y San Miguel Pochuta, del departamento de Chimaltenango.

Los conocimientos acerca de “¿Qué son las enfermedades de transmisión sexual?”; el 92% de los maestros del departamento de Chimaltenango contestó que son “enfermedades que se contraen a través del contacto sexual”, 8% contestó que son “enfermedades que se contraen al recibir transfusiones sanguíneas y al intercambiar jeringuillas”. Se puede observar que una gran mayoría (92%) de maestros conoce el significado de las enfermedades de transmisión sexual, tal como lo menciona la literatura (20), esto puede deberse a que los maestros han recibido charlas educativas por parte de organismos gubernamentales y no gubernamentales acerca de infecciones de transmisión sexual y planificación familiar.

Al cuestionar a los entrevistados acerca del conocimiento del método anticonceptivo más eficaz para evitar el contagio de las enfermedades de transmisión sexual, se evidenció que 99% de los maestros del departamento de Chimaltenango contestó que era el condón y 1% contestó que era la píldora. Se observa que la mayoría de maestros conoce la eficacia del condón para evitar las ITS tal como lo menciona el informe de Aneri V. de enfermedades de transmisión sexual (20), este conocimiento se debe en gran parte a que los medios de comunicación masiva se han encargado de propagar información sobre el mismo, además de ser el de más fácil acceso y el más aceptado.

En relación al conocimiento de “¿cuáles son las enfermedades de transmisión sexual?”, el 90% contestó hepatitis B, 8% no sabía y 2% giardias/amebas. Con estos datos se observa que los maestros tienen conocimientos adecuados acerca de ITS, a diferencia del estudio de López (1993) quien llegó a la conclusión que los docentes no manejaban los elementos cognoscitivos de la sexología necesarios para el desarrollo de las unidades curriculares encomendadas y no habían recibido cursos de educación sexual. (7)

Acerca del conocimiento del VIH/SIDA, se agruparon ciertas preguntas obteniendo que 86% de los maestros del departamento de Chimaltenango tiene conocimientos adecuados, 11% inadecuados y solamente 2% la desconoce. Se observó que la mayoría de maestros tiene conocimientos adecuados acerca de esta enfermedad, esto podría deberse a que los medios de comunicación masiva se han encargado de propagar información sobre la misma.

Con respecto al conocimiento de planificación familiar 76% de los maestros del departamento de Chimaltenango tiene conocimientos adecuados, 21% inadecuados y 3% desconoce acerca de este tema. Se observó que los maestros conocen algunos métodos anticonceptivos pero no todos, y también desconocen las diversas utilidades que estos métodos proporcionan. Tal y como menciona Ferrer (1995), quien establece que la información sexual en los actuales momentos es deficiente y se requiere que los responsables de la educación sexual posean suficientes conocimientos para poder orientar acerca de la sexualidad. (8)

Acerca del nivel de conocimiento global de los maestros se encontró que los municipios de Chimaltenango (95%), San Pedro Yepocapa (96%) y San Miguel Pochuta (97%) presentaron conocimientos adecuados.

Los errores encontrados en conocimientos coincidieron en los tres municipios y fueron sobre conocimientos de métodos anticonceptivos, su uso y cuáles de ellos previenen enfermedades de transmisión sexual.

En relación a las actitudes mostradas por los maestros del departamento de Chimaltenango con respecto a prevención de infecciones de transmisión sexual y

planificación familiar, 95% tiene una actitud positiva, 4% indiferente y 1% negativa. Estos resultados reflejan que los maestros están propensos a tener unas prácticas de planificación familiar y de prevención de infecciones de transmisión sexual adecuadas. Tal y como se menciona en el estudio de Calixto (2000), quien encontró que la mayoría de los profesores tienen una actitud favorable ante los temas de sexualidad. (10)

La población sexualmente activa entre los maestros encuestados es 91%. Este subgrupo es el que se tomó en cuenta para el análisis y discusión sobre las prácticas sexuales.

Se observó que 64% de los maestros sexualmente activos tuvo su primera relación sexual antes de los 20 años y 36% después de los 20 años, estos datos indican que la mayoría de maestros inició su vida sexual durante la adolescencia siendo esto una práctica inadecuada ya que puede conllevar a un embarazo no deseado o a contraer una infección de transmisión sexual. Tal y como se menciona en el estudio de Loli (1986) quien señala que en Perú se inicia la práctica sexual en los primeros años de la segunda década de la vida, a pesar de mostrar niveles muy bajos de conocimientos respecto a formas de reducir el riesgo de problemas sociales y de salud asociados a la actividad sexual. (6)

El 51% de los maestros sí utiliza algún tipo de método anticonceptivo al momento de tener relaciones sexuales siendo esto una práctica adecuada para prevenir infecciones de transmisión sexual o un embarazo no deseado. Sin embargo, se considera un porcentaje bajo si se desea mejorar la salud reproductiva en el país, y así disminuir las causas de morbi-mortalidad materno-infantil tal como se observa en la base de datos del MSPAS/SIGSA 2011 (1, 2).

El método anticonceptivo que los maestros mencionaron utilizar en mayor porcentaje es el condón (63%); esto se debe en gran parte a la propagación de información por parte de los medios de comunicación, 10% mencionó utilizar las pastillas como método anticonceptivo, este porcentaje bajo podría deberse a la complicación en la toma de las pastillas y muchas veces porque sus parejas no las dejan, ya sea por machismo o tabú.

En cuanto al uso correcto del condón, como práctica para prevenir infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados, se obtuvo un resultado en el cual el 77% dice saber el uso correcto del mismo; es preocupante esta cifra ya que tener los conocimientos adecuados y una actitud positiva, no benefician tanto a la población como poder llevar a cabo las prácticas adecuadas.

El 4% de los encuestados refiere haber padecido una infección de transmisión sexual, de los cuales el 40% mencionó haber padecido “hongos”, 30% gonorrea, 20% sífilis y 10% “flujo vaginal”. La baja incidencia de ITS referida por los maestros puede deberse a que muchas veces no saben identificar los síntomas que ocasionan estas enfermedades o puede ser que por vergüenza no hayan contestado con sinceridad.

La interpretación de estos resultados es compleja porque los conocimientos, actitudes y prácticas son producto de un sistema de enseñanza-aprendizaje en donde se debe asegurar la adquisición de competencias suficientes en todos los maestros, iniciando primordialmente con los estudiantes de magisterio para que así los futuros maestros se preparen mental y académicamente para que cuando ejerzan su profesión, tengan la capacidad y el interés de contemplar dentro de su rol como maestros la orientación y educación de la juventud, en cuanto al conocimiento de estos temas.

7. CONCLUSIONES

- 7.1. Los conocimientos, actitudes y prácticas de los maestros son adecuados respecto a infecciones de transmisión sexual y planificación familiar en los municipios de San Miguel Pochuta, San Pedro Yepocapa y Chimaltenango, departamento de Chimaltenango.
- 7.2. El nivel de conocimientos de los maestros respecto a enfermedades de transmisión sexual y planificación familiar en los municipios de San Miguel Pochuta, San Pedro Yepocapa y Chimaltenango, del departamento de Chimaltenango, se considera adecuado (95%).
- 7.3. El tipo de actitud de los maestros de los municipios de San Miguel Pochuta, San Pedro Yepocapa y Chimaltenango, departamento de Chimaltenango, se considera positiva (95%) respecto a la prevención de infecciones de transmisión sexual y planificación familiar.
- 7.4. El tipo de práctica de los maestros de los municipios de San Miguel Pochuta, San Pedro Yepocapa y Chimaltenango, departamento de Chimaltenango se considera adecuada (61%) respecto a la prevención de infecciones de transmisión sexual y planificación familiar.

8. RECOMENDACIONES

A los Maestros

- 8.1. Que desde las aulas impulsen una adecuada educación sexual y fomenten la abstinencia sexual entre los y las jóvenes para minimizar el porcentaje de embarazos a temprana edad.

Al Ministerio de Educación

- 8.2. Que al momento de comenzar una capacitación a los maestros realicen una evaluación previa para posteriormente evaluar el impacto de dicha capacitación.
- 8.3. Realimentar y evaluar constantemente a los docentes para mejorar el desempeño en la educación sexual.
- 8.4. Implementar a los estudiantes de magisterio un curso en cada grado de su carrera específicamente en educación sexual, para que tengan la capacidad y madurez de abordar dicha temática con las futuras generaciones.

Al Ministerio de Salud

- 8.5. Realizar una colaboración constante con el Ministerio de Educación con relación a los programas de educación sexual, para tener un abordaje integral y lograr así una mayor captación de los conocimientos por parte de los maestros y por consiguiente de los estudiantes.
- 8.6. Atender las inquietudes de los padres de familia a través de programas paralelos de orientación y formación acerca del contenido del aprendizaje de sus hijos. Obteniendo así, los conocimientos y las habilidades necesarias para establecer diálogos abiertos en materia de sexualidad con sus hijos/hijas. Apoyando así los esfuerzos de las escuelas encaminados a impartir una educación en sexualidad de buena calidad.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Base de datos correspondientes Total de nacidos vivos por edad de la madre menor de 20 años: registro y estadística; Chimaltenango. Guatemala: MSPAS/SIGSA; 2011.
2. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Base de datos correspondientes Morbilidad general: registro y estadística; Chimaltenango. Guatemala: MSPAS/SIGSA; 2011
3. Guatemala. Congreso de la República. Ley de acceso universal y equitativo de servicios de la planificación familiar y su integración en el Programa Nacional de Educación Sexual y Reproductiva; Decreto 87-2005. Guatemala: El Congreso; 2005.
4. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Manual de apoyo declaración ministerial prevenir con educación; primera reunión de ministros de salud y educación para detener el VIH e ITS en Latinoamérica y El Caribe. Guatemala: Gobierno de la República de Guatemala; 2008.
5. Guatemala. Ministerio de Educación, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Manual de apoyo estrategia de educación integral en sexualidad. Guatemala. MINEDUC/MSPAS/UNFPA; 2010.
6. Testa M. Nivel de educación sexual de los docentes. Revista Multiciencias. Universidad del Zulia, Punto Fijo, Venezuela. 2002 mayo-ago; 2(4): 107-114.
7. López I. Nivel de información en sexología: estudio efectuado en docentes que laboran en las escuelas básicas públicas del distrito escolar 07 del municipio Cabimas. [tesis Médico Psiquiatra]. Venezuela: Universidad de Caracas Venezuela, Departamento de Psiquiatría; 1993.
8. Ferrer D. Efectos de un programa de educación sexual sobre el nivel de información sexual de estudiantes universitarios de la ciudad del coro. Revista de Sexología. 1995; 1(2): 96.
9. Urdaneta L. Nivel de conocimiento sexual: estudio en los docentes de la unidad educativa General Manuel Marique del municipio Colón. [tesis

- Médico Psiquiatra]. Maracaibo Venezuela: Universidad de Caracas Venezuela. Centro de Investigaciones Psiquiátricas, Psicológicas y Sexológicas de Venezuela; 1995.
10. Noriega JA. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre masculinidad-femineidad: estudio efectuado en profesores de educación básica. [tesis Licenciado en Psicología]. México: Universidad de Sonora México, Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo; 2006.
 11. Casanovas L. Educación sexual: los maestros admiten que les falta capacitación. [en línea]. Argentina: lanacion.com; 2006; [accesado 28 Abr 2012]; Disponible en: <http://www.lanacion.com.ar/863373-educacion-sexual-los-maestros-admiten-que-les-falta-capacitacion>
 12. Meinardi E. Educación para la salud sexual en la formación de profesores en Argentina. Revista Ciencia y Educación. 2008; 14(2): 181-195.
 13. Ramírez Lemus RA. Educación sexual una responsabilidad docente. [tesis Licenciatura en Trabajo Social]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Trabajo Social; 2005.
 14. Parra Y. Propuesta para la inclusión de contenidos de educación sexual en educación para la salud. En: Congreso Iberoamericano de Educación; Buenos Aires Argentina 2010 Ago 6-8. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires Argentina, Facultad Nacional de Salud Publica; 2011. p. 88-94.
 15. Roizen A, Ruggiero V. Educación sexual sin libros y librada al criterio de maestros [en línea]. Montevideo Uruguay: Portal digital El País; 8 Abr 2012; [accesado 26 Abr 2012]. Disponible en: <http://www.elpais.com.uy/120408/pnacio-635102/politica/educacion-sexual-sin-libros-y-librada-al-criterio-de-maestros/>.
 16. Santiso Galvez R, Bertrand J. The delayed contraceptive revolution in Guatemala: Human Organization. 2004; Abr; 63(1): 57-65.
 17. Organización Mundial de la Salud. Planificación familiar nota descriptiva N°351. [en línea]. Ginebra: OMS; 2011; [accesado 30 Abr 2012]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

18. Mojarro G, Zúñiga A. Planificación familiar: logros en la última década y retos futuros. En: Consejo Estatal de Población: La situación demográfica. México 2006 Jul 18-21. México: CONAPO; 2007. p. 53-54.
19. Menkes B, Suárez C, López L. Sexualidad y embarazo adolescente. México. Universidad Autónoma del Estado de México; 2003 Ene-Mar. Informe No. 35.
20. Aneri V, Bosch G, Ricardo J. Enfermedades de transmisión sexual. Málaga España. Especialistas en Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Clínico Universitario de Málaga. 1998. Informe No. 83.
21. Magaña López BD. Conocimientos, creencias y prácticas sobre educación sexual: estudio realizado en estudiantes que cursan el nivel diversificado de enseñanza. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 1990.
22. Mazariegos DA, Monroy R, Franco de León MA, Raymundo Vásquez JM. Texto docente para la educación integral en la sexualidad: aprender para vivir. Guatemala: MINEDUC; 2010.
23. Allport G. Sexuality in a social psychology aspect. Rev Cubana ObstetGinecol. 1995 Ene; 3(16): 798-844.
24. Bem DJ. Self-Perception: An alternative interpretation of cognitive dissonance phenomena. Psychological review. APA. 1967 Mayo; 74(3): 183-200.
25. Bleger J. Psicología de la conducta. APA. 1998; Nov; 101(18): 296.
26. Rokeach M. Psicología social: creencias, actitudes y valores. [tesis Licenciado en Psicología] Madrid España: Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Psicología; 1989.
27. Cieciope J. The nature of attitudes and cognitive responses and their relationship to behavior. En: International Congress of Psychology: Cognitive responses in persuasion. Berlin 1981 Jul 15-19. Berlín: Universidad de Berlín Alemania; 1983. p. 293-318.
28. Organización Panamericana de la Salud. Proyecto de apoyo al desarrollo integral y la salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes dentro

- de la reforma del sector de salud. Informe de grupo científico de la OMS, ASDI Y OPS. Guatemala: ASDI/OPS/OMS; 2002. Informe No. 147.
29. Fernández E. Estadística: escala de Likert. [en línea] México: Monografías; 2007 [accesado 1 May 2012]. Disponible en: [\[http://www.monografias.com/trabajos_15/la-estadística/la-estadística.shtml\]](http://www.monografias.com/trabajos_15/la-estadística/la-estadística.shtml)
30. Fernández I. Construcción de una escala tipo Likert. [en línea]. Barcelona: Centro de Investigación y Asistencia Técnica Estadística; 2005 [accesado 1 Mayo 2012]. Disponible en: [\[http://www.mtas.es/inst./ntp/ntp/o15.htm\]](http://www.mtas.es/inst./ntp/ntp/o15.htm)
31. Lewis M. Conceptos evolutivos y clínicos del niño. En: Lewis M. Desarrollo psicológico humano. 2ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 1984: Vol. 1 p. 429.
32. García Escobar AC, Pedroso Lima EM, Girón Morales JE, Velásquez Orozco AR. Conocimientos, creencias, actitudes y prácticas de la población y del personal médico y paramédico respecto a la vacunación del adulto. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2008.

10. ANEXOS

10.1 Anexo 1: tablas de resultados

Tabla 1
Conocimientos de maestros de Chimaltenango acerca de la principal forma de contagio de enfermedades de transmisión sexual, junio 2,012.

Departamento	Correcto	%	Incorrecto	%	Desconoce	%
Chimaltenango	133	91%	13	9%	0	0%
San Pedro Yepocapa	64	92%	5	8%	0	0%
San Miguel Pochuta	27	93%	2	7%	0	0%

Fuente: Base de datos de encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas de maestros de Chimaltenango respecto a infecciones de transmisión sexual y planificación familiar, Junio 2012.

Tabla 2
Conocimientos de maestros de Chimaltenango acerca del método más eficaz para evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual, junio 2,012

Departamento	Correcto	%	Incorrecto	%	Desconoce	%
Chimaltenango	144	98%	1	1%	1	1%
San Pedro Yepocapa	69	100%	0	0%	0	0%
San Miguel Pochuta	29	100%	0	0%	0	0%

Fuente: Base de datos de encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas de maestros de Chimaltenango respecto a infecciones de transmisión sexual y planificación familiar, Junio 2012.

Tabla 3
Conocimientos de maestros de Chimaltenango acerca de las enfermedades que pueden ser transmitidas por contacto sexual o físico, junio 2,012

Departamento	Correcto	%	Incorrecto	%	Desconoce	%
Chimaltenango	132	90%	1	1%	13	9%
San Pedro Yepocapa	60	87%	4	6%	5	7%
San Miguel Pochuta	27	93%	1	4%	1	3%

Fuente: Base de datos de encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas de maestros de Chimaltenango respecto a infecciones de transmisión sexual y planificación familiar, Junio 2012.

Tabla 4
Conocimientos de maestros de Chimaltenango acerca del significado de las siglas “SIDA”, junio 2,012.

Departamento	Correcto	%	Incorrecto	%	Desconoce	%
Chimaltenango	145	99%	1	1%	0	0%
San Pedro Yepocapa	68	99%	0	0%	1	1%
San Miguel Pochuta	28	99%	1	1%	0	0%

Fuente: Base de datos de encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas de maestros de Chimaltenango respecto a infecciones de transmisión sexual y planificación familiar, Junio 2012.

Tabla 5
Conocimientos de los maestros de Chimaltenango acerca del virus que produce el SIDA, junio 2,012

Departamento	Correcto	%	Incorrecto	%	Desconoce	%
Chimaltenango	100	68%	39	27%	7	5%
San Pedro Yepocapa	37	54%	29	42%	3	4%
San Miguel Pochuta	24	83%	4	14%	1	3%

Fuente: Base de datos de encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas de maestros de Chimaltenango respecto a infecciones de transmisión sexual y planificación familiar, Junio 2012.

Tabla 6
Conocimientos de los maestros de Chimaltenango acerca de las vías de transmisión del SIDA, junio 2,012.

Departamento	Correcto	%	Incorrecto	%	Desconoce	%
Chimaltenango	135	92%	5	3%	6	4%
San Pedro Yepocapa	66	96%	3	4%	0	0%
San Miguel Pochuta	29	100%	0	0%	0	0%

Fuente: Base de datos de encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas de maestros de Chimaltenango respecto a infecciones de transmisión sexual y planificación familiar, Junio 2012.

Tabla 7
Conocimientos de los maestros de Chimaltenango acerca de cómo evitar enfermedades de transmisión sexual, junio 2,012

Departamento	Correcto	%	Incorrecto	%	Desconoce	%
Chimaltenango	134	92%	9	6%	3	2%
San Pedro Yepocapa	65	94%	4	6%	0	0%
San Miguel Pochuta	28	97%	1	7%	0	0%

Fuente: Base de datos de encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas de maestros de Chimaltenango respecto a infecciones de transmisión sexual y planificación familiar, Junio 2012.

Tabla 8
Conocimientos de los maestros de Chimaltenango acerca de la utilidad de los métodos anticonceptivos, junio 2,012.

Departamento	Correcto	%	Incorrecto	%	Desconoce	%
Chimaltenango	73	50%	72	49%	1	1%
San Pedro Yepocapa	47	68%	22	32%	0	0%
San Miguel Pochuta	12	41%	16	55%	1	4%

Fuente: Base de datos de encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas de maestros de Chimaltenango respecto a infecciones de transmisión sexual y planificación familiar, Junio 2012.

Tabla 9
Conocimientos de maestros de Chimaltenango acerca de los tipos de métodos anticonceptivos, junio 2,012.

Departamento	Correcto	%	Incorrecto	%	Desconoce	%
Chimaltenango	87	60%	45	30%	14	10%
San Pedro Yepocapa	45	65%	19	28%	5	7%
San Miguel Pochuta	20	69%	6	21%	3	10%

Fuente: Base de datos de encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas de maestros de Chimaltenango respecto a infecciones de transmisión sexual y planificación familiar, Junio 2012.

Tabla 10
Conocimientos de maestros de Chimaltenango acerca del método de esterilización masculina prácticamente irreversible, junio 2,012

Departamento	Correcto	%	Incorrecto	%	Desconoce	%
Chimaltenango	132	90%	13	9%	1	1%
San Pedro Yepocapa	65	94%	3	4%	1	2%
San Miguel Pochuta	28	97%	1	3%	0	0%

Fuente: Base de datos de encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas de maestros de Chimaltenango respecto a infecciones de transmisión sexual y planificación familiar, Junio 2012.

Tabla 11
Conocimientos de maestros de Chimaltenango acerca del método de esterilización femenino prácticamente irreversible, 2012

Departamento	Correcto	%	Incorrecto	%	Desconoce	%
Chimaltenango	122	84%	19	13%	5	3%
San Pedro Yepocapa	62	90%	6	9%	1	1%
San Miguel Pochuta	21	72%	6	21%	2	7%

Fuente: Base de datos de encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas de maestros de Chimaltenango respecto a infecciones de transmisión sexual y planificación familiar, Junio 2012.

Tabla 12
Conocimientos de maestros de Chimaltenango acerca del método anticonceptivo más eficaz para evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual, junio 2,012

Departamento	Correcto	%	Incorrecto	%	Desconoce	%
Chimaltenango	142	97%	3	2%	1	1%
San Pedro Yepocapa	66	96%	2	3%	1	1%
San Miguel Pochuta	29	100%	0	0%	0	0%

Fuente: Base de datos de encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas de maestros de Chimaltenango respecto a infecciones de transmisión sexual y planificación familiar, Junio 2012.

Tabla 13
Conocimiento de maestros de Chimaltenango acerca del método anticonceptivo que no evita el contagio de enfermedades de transmisión sexual, junio 2,012.

Departamento	Correcto	%	Incorrecto	%	Desconoce	%
Chimaltenango	105	72%	35	24%	6	4%
San Pedro Yepocapa	36	52%	29	42%	4	6%
San Miguel Pochuta	19	66%	9	31%	1	3%

Fuente: Base de datos de encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas de maestros de Chimaltenango respecto a infecciones de transmisión sexual y planificación familiar, Junio 2012.

Tabla 14
Actitudes de los maestros de San Miguel Pochuta, Chimaltenango acerca de planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual, junio 2012

		Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
		5	4	3	2	1
		Frecuencia				
1	Se debe educar a los estudiantes acerca de métodos anticonceptivos para disminuir los embarazos en las adolescentes	23	5	0	0	1
2	Se debe educar a los estudiantes acerca de las enfermedades de transmisión sexual para disminuir el contagio de estas.	23	5	1	0	0
3	El docente debe de ser capacitado respecto a temas de enfermedades de transmisión sexual y de métodos de planificación familiar para impartir clases.	23	6	0	0	0
4	Estoy de acuerdo con el uso de los métodos anticonceptivos	14	9	5		1
5	Busco información acerca de métodos anticonceptivos antes de usarlos.	13	13	1	1	1
6	Deben de existir programas especiales de planificación familiar para jóvenes adolescentes	19	7	2	0	1
7	Si tuviera razones para creer que tengo la infección con el VIH/SIDA me haría la prueba.	20	9	0	0	0
8	Estoy a favor de la planificación familiar porque permite a las parejas decidir cuándo es el momento ideal para tener un hijo	23	4	1	0	1
9	Si tuviera una infección de transmisión sexual lo hablaría con mi pareja	25	3	0	0	1
10	Si tuviera una infección de transmisión sexual acudiría a los servicios de salud sin problema.	21	8	0	0	0

Fuente: Base de datos de encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas de maestros de Chimaltenango respecto a infecciones de transmisión sexual y planificación familiar, Junio 2012.

Tabla 15
Actitudes de los maestros de San PedroYepocapa, Chimaltenango acerca de
planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual, junio2012

		Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
		5	4	3	2	1
		Frecuencia				
1	Se debe educar a los estudiantes acerca de métodos anticonceptivos para disminuir los embarazos en las adolescentes	59	4	4	0	2
2	Se debe educar a los estudiantes acerca de las enfermedades de transmisión sexual para disminuir el contagio de estas.	62	7	0	0	0
3	El docente debe de ser capacitado respecto a temas de enfermedades de transmisión sexual y de métodos de planificación familiar para impartir clases.	59	10	0	0	0
4	Estoy de acuerdo con el uso de los métodos anticonceptivos	18	32	19	0	0
5	Busco información acerca de métodos anticonceptivos antes de usarlos.	28	26	15	0	0
6	Deben de existir programas especiales de planificación familiar para jóvenes adolescentes	37	12	17	2	1
7	Si tuviera razones para creer que tengo la infección con el VIH/SIDA me haría la prueba.	41	24	4	0	0
8	Estoy a favor de la planificación familiar porque permite a las parejas decidir cuándo es el momento ideal para tener un hijo	49	19	1	0	0
9	Si tuviera una infección de transmisión sexual lo hablaría con mi pareja	56	12	0	0	1
10	Si tuviera una infección de transmisión sexual acudiría a los servicios de salud sin problema.	55	12	2	0	0

Fuente: Base de datos de encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas de maestros de Chimaltenango respecto a infecciones de transmisión sexual y planificación familiar, Junio 2012.

Tabla 16
Actitudes de los maestros de Chimaltenango, Chimaltenango acerca de planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual, junio 2012

		Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
		5	4	3	2	1
		Frecuencia				
1	Se debe educar a los estudiantes acerca de métodos anticonceptivos para disminuir los embarazos en las adolescentes	111	19	11	2	3
2	Se debe educar a los estudiantes acerca de las enfermedades de transmisión sexual para disminuir el contagio de estas.	129	12	4	0	1
3	El docente debe de ser capacitado respecto a temas de enfermedades de transmisión sexual y de métodos de planificación familiar para impartir clases.	128	12	5	1	0
4	Estoy de acuerdo con el uso de los métodos anticonceptivos	51	41	42	2	10
5	Busco información acerca de métodos anticonceptivos antes de usarlos.	84	36	13	4	9
6	Deben de existir programas especiales de planificación familiar para jóvenes adolescentes	88	39	12	3	4
7	Si tuviera razones para creer que tengo la infección con el VIH/SIDA me haría la prueba.	112	25	8	1	0
8	Estoy a favor de la planificación familiar porque permite a las parejas decidir cuándo es el momento ideal para tener un hijo	113	25	5	0	3
9	Si tuviera una infección de transmisión sexual lo hablaría con mi pareja	120	21	0	1	4
10	Si tuviera una infección de transmisión sexual acudiría a los servicios de salud sin problema.	113	29	3	1	0

Fuente: Base de datos de encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas de maestros de Chimaltenango respecto a infecciones de transmisión sexual y planificación familiar, Junio 2012.

Tabla 17
No. de parejas sexuales que han tenido los maestros del departamento de Chimaltenango, 2,012

# parejas	Chimaltenango	%	Yepocapa	%	Pochuta	%	Total	%
Ninguna	13	9%	7	10%	2	7%	22	9%
de 1 a 5	128	88%	58	84%	26	90%	212	86%
de 6 a 10	5	3%	2	3%	0	0%	7	2%
de 11 a 15	0	0%	1	2%	0	0%	1	1%
16 o más	0	0%	0	0%	1	3%	1	1%
no recuerda	0	0%	1	1%	0	0%	1	1%

Fuente: Base de datos de encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas de maestros de Chimaltenango respecto a infecciones de transmisión sexual y planificación familiar, Junio 2012.

Tabla 18
Edad de inicio de vida sexual de los maestros del departamento de Chimaltenango, 2,012

Edad	Chimaltenango	%	Yepocapa	%	Pochuta	%	Total	%
menos de 15	13	9%	5	7%	4	14%	22	9%
16 a 20	72	49%	33	48%	15	52%	120	49%
21 a 25	39	27%	20	29%	8	27%	67	28%
26 o mas	9	6%	4	6%	0	0%	13	5%
No aplica	13	9%	7	10%	2	7%	22	9%

Fuente: Base de datos de encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas de maestros de Chimaltenango respecto a infecciones de transmisión sexual y planificación familiar, Junio 2012.

Tabla 19
Maestros que usan métodos de protección al tener relaciones sexuales, departamento de Chimaltenango 2,012

	Chimaltenango	%	Yepocapa	%	Pochuta	%	Total	%
si	65	44%	33	48%	16	55%	114	47%
no	68	47%	29	42%	11	38%	108	44%
No aplica	13	9%	7	10%	2	7%	22	9%

Fuente: Base de datos de encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas de maestros de Chimaltenango respecto a infecciones de transmisión sexual y planificación familiar, Junio 2012.

Tabla 20
Métodos anticonceptivos que utilizan los maestros al realizar actos sexuales
por municipio, Chimaltenango 2,012

	Chimaltenango	%	Yepocapa	%	Pochuta	%
Condón	44	30.1	18	26.09	11	37.9
Parche	1	0.68	0	0	0	0
Pastillas	7	4.79	4	5.797	1	3.45
DIU	3	2.05	4	5.797	1	3.45
Implante	5	3.42	0	0	1	3.45
Natural	2	1.37	3	4.348	2	6.9
Inyección	3	2.05	4	5.797	0	0
Operación	1	0.68	0	0	0	0
No aplica	80	54.8	36	52.17	13	44.8

Fuente: Base de datos de encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas de maestros de Chimaltenango respecto a infecciones de transmisión sexual y planificación familiar, Junio 2012.

Tabla 21
No. de maestros que utiliza los dientes para abrir el envoltorio del condón
por municipio, Chimaltenango 2,012.

	Chimaltenango	%	Yepocapa	%	Pochuta	%
Si	6	4.11	4	5.797	6	20.7
No	72	49.3	22	31.88	12	41.4
No aplica	68	46.6	43	62.32	11	37.9

Fuente: Base de datos de encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas de maestros de Chimaltenango respecto a infecciones de transmisión sexual y planificación familiar, Junio 2012.

Tabla 22
No. de maestros que practican de forma adecuada la colocación del condón
por municipio, Chimaltenango 2,012

	Chimaltenango	%	Yepocapa	%	Pochuta	%
Si	54	37	15	21.74	13	44.8
No	24	16.4	11	15.94	5	17.2
No aplica	68	46.6	43	62.32	11	37.9

Fuente: Base de datos de encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas de maestros de Chimaltenango respecto a infecciones de transmisión sexual y planificación familiar, Junio 2012.

Tabla 23
No. de maestros que han padecido infecciones de transmisión sexual por municipio, Chimaltenango 2,012.

	Chimaltenango	%	Yepocapa	%	Pochuta	%
Si	4	2.74	5	7.246	1	3.45
No	142	97.3	64	92.75	28	96.6

Fuente: Base de datos de encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas de maestros de Chimaltenango respecto a infecciones de transmisión sexual y planificación familiar, Junio 2012.

Tabla 24
Tipo de infección de transmisión sexual que han padecido los maestros por municipio, Chimaltenango 2,012.

	Chimaltenango	%	Yepocapa	%	Pochuta	%
No aplica	142	97.3	64	92.75	28	96.6
Gonorrea	1	0.68	1	1.449	1	3.45
Hongo	1	0.68	3	4.348	0	0
flujo vaginal	1	0.68	0	0	0	0
sífilis	1	0.68	1	1.449	0	0

Fuente: Base de datos de encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas de maestros de Chimaltenango respecto a infecciones de transmisión sexual y planificación familiar, Junio 2012.

Tabla 25
No. de maestros que han padecido de ITS y la han tratado con un médico por municipio, Chimaltenango 2,012

	Chimaltenango	%	Yepocapa	%	Pochuta	%
Si	4	2.74	5	7.246	1	3.45
No	0	0	0	0	0	0
No aplica	142	97.3	64	92.75	28	96.6

Fuente: Base de datos de encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas de maestros de Chimaltenango respecto a infecciones de transmisión sexual y planificación familiar, Junio 2012.

CUESTIONARIO

Evaluar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de los maestros respecto a infecciones de transmisión sexual y planificación familiar del Departamento de Chimaltenango

INSTRUCCIONES

Emplear un bolígrafo de tinta negra o azul para rellenar el cuestionario. Leer bien las instrucciones de cada uno de los bloques.

BOLOQUE I: CONOCIMIENTOS

Todas las preguntas tienen opciones de respuesta, en cada pregunta solamente puede elegir una opción. Subraye o marque con una cruz la opción a elegir.

1. Se denominan enfermedades de transmisión sexual a aquellas en las que el contagio se realiza principalmente: **(solamente una opción)**
 - a. Al intercambiar jeringuillas.
 - b. A través del contacto sexual.
 - c. Al recibir transfusiones de sangre.
 - d. 4. Al viajar a países con epidemias.

2. Si se mantienen relaciones sexuales, el método más eficaz para evitar el contagio de este tipo de enfermedades es: **(solamente una opción)**
 - a. El diafragma.
 - b. El preservativo (condón)
 - c. EL dispositivo intrauterino (DIU)
 - d. La píldora.

3. Señale de estas enfermedades cuáles son o pueden ser transmitidas por contacto sexual o físico **(solamente una opción)**
 - a. Gastritis
 - b. Diabetes
 - c. Hepatitis B
 - d. Giardias, amebas

4. SIDA son las siglas de: **(solamente una opción)**
 - a. Secreción de inmunoglobulina deficitaria anómala.
 - b. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.
 - c. Síndrome innato de antígenos.
 - d. Secreción innata de anticuerpos.

5. El SIDA es producido por un virus denominado: **(solamente una opción)**
 - a. Virus de la deficiencia humana.
 - b. Virus de la deficiencia adquirida.
 - c. Virus de la inmunodeficiencia humana.
 - d. Virus inmune humano.

6. Cuáles son las vías para transmitir el SIDA (**solamente una opción**)
- Jeringas contaminadas
 - Beso
 - Convivir con enfermos de SIDA
 - Saliva
7. Cómo se evita una enfermedad de transmisión sexual (**solamente una opción**)
- No tener relaciones sexuales
 - Tomando pastillas anticonceptivas
 - No sentándose en baños desconocidos
 - Bañarse o lavarse después de tener relaciones sexuales
8. Los métodos anticonceptivos suelen utilizarse para: (**solamente una opción**)
- Como medio para controlar la natalidad y la superpoblación mundial.
 - Para evitar embarazos no deseados en los adolescentes.
 - Como medio para evitar la transmisión de determinadas enfermedades infecciosas.
 - Todas las respuestas anteriores son correctas.
9. ¿Cuál de los siguientes no es un método anticonceptivo? (**solamente una opción**)
- Métodos de barrera.
 - Métodos químicos.
 - Métodos de retroalimentación.
 - Métodos de abstinencia periódica.
10. ¿Cuál de los siguientes es un método de esterilización masculino prácticamente irreversible? (**solamente una opción**)
- El método de los días fijos (collar).
 - La Vasectomía
 - El Dispositivo Intrauterino (DIU).
 - La Ligadura de Trompas.
11. ¿Cuál de los siguientes es un método de esterilización femenino prácticamente irreversible? (**solamente una opción**)
- El método de los días fijos (collar).
 - La Vasectomía.
 - Dispositivo Intrauterino (DIU).
 - La Ligadura de Trompas.
12. ¿Cuál es el método anticonceptivo más eficaz para evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual? (**solamente una opción**)
- EL DIU.
 - La Píldora.
 - El Condón.
 - La Vasectomía.
13. ¿Cuál de los siguientes métodos anticonceptivos no puede evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual? (**solamente una opción**)
- El método de los días fijos (collar).
 - La Píldora.
 - El DIU.
 - Todas las opciones son correctas

BLOQUE II: ACTITUDES

Por favor, indique su grado de acuerdo o desacuerdo, respecto a las siguientes afirmaciones respecto a infecciones de transmisión sexual y planificación familiar.

		Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
		5	4	3	2	1
1	Se debe educar a los estudiantes acerca de métodos anticonceptivos para disminuir los embarazos en las adolescentes					
2	Se debe educar a los estudiantes acerca de las enfermedades de transmisión sexual para disminuir el contagio de estas.					
3	El docente debe de ser capacitado respecto a temas de enfermedades de transmisión sexual y de métodos de planificación familiar para impartir clases.					
4	Estoy de acuerdo con el uso de los métodos anticonceptivos					
5	Busco información acerca de métodos anticonceptivos antes de usarlos.					
6	Deben de existir programas especiales de planificación familiar para jóvenes adolescentes					
7	Si tuviera razones para creer que tengo la infección con el VIH/SIDA me haría la prueba.					
8	Estoy a favor de la planificación familiar porque permite a las parejas decidir cuándo es el momento ideal para tener un hijo					
9	Si tuviera una infección de transmisión sexual lo hablaría con mi pareja					
10	Si tuviera una infección de transmisión sexual acudiría a los servicios de salud sin problema.					

BLOQUE III: PRÁCTICAS

En las preguntas de selección marque con una cruz o subraye la opción a elegir. En las preguntas de respuesta libre por favor ser lo más honesto (a) posible.

1. ¿Con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales durante toda su vida?

Respuesta: _____

2. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?

Respuesta: _____

3. Cuando tiene relaciones sexuales, ¿usa condones u otros métodos para protegerse?
 - a) Si
 - b) No

 4. ¿Si su respuesta anterior fue Si, cual es el método anticonceptivo que utiliza?
Respuesta: _____

 5. Cuando abro un condón ¿Utilizo los dientes para abrir el envoltorio?
 - a) Si
 - b) No

 6. Al colocar o colocarme un condón, presiono la punta para sacar el aire mientras lo coloco en el pene erecto
 - a) Si
 - b) No

 7. ¿Ha padecido usted de alguna de estas enfermedades de transmisión sexual?
 - a) Si
 - b) No

 8. Si su respuesta anterior fue Si, mencione cual
Respuesta: _____

 9. Si ha presentado alguna enfermedad de transmisión sexual ¿La ha tratado con un médico?
 - a) No
 - b) Sí

 10. Si su respuesta es No responda porque
-

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Cuestionario para evaluar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de los maestros respecto a infecciones de transmisión sexual y planificación familiar del departamento de Chimaltenango

Fecha: ____/____/____

Buenos días (tardes):

Se está trabajando en un estudio que servirá para elaborar una tesis profesional acerca del nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de maestros sobre infecciones de transmisión sexual y planificación familiar del Departamento de Chimaltenango.

Se quisiera pedir su ayuda para que conteste algunas preguntas que no llevarán mucho tiempo. Sus respuestas serán anónimas y absolutamente confidenciales. Los cuestionarios serán procesados por personas externas. Además, como puede ver, en el cuestionario, en ningún momento se le pide su nombre.

Las personas que fueron seleccionadas para el estudio no se eligieron por su nombre sino al azar.

Las respuestas de todos los encuestados serán sumadas e incluidas en la tesis profesional, pero nunca se comunicarán datos individuales.

Los beneficios que se obtendrán de este estudio son: Saber cómo está el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre infecciones de transmisión sexual y planificación familiar de maestros de los municipios de San Miguel Pochuta, San Pedro Yepocapa y Chimaltenango. Además su colaboración permitirá conocer si los maestros están capacitados o no para impartir cátedras acerca de estos temas. No recibirá compensación económica por su participación en este estudio.

Habiendo recibido y entendido las explicaciones pertinentes, yo, _____, identificado con número de cédula _____, acepto voluntariamente mi participación en este estudio y estoy dispuesto(a) a responder a todas las preguntas del cuestionario. Entendiendo que no existe ningún riesgo con las preguntas que me harán.

Toda la información que proporcione será confidencial y sólo podrá ser conocida por las personas que trabajen en este estudio. Si se llegaran a publicar los resultados del estudio, mi identidad no podrá ser revelada. También entiendo que tengo derecho a negar mi participación o a reiterarme del estudio en el momento

que lo considere necesario, sin que esto vaya en perjuicio de mi trabajo en la actualidad o en el futuro.

Se me dio la oportunidad de hacer cualquier pregunta sobre el estudio y todas ellas fueron respondidas satisfactoriamente. Yo he leído o me han leído esta carta y la entiendo. Al firmar este documento, doy mi consentimiento de participar en este estudio como voluntario.

Firma del
voluntario: _____

Firma del
entrevistador: _____