

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**"CREENCIAS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE ENFER-  
MEDADES DE TRANSMISION SEXUAL EN  
TRABAJADORES MIGRANTES"**

Estudio descriptivo realizado, en los 5 ingenios  
azucareros del Distrito de Salud de Santa Lucia  
Cotzumalguapa, Escuintla sobre Creencias, Acti-  
tudes y Practicas sobre enfermedades de trans-  
misión sexual en trabajadores migrantes, Mayo  
1993. Guatemala.

**T E S I S**

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

**P O R**

**ANA ELIZABETH LEMUS BARRIENTOS**

En el acto de su investidura de:

**MEDICO Y CIRUJANO**

GUATEMALA, JUNIO DE 1993.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Biblioteca Central

DL  
05  
T(6754)



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 21 de junio  
DIF-198-93

de 1993

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

Se informa que el: PERITO EN MERCADOTECNIA Y PUBLICIDAD ANA ELIZABETH  
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos  
LEMUS BARRIENTOS Carnet No. 87-12619  
completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:  
"CREENCIAS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE ENFERMEADES DE TRANSMISION SEXUAL EN  
TRABAJADORES MIGRANTES"

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

Firma del estudiante

**Velia Lorena Oliva H.**  
**MEDICO Y CIRUJANO**  
**Col. 7977**

Asesor  
Firma y sello personal

**Dr. Ramiro A. Valencia Lopez**  
**Médico y Cirujano**  
**Colegiado 3374**

Revisor  
Firma y sello

Registro Personal 11499

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

FORMA D

H A C E   C O N S T A R   Q U E :

El Bachiller: ANA ELIZABETH LEMUS BARRIENTOS

Carnet Universitario No. 87-12619

Previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en su Examen General Público ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:  
"CREENCIAS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL EN TRABAJADORES MIGRANTES"

Avalado por asesor(es) y revisor, por lo que se emite la presente  
O R D E N   D E   I M P R E S I O N :

Guatemala, 21 de junio de 1993

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

Dr. Raúl A. Castillo Rodas  
Director del Centro de Investigaciones  
de las Ciencias de la Salud

I M P R I M A S E :



Dr. Jafeth Ernesto Cabrera Franco  
D E C A N O



## INDICE

CAPITULO	PAGINA
I. INTRODUCCION.....	1
II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA.....	2
III. JUSTIFICACION.....	3
IV. OBJETIVOS.....	4
V. REVISION BIBLIOGRAFICA.....	5
VI. METODOLOGIA.....	24
VII. PRESENTACION DE RESULTADOS.....	30
VIII. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS....	38
IX. CONCLUSIONES.....	42
X. RECOMENDACIONES.....	43
XI. RESUMEN.....	44
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	45
XIII. ANEXOS.....	48



## I. INTRODUCCION

Los trabajadores migrantes son un grupo de personas que por sus características especiales (analfabetismo, falta de educación alta capacidad migratoria y falta de recreación), constituye un grupo de riesgo para contraer y propagar patologías infectocontagiosas como lo son las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).

Santa Lucía Cotzumalguapa, Escuintla, es un lugar dedicado a la producción agrícola, que recibe un porcentaje elevado de trabajadores emigrantes y en donde las ETS constituyen uno de los principales problemas de salud.

El presente trabajo de investigación se efectuó en los cinco ingenios azucareros del Distrito de Salud de Santa Lucía Cotzumalguapa, mediante la realización de encuestas, teniendo como objetivo principal describir las Creencias, Actitudes y Prácticas sobre Enfermedades de Transmisión Sexual en los trabajadores migrantes.

Se tomó un total de 345 personas que laboraban en cualquiera de los cinco ingenios azucareros, de sexo masculino, en los cuales se demostró que estas personas son un grupo de riesgo para contraer y propagar ETS, debido al alto índice de analfabetismo (65%), inicio de una vida sexual activa a temprana edad, malas prácticas sexuales (relaciones sexuales con prostitutas) y el desconocimiento de métodos profilácticos y de tratamiento de dichas enfermedades.

Se espera que los resultados de esta investigación sean de utilidad para lograr mejoras en la calidad de vida de los trabajadores migrantes, pues en la misma se da un idea clara de la realidad de estas personas y de los factores que deben ser erradicados para que estas personas no constituyen un grupo de riesgo.

## II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

Cuando se estudia la situación de los trabajadores migrantes podemos darnos cuenta de que son un grupo de personas que por sus características especiales (analfabetismo, falta de educación, alta capacidad migratoria, falta de recreación), constituyen un grupo de riesgo como lo son las ETS. (3,5,10)

En la actualidad, a nivel mundial se ha visto un incremento de ETS (7,9,14,16,17,18), y sin embargo, en Guatemala a nivel de trabajadores migrantes no existe ningún dato que nos proporcione una panorámica de la situación actual, pese a que éste constituye un grupo sumamente numeroso y por ello muy importante en la economía de la población guatemalteca, y si a ello agregamos que llegan a trabajar a lugares con alto índice de ETS como Santa Lucía Cotzumalguapa, vemos la necesidad de estudios que nos proporcionen la información necesaria para tomar las medidas preventivas, paleativas y curativas pertinentes.

### III. JUSTIFICACION

Guatemala es un país eminentemente agrícola en donde el 55% de la población económicamente activa es absorbida por esta labor (3), se hace necesario entonces llevar a cabo estudios de la situación de salud de ese importante rubro. Dentro de este porcentaje, existe un grupo que debido a no contar con muchas alternativas de trabajo para satisfacer sus necesidades básicas, se ve obligado a vender su fuerza de trabajo empleándose como trabajadores temporales (migrantes). (3,5,10)

Según el Censo Agrícola de 1979, existían en Guatemala 547,574 jefes de familia que se dedicaban a esta actividad asociándose a ellos un número aproximado de 2,190,296 familiares que en total corresponden a 2,737,870 personas. (3)

Por lo anteriormente expuesto, es de vital importancia conocer las patologías que afectan a este grupo. Siendo Santa Lucía Cotzumalguapa un lugar dedicado a la producción agrícola, que recibe un porcentaje elevado de trabajadores migrantes y en donde las Enfermedades de Transmisión Sexual constituyen uno de los principales problemas de salud (Séptima causa de morbilidad, según Memoria de 1992, del Distrito de Salud de Santa Lucía Cotzumalguapa), consideramos conveniente realizar un estudio sobre las creencias, actitudes y debido a su gran número, alto índice de analfabetismo, con mínimo acceso a la salud y gran capacidad migratoria se convierte en un grupo de riesgo para la diseminación de estas enfermedades, y a pesar de lo anterior, en la actualidad no se cuenta con ningún estudio a este respecto.



#### IV. OBJETIVOS

##### GENERAL:

- Determinar las creencias, actitudes y prácticas sobre enfermedades de transmisión sexual en trabajadores migrantes del Distrito de Salud de Santa Lucía Cotzumalguapa, Escuintla.

##### ESPECIFICOS:

- Determinar los factores de riesgo asociados a las creencias, actitudes y prácticas sobre ETS en el grupo a estudiar.
- Describir las diferencias prácticas sexuales de los trabajadores migrantes de Santa Lucía Cotzumalguapa, Escuintla en el presente estudio.

## V. REVISION BIBLIOGRAFICA

## A. TRABAJADORES MIGRANTES

Son aquellos trabajadores del campo que en distintas épocas del año, especialmente con motivo de las cosechas de café, algodón, azúcar, tabaco, etc. se trasladan de sus lugares de origen o residencia a las fincas o plantaciones con el fin de conseguir un salario a cambio de su fuerza de trabajo. Los temporeros en general, son campesinos empobrecidos, sin tierra o dueños de pequeñas parcelas que no producen lo suficiente para permitir la subsistencia familiar. (3,5,10)

Según el Censo Agropecuario de 1979, en Guatemala existían 547,574 jefes de familia que pertenecen a la categoría de trabajadores migrantes, vinculados a ellos 2,190,296 familiares, que sumados son 2,737,870 personas que se dedican a esta actividad. (3) En el Departamento de Escuintla se estima en 700,000 el número de trabajadores temporales. (10)

Dentro de los problemas que se le presentan a los trabajadores migrantes se encuentran:

- Inestabilidad del trabajo del temporero
- Condiciones de contratación irregulares, especialmente en lo referente al registro en planilla del seguro social y en la forma de pago del salario.
- Problemas de transporte a los lugares de trabajo.
- Condiciones muchas veces inapropiadas en las que se establecen en las fincas: vivienda de mala calidad, falta de agua potable.
- Jornadas de trabajo prolongadas sin adecuados tiempos de descanso ni condiciones para utilización adecuada del escaso tiempo libre.
- Falta de servicios médicos y de medidas de seguridad e higiene. (3,5,10)

Consecuencia de lo anterior, enfrentan serios problemas de salud: desnutrición, anemia, infecciones frecuentes, accidentes y envejecimiento precoz. (3)

**Antecedentes Históricos:** La migración agrícola temporal no es un fenómeno reciente en Guatemala. Los españoles trasladaban, en forma temporal y otras permanentemente, poblaciones nativas del altiplano occidental a la costa sur, principalmente para trabajar en la cosecha y procesamiento del añil y en la producción de sal. Luego, consecuencia de los problemas que tuvo la grana o cochinilla (pequeño

insecto que produce tinte), por el desplazamiento en la comercialización del tinte natural por los tintes artificiales, durante la colonia, el café comenzó a cultivarse y poco a poco fue convirtiéndose en el motor principal de la economía de Guatemala.

El fenómeno migratorio se intensificó a finales del siglo pasado, cuando Guatemala se incorporó al mercado mundial como exportador de productos agrícolas tropicales, especialmente del café.

Las empresas cafetaleras se establecieron alrededor de 1860, principalmente en la zona de la bocacosta de la región adyacente, el altiplano, se encontraba la población más numerosa del país, predominantemente indígena, la cual fue reclutada para trabajar durante el corte o la cosecha.

Posteriormente al café, se introdujo en Guatemala el cultivo de banano que se transformó en un fuerte producto de exportación. Luego en 1954 disminuyó la importancia de el cultivo de banano y cobró fuerza el del algodón y la crianza de ganado; a partir de las décadas del 60 y 70, se empezaron a cultivar la caña de azúcar y el cardamomo como productos de exportación. A finales de la década del 80 se agregaron a esta lista el ajonjolí, la soya, la oca y algunos otros más. (10)

#### Características de la Población Migrante:

- a) **Número:** Se estima en 800,000 personas la población total de trabajadores empleados en las grandes fincas de la costa sur de Guatemala. Estos trabajadores pueden clasificarse como permanentes (100,000) y temporales o migratorios. (700,000)

Los empleados temporales emigran a ciertas áreas para luego retornar al lugar de origen o residencia (cuadrilleros), o bien se establecen permanentemente en áreas (voluntarios y pepenados). Según algunas estimaciones, esta población representa cerca del 36% de la población campesina total en Guatemala. Sin embargo, es difícil establecer el número total de trabajadores migratorios porque a la vez que unos migran entre diferentes cultivos, otros lo hacen entre fincas de una misma corporación y esto puede permitir que sean registrados 2 o 3 veces.



- b) **Origen:** La mayor parte de campesinos migrantes pertenecen a áreas rurales minifundistas o áreas de pequeña producción artesanal que presentan agotamiento de los suelos, excesivo fraccionamiento y excedente de población que no pueden satisfacer las condiciones mínimas de subsistencia.

Otros pertenecen a áreas rurales de economía campesina o familiar afectadas por el desarrollo de la agricultura comercial que ha originado procesos de depuración rural ocasionando desplazamiento temporal o definitivo de la población.

Específicamente dentro del fenómeno migratorio se distinguen cuatro instancias:

- a) **Salida:** Se refiere al momento de abandono del lugar de origen o residencia de los campesinos para dirigirse a las áreas de cultivo. Este abandono es temporal, su duración depende de las cosechas de los diferentes cultivos agrícolas. Generalmente, el tiempo de permanencia de esta población va de 3 a 5 meses con un máximo de 10 meses.
- b) **Tránsito:** Corresponde a la movilización de los trabajadores del lugar de origen al lugar de trabajo. Este periodo es relativamente corto, ya que puede durar desde unas cuantas horas hasta un máximo de 1 día, dependiendo de la distancia que deban recorrer, de las paradas y de las vías de comunicación.
- c) **Entrada:** Se inicia desde el momento en que los trabajadores llegan a las fincas. Allí son ubicados en chapas, yardas, ranchos o módulos en donde permanecerán durante el tiempo que presten sus servicios.
- d) **Retorno y desplazamiento:** Se refiere al momento cuando el trabajador temporal termina su contrato de trabajo y decide regresar a su lugar de origen, algunas otras veces decide trasladarse internamente a otras fincas, lo que se conoce con el nombre de desplazamiento interno o intercultivo. (10)

Estas áreas de donde provienen los migrantes se denominan zonas de expulsión.

Las principales zonas de expulsión de Guatemala son:

a) Hacia la costa sur:

-En el noroccidente: Huehuetenango, Quiché, Baja Verapaz, San Marcos, Totonicapán, Sololá, Chimaltenango y parte norte de Sacatepéquez y Guatemala.

-En el oriente: Jalapa, Chiquimula y parte norte de Jutiapa y Cuilapa.

b) Hacia el norte:

-La principal área expulsora es la región Quekchi de Cobán.

c) Hacia el nororiente:

-El Progreso, Zacapa y Chiquimula son las zonas más importantes.

d) Movilidad Estacionaria: La población migrante tiene un alto significado demográfico, determinado por el papel estructural que cumplen. Las migraciones temporales se producen en circuitos anuales y periódicos de 8 a 10 meses de duración que abarcan todos los circuitos, y circuitos mensuales que abarcan a cada uno de estos cultivos. Así la explotación de los diferentes cultivos nos da una permanencia continua de la población migrante en la costa sur de 10 meses. (10)

## B. ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL

Las ETS presentan el mayor índice de contagio en todo el mundo, y aunque su incidencia aumentó de modo uniforme desde 1950 a 1970, en la última década parece haberse estabilizado. Sin embargo, al no informarse todos los casos de éstas, no se cuenta con cifras de incidencia reales sobre las mismas. En el caso de la gonorrea, se estima que cada año contraen la infección más de 250 millones de personas en todo el mundo. Respecto a la sífilis, se estima que su incidencia anual en todo el mundo es de 50 millones de personas. (9)

Pese a los progresos en el diagnóstico y tratamiento de las ETS (que permiten la curación de la mayor parte de los enfermos y su conversión en no infecciosos), su incidencia ha aumentado. Entre los factores responsables de este paradójico aumento destacan: los cambios en el comportamien-

tratamiento sexual de las personas, la existencia de contactos sexuales mucho más variados, la aparición de cepas de microorganismos menos sensibles a antibióticos, el carácter altamente móvil y viajero de la población mundial actual, el elevado nivel de actividad sexual de algunos varones homosexuales, la ignorancia de los hechos reales por parte de los médicos y del público en general y la reticencia de muchos de estos pacientes a buscar tratamiento cuando se encuentran enfermos. (7,8,9,11,12,16)

En Santa Lucía Cotzumalguapa, según Memorias de 1992, realizadas por la Jefatura de ese Distrito de Salud, las ETS ocupan el séptimo lugar entre las primeras causas de morbilidad, con un total de 75 casos documentados por laboratorio, siendo el sexo más afectado el femenino, especialmente el grupo de prostitutas. Es de hacer especial mención que según el mismo reporte se cuenta con un subregistro de aproximadamente el 50% de los pacientes, y entre las razones que se aducen para ello están: tabús socioculturales, pacientes que al encontrarse enfermos no acuden al médico y se automedican, etc.

## 1. SIFILIS

En Santa Lucía Cotzumalguapa, según memorias de 1992 realizadas por la Jefatura de ese Distrito de Salud, las ETS ocupan el séptimo lugar entre las primeras causas de morbilidad, con un total de 75 casos documentados por laboratorio, representando sífilis el 52% del total, siendo el sexo más afectado el femenino, especialmente el grupo de prostitutas.

**Etiología:** Hay algunos treponemos morfológicamente idénticos que causan una gran variedad de infecciones. El más serio de éstos es la sífilis venérea. Esta es causada por *Treponema Pallidum*, el cual es también responsable de la sífilis endémica, una enfermedad que es transmitida por contacto corporal o por utensilios compartidos, en algunas áreas templadas del viejo mundo.

**Patogenia y reacción del huésped:** El *T. pallidum* puede penetrar a través de mucosas normales y también de abrasiones de poca importancia de las superficies epiteliales. ha habido casos humanos raros de sífilis por transfusión, al usar sangre de un donador que se encontraba en la fase de incubación de la enfermedad.



Por tanto, es claro que desde el principio la sífilis es una enfermedad generalizada. Sin embargo, las primeras lesiones que aparezcan se encuentran en el sitio de inoculación primaria, tal vez a causa de gran número de treponemas que se implantan en este sitio. El número mínimo de treponemas necesario para que se establezca la infección no se conoce, pero tal vez sea de un solo germen. La multiplicación de los gérmenes es muy lenta, con un tiempo de división en el conejo de aproximadamente 33 horas. En forma similar, el crecimiento lento de los treponemas en humanos explica en parte la naturaleza duradera de la enfermedad y el período de incubación relativamente largo, de 10 a 90 días antes que aparezca el chancro primario (tiempo promedio de 21 días).

**Pruebas de Laboratorio:** La observación directa en campo obscuro y la demostración de marcadores serológicos son los pilares del diagnóstico.

- a) **Observación en campo obscuro:** El método elección para hacer el diagnóstico de sífilis primaria es la observación del material de una úlcera. La lesión se prepara lavándola con solución salina, evitando la hemorragia. Tal vez se necesita exprimirla con suavidad para obtener material seroso que se colecta en un portaobjetos de vidrio y se cubre con cubreobjetos. Bajo el objetivo de campo obscuro, las espiroquetas muestran un movimiento de vaivén mientras giran sobre su eje longitudinal, y se flexionan a 90 grados sobre el centro. Se necesitan 3 exámenes negativos consecutivos para descartar la presencia de espiroquetas.
- b) **Diagnóstico Serológico:** La demostración de la presencia de marcadores inmunitarios indicadores de sífilis es la base para el diagnóstico durante las etapas latentes, cuando el estudio en campo obscuro no es posible o no da resultados positivos, o bien con fines de detección. Además, la serología es una herramienta importante para evaluar la respuesta al tratamiento.

Pueden detectarse dos tipos de anticuerpos: El anticuerpo "reaginico" no treponémico inespecífico y el anticuerpo antitreponema específico. El primero es útil con fines de

detección y para conocer el estado de actividad de la enfermedad y la reacción al tratamiento. El segundo sugiere fuertemente infección actual o pasada.

1) **Pruebas reagínicas no treponémica inespecíficas.** A los anticuerpos IgG o IgM que reaccionan con el fosfolípido de músculo cardíaco, que es la cardiolipina estabilizada con lecitina o colesterol, se les dio el nombre de reagínicos (sin relación con IgE).

a) **VDRL:** Los anticuerpos reagínicos que se encuentran en el suero calentado son la causa de la floculación de la suspensión de cardiolipina, lecitina y colesterol. En vista de su gran disponibilidad y la facilidad para efectuarla, la prueba VDRL es la técnica de detección estándar. La cuantificación de la reacción con dilución seriada de los sueros es en extremo útil para valorar la reacción al tratamiento.

b) **RPR:** (Reagina plasmática rápida). Es fácil de realizar sin necesidad de calentar el suero (no requiere desactivación por complemento) y puede cuantificarse. Empieza a substituir a la VDRL como prueba de detección.

c) **ART:** (Reagina plasmática automatizada). Debido a la naturaleza del antígeno, las pruebas reagínicas no treponémicas inespecíficas producen resultados positivos falsos en varias situaciones clínicas (vasculares de la colágena y otros padecimientos con formación de anticuerpos). Los resultados positivos, a menos que se usen para evaluar la eficacia del tratamiento, siempre deben corroborarse con una prueba antitreponema específica.

2. **Pruebas antitreponema específicas.** Por su diseño, estas pruebas logran detectar anticuerpos específicos dirigidos contra antígenos del

treponema. Diversas técnicas han conducido a la aparición de numerosas pruebas. Las más usadas son la FTA-ABS y la prueba de microhemaglutinación, recientemente dada a conocer (MHA-TP). La mejor prueba es la de inmovilización del T pallidum (TPI). (8)

#### Tipos de sífilis:

- **Sífilis Primaria:** Hay un periodo de incubación de 9 a 90 días. Los pacientes se presentan con una úlcera genital (llamada lesión primaria o chancro). En los hombres heterosexuales ésta se encuentra usualmente en la fisura coronal, el glande, el meatus, el freno y el prepucio o en el cuerpo del pene. En las mujeres se localiza en la vulva, especialmente en el pliegue mucomembranoso de la comisura posterior de la vulva o cerca del clítoris, o en el cervix. No se observan síntomas. Los hombres homosexuales presentan chancros en el ano, la boca podría ser afectada. No es común encontrar chancros en otras zonas. Hay normalmente un solo chancro (85% de los pacientes). Comienza como una mancha roja que se torna papular y se ulcera. No es doloroso, a menos que ocurra una infección secundaria, tiene un margen redondeado y bien definido, una base blanda cuya textura es similar al caucho. En la mayoría de los pacientes, los nódulos linfáticos regionales se involucran en el proceso infeccioso en una semana, las glándulas se inflaman moderadamente, pero no hay presencia de dolor.

**Diagnóstico:** Se puede hacer un diagnóstico positivo si T. pallidum se puede identificar por un examen en campo oscuro de suero de la lesión o de las glándulas linfáticas infectadas.

Un resultado negativo podría ser causado por el uso de antisépticos, autoadministración de antibióticos o simplemente, una baja concentración de organismos. Se debería tomar una muestra de sangre para el examen serológico.

- **Sífilis Secundaria:** La etapa secundaria comienza 4 o 6 semanas después de que aparece el chancro. Hay una gran variedad de síntomas y signos; malestar, dolor de cabeza, dolores generalizados, fiebre o quebranto, erupciones en la piel (75%), linfadenopatía (50%), ulceración de la mucosa (30%); hasta un 10% de los pacientes presentan



complicaciones viscerales en la vista y SNC.

Las lesiones de la piel por la sífilis secundaria pueden tomar muchas formas. A menudo, la erupción comienza como unas manchas rojizas-marrones de forma oval, las cuales podrían ser notables en el pecho, abdomen y luego en algunas zonas cercanas a las extremidades. Esta etapa puede pasar fácilmente desapercibida en personas de piel oscura. A menudo son afectadas las palmas de las manos y las plantas de los pies. A medida que pasa el tiempo, las manchas se vuelven papulares y comienzan a esparcirse por la cara y las extremidades inferiores. Luego se observan costras muy marcadas que se asemejan a la psoriasis. La erupción se acentúa más en las áreas húmedas y calientes del cuerpo como son las regiones perianal y perigenital, debajo de los pechos y las axilas. Las lesiones en estas zonas podrían ser extensas, se conocen con el nombre de "condyloma lata". La erupción normalmente no produce picazón pero esta podría ocurrir en las lesiones foliculares.

En los pacientes débiles, las pápulas podrían persistir, y una descamación debida a la endarteritis se acentuaría, produciendo escamas y una lesión parecida a la pústula. Eventualmente, las lesiones pasan por una necrosis central y curan sin dejar cicatrices, aunque podría haber una despigmentación en los caucásicos o hiperpigmentación en las personas de piel oscura.

Los nódulos linfáticos se podrían alargar sin producir dolor y encontrarse en la cadena cervical posterior, axilas y en las regiones supracondilar e inguinal.

Las úlceras en la mucosa son difíciles de ver, pero luego se vuelven de color grisáceo-blando con el borde rojo. Estas podrían integrarse para formar úlceras que se encuentran en la mucosa de los genitales, boca, faringe y laringe.

Otros síntomas no son comunes, pero incluyen hepatoesplenomegalia, osteoperiostitis, lesiones en los ojos tales como uveítis anterior o coriorretinitis, meningitis de bajo grado con

dolor de cabeza persistente y lesiones ocasionales en los nervios craneales.

**Diagnóstico:** Los síntomas deberían dejar pocas dudas, pero la diagnosis deberá estar apoyada en la identificación de *T pallidum* por un examen de campo obscuro del suero obtenido de las pápulas y úlceras de la mucosa. Asociado a esto se pueden utilizar las diferentes técnicas serológicas entre las que se puede mencionar" VDRL, RPR, FIA-ABS, TPHA, TPI y la más específica: FTA-ABS.

**Tratamiento de la Sífilis Temprana:** Para pacientes no alérgicos a la penicilina se utiliza Penicilina G benzatínica 2.4 mill de unidades internacionales, dosis intramuscular única, o equivalentemente, penincilina procaina acuosa 600,000 unidades internacionales intramuscular, diariamente durante 10 días. Alternativamente: doxicilina 100 mg oralmente 2 veces al día por 14 días, tetraciclina 500 mg 4 veces al día por 14 días o eritromicina 500 mg 4 veces al día por 14 días.

**Pronóstico:** Las lesiones se curan en un lapso de 2 a 3 meses si no son tratadas. Podría haber una recurrencia en los próximos 2 años, pero usualmente el paciente pasa a la fase latente. Si se trata adecuadamente la sífilis temprana, las posibilidades de curación son de 100%. Los exámenes Reagin (VDRL, RPR) resultarán negativos en más del 90% de los pacientes 1 año después del tratamiento de la sífilis primaria y 2 años después del tratamiento de la sífilis secundaria. Los ensayos específicos (TPHA, FTA-ABS) permanecen positivos por muchos años.

**Sífilis Latente:** La sífilis latente arbitrariamente calificada como latente temprana si hay un historial de lesiones consistente con sífilis primaria entre los 2 últimos 4 años y como latente tardía si los signos aparecen después de los 2 años; o en la ausencia de tales síntomas, si el paciente es mayor de 30 años. La sífilis latente temprana es potencialmente infecciosa debido a la tendencia de la sífilis secundaria a recurrir durante este período.

No hay síntomas clínicos o signos en la sífilis latente.

**Diagnóstico:** El historial del paciente puede indicar la presencia de sífilis, pero esto debe ser apoyado por los exámenes serológicos.

**Control:** Se acostumbra a practicar una punción lumbar los pacientes con sífilis latente para descartar una neusífilis asintomática. El LCR se examina para las células. Se lleva a cabo la concentración de proteína y la serología de la sífilis. Si el LCR es normal, se trata a los pacientes con sífilis latente como se hace en la sífilis temprana. Si el LCR no es normal, se debería tratar como se hace en la neurosífilis.

El pronóstico para los pacientes que son tratados adecuadamente ha resultado ser excelente.

**Sífilis Tardía:** La sífilis tardía está subdividida en sífilis tardía benigna, sífilis cardiovascular y neurosífilis, pero todas estas formas de sífilis podrían presentarse juntas en el mismo paciente. Todas las formas de sífilis tardías son poco comunes en el mundo occidental, donde pocos pacientes ignoran las manifestaciones tempranas de la enfermedad; sin embargo, las formas de sífilis mencionadas anteriormente son relativamente comunes en los países en vías de desarrollo.

**Síntomas:** Los síntomas de la sífilis benigna tardía se vuelven aparentes entre los 3 y 10 o más años después de la etapa primaria. La lesión característica es el sífiloma, el cual es usualmente localizado; este podría ser simple o múltiple, y varía en diámetro de 1 mm a varios cm. Las lesiones son crónicas, normalmente sin dolor, asimétricas, de crecimiento lento y progresivamente destructivas, tienen bordes muy bien demarcados, son duras e induradas. La excepción es la reacción gomosa difusa observada en los huesos largos.

La sífilis cardiovascular ocurre en



aproximadamente el 10% de los pacientes sifilíticos no tratados después de 10 a 20 años, o más. Se podría presentar en forma de aortitis ascendente, estenosis del ostium coronario, regurgitación aórtica, aneurisma o insuficiencia del ventrículo izquierdo.

Se observa neurosífilis en alrededor del 10% de los pacientes no tratados entre los 10 a 30 o más años después la infección original. Se reconocen un número de manifestaciones clínicas y el LCR es siempre anormal.

**Diagnóstico:** El diagnóstico depende del historial del paciente, de los síntomas y signos, de los exámenes serológicos, radiografías, y si es necesario, de la biopsia.

Se podrían necesitar ecocardiogramas, cateterismos cardíacos, angiografías y una TAC en los casos de sífilis cardiovascular; y también se hace necesaria una punción lumbar si se sospecha de neurosífilis.

**Tratamiento:**

**Sífilis Benigna Tardía:** Penicilina benzatínica 2.4 mill de unidades, intramuscular, 1 vez por semana durante 3 semanas consecutivas.

Los pacientes alérgicos a la penicilina deben ser tratados con: doxicilina 100 mg 2 veces al día por 30 días o tetraciclina 500 mg 4 veces al día por 30 días o eritromicina de la misma manera.

**Sífilis Cardiovascular:** Recibe el mismo tratamiento de la sífilis benigna tardía.

**Neurosífilis:** Bencil penicilina acuosa, 2.4 mill de unidades intramuscular, cada 4 horas por 10 días, seguido por penicilina benzatínica, 2.4 mill de unidades a la semana por 3 semanas o penicilina

procaína 2.4 mill de unidades, intramuscular, diariamente más probenidid 500 mg vía oral, 4 veces al día, ambos por 10 días. Seguido por penicilina benzatínica, 2.4 mill de unidades, intramuscular, a la semana durante 3 semanas.

**Pronóstico:** La proporción de curación para la sífilis terciaria es de 90 a 95%, obteniéndose mejores resultados con la penicilina que con las preparaciones orales. Por otro lado, el pronóstico para la sífilis cardiovascular varía dependiendo de los síntomas y la severidad de los mismos. Los pacientes con la mayoría de los tipos de neurosífilis usualmente pueden volver a su vida rutinaria, aunque los artesanos o ejecutivos posiblemente verán sus habilidades un tanto afectadas.

**Prevención:** El control de la sífilis depende de varios factores: disponer de los medios adecuados para realizar el diagnóstico y tratamiento, buscar y tratar a todos los contactos sexuales de los enfermos, mantener en observación los pacientes en tratamiento (asegurando así una curación completa de la enfermedad, practicar una educación sanitaria adecuada de médicos, personal paramédico y población en general y aconsejar a los pacientes sobre la práctica de un comportamiento sexual responsable. (2,6,7,9,11,14,18,21)

## 2. GONORREA

*Neisseria Gonorrhoeae* es un diplococo gram negativo de 0.6 a 1 micra de diámetro, que se presenta en pares con las partes adyacentes aplanadas.

**Fisiopatología:** En los hombres, la zona usual de invasión es la mucosa uretral distal, otras áreas de infección son el recto, la faringe y la conjuntiva.

**Gonorrea Genital en los Hombres:** El período de incubación es de 2 a 5 días. Se presenta una sensación de quemazón al comienzo de la micción y usualmente hay una descarga uretral purulenta purulenta. Hay congestión

de la mucosa meatal. Al rededor de un cuarto de los pacientes muestran solo un exudado mucopurulento escaso, y unos pocos hombres no presentan signos y síntomas de uretritis.

**Complicaciones Locales:** Epididimitis aguda, infección en los ductos parauretrales, prostatitis aguda, infecciones de: los ductos y glándulas de Cowper, rafe medio del pene, tejidos periuretrales que llevan a un **absceso o a estrechez uretral.**

- **Gonorrea Rectal:** Muy común en los hombres homosexuales. No hay síntomas a menudo. Podría observarse una inflamación rectal y una descarga y tenesmo; raramente una proctitis florida.
- **Gonorrea de la Faringe:** Normalmente sin síntomas. Podría presentarse en forma de una simple irritación de la garganta.

**Diagnóstico:** Las características clínicas no son definitivas y el diagnóstico requiere: identificación de PMN, diplococos gram negativos asociados en cultivos coloreados de las secreciones. También ha de realizarse identificación de *N. Gonorrhoeae* en los cultivos de laboratorio.

**Tratamiento:** Penicilina procaína acuosa 4.8 mill de UI, IM, con 1 gr de probenecid. Otras opciones: ampicilina 3.5 gr en forma oral más 1 gr de probenecid, amoxicilina 3 gr más probenecid 1 gr vía oral, tetraciclina 500 mgr oral 4 veces por día durante 7 días, doxicilina 100 mgr oralmente 2 veces por día por 7 días.

**Pronóstico:** El pronóstico para todos los tipos de gonorrea es bueno, en los casos de gonorrea no complicada, la proporción de curación es de 95%, y el resto normalmente responde a una segunda dosis. La respuesta a las complicaciones crónicas depende de la duración y la severidad de la enfermedad. (1,2,7,8,9,12,18)

### 3. INFECCIONES CLAMIDIALES

**Fisiopatología:** *Chlamydia Trachomatis* es una bacteria



intracelular obligatoria, con un ciclo de desarrollo único y lento que abarca una existencia extracelular e intracelular a diferencia de todos los demás microorganismos.

**Síntomas y signos:** En los varones, los síntomas de la uretritis suelen aparecer entre 7 y 28 días después del contacto sexual, en forma de una leve disuria y malestar en la uretra junto con un evidente exudado uretral mucopurulento. El exudado es a veces escaso y los síntomas leves, pero pueden ser más acusados por la mañana, cuando los bordes del meato uretral están a menudo pegados por secreciones secas. A la exploración el meato uretral aparece eritematoso, con signos de presencia de secreciones secas en la ropa interior del enfermo. De forma ocasional el inicio es más agudo, con disuria, polaquiuria y emisión de abundante exudado mucopurulento. Tras un contacto sexual rectal y orogenital, pueden aparecer proctitis y faringitis.

**Tratamiento:** Tetraciclina 500 mg cada 6 horas por 7 días. Otras opciones: Eritromicina 500 mg 4 veces al día por 7 días, o 250 mg 4 veces al día por 14 días, doxicilina 100 mg 2 veces al día por 7 días. (2,4,6,7,9,18)

#### 4. LINFOGRANULOMA VENEREO:

El linfogranuloma venéreo es causado por cepas especiales linfotrópicas de *Chlamydia Trachomatis*. Se observa más frecuentemente en hombres que en mujeres.

**Síntomas:** El período de incubación es normalmente de 4 a 35 días. La característica que se presenta con mayor frecuencia es un bubón inguinal. La lesión primaria es normalmente simple, sin dolor, podría ulcerar, es de hasta 6 mm de diámetro y puede fácilmente pasar desapercibida por los pacientes. Entre los 4 días y los 4 meses que suceden a la lesión primaria ocurre una adenopatía inguinal, con involucramiento (usualmente unilateral) de los ganglios linfáticos. La tumefacción inicial es leve y solo ligeramente dolorosa, y luego aumenta de intensidad, los nódulos coalescen y se adhieren a la piel, la cual se torna de color rojo oscuro. En esta etapa, los síntomas

sistémicos son comunes. Manifestaciones posteriores del linfogranuloma venereo incluyen proctocolitis y elefantiasis genital con ulceración. En los hombres homosexuales, se observa con frecuencia una infección primaria del recto, lo cual causa una proctocolitis severa.

**Diagnóstico:** El diagnóstico consiste en aislar a *C. Trachomatis* del tejido infectado en un cultivo celular. Una alta proporción de anticuerpos en el examen de linfogranuloma venereo ayuda en la confirmación de una diagnosis clínica. Es importante excluir la sífilis por medio de exámenes serológicos.

**Tratamiento:** Tetraciclina 500 mg oralmente 4 veces al día por un mínimo de 14 días. Alternativamente: eritromicina 500 mg 4 veces al día por 14 días, sulfametoxazole 1 gr oralmente 2 veces al día por 14 días, doxicilina 100 mg oralmente 2 veces al día por 14 días.

**Pronóstico:** El pronóstico es bueno, siempre y cuando la enfermedad sea diagnosticada a tiempo, y los casos con adenopatía inguinal responden bien, mientras que las lesiones posteriores son escasas y moderadas. Sin embargo, el pronóstico para las subsiguientes etapas incluso con un tratamiento antimicrobiano prolongado, no se considera satisfactorio. (2,6,7,9,18)

## 5. CHANCRO

El chancro, debido a *Haemophilus Ducreyi*, es una enfermedad localizada en países húmedos y calurosos; es común en Africa, Sudamérica y en el Lejano Oriente. En muchas zonas resulta ser bastante común con sus consecuencias serias y desfigurantes. Se considera un problema serio de salud pública.

**Síntomas:** El periodo de incubación es normalmente de 1 a 28 días. Los pacientes se presentan normalmente con múltiples úlceras genitales dolorosas. En los hombres, se localizan en la abertura prepucial, en el glande o

en el cuerpo del pene. Podría infectarse el ano en los hombres homosexuales. La recuperación es lenta, aparentemente independiente del tratamiento y en más del 50% de los pacientes, se desarrolla una linfadenopatía inguinal, que podría progresar hasta formarse un absceso.

**Diagnóstico:** El aislamiento primario de las lesiones genitales, usando medios especiales, tiene éxito en el 90% de los casos, pero requiere un tratamiento adecuado desafortunadamente estas técnicas especializadas no están disponibles a menudo en los países en vías de desarrollo en donde la enfermedad es común; se debe realizar una diagnosis clínica sola.

**Tratamiento:** Cotrimoxazole 4 tabletas 2 veces al día por 7 días o eritromicina 500 mg via oral 4 veces al día por 7 a 10 días. Los abscesos inguinales fluctuantes deberían ser aspirados a través de la piel saludable.

**Pronóstico:** Una vez que se encuentra la droga apropiada, la proporción de curación está normalmente sobre el 90%. Sin embargo, la mayoría de las drogas no darán buenos resultados. Las lesiones comienzan a sanar entre los 9 y 11 días de iniciar el tratamiento efectivo. la linfadenopatía inguinal toma entre 10 y 13 días para sanar. (2,6,7,8,9,18)

#### 6. DENOVANOSIS (GRANULOMA INGUINAL):

La denovanosis (originalmente llamada granuloma inguinal) es causada por el bacilo gram negativo Calymatobacterium (Donovania) Granulomatis. Se localiza en áreas tropicales y subtropicales. Algunas autoridades han cuestionado el hecho de que sea una enfermedad transmitida sexualmente; ciertamente no es muy contagiosa.

**Síntomas:** El período de incubación varía entre unos pocos días y aproximadamente 2 meses. Las lesiones comienzan como pápulas no dolorosas, las cuales se pueden ulcerar y lentamente convertirse en tejido de granulación. Se esparce llegando a cubrir zonas



mayores. La parte externa de los genitales es la zona mayormente afectada, pero al ano también puede presentar infección en los homosexuales.

**Diagnóstico:** Las raspaduras del borde de una úlcera coloreadas por el método de Wright, Giemsa o Leishman mostrarán los cuerpos de Donovan.

**Tratamiento:** Tetraciclina 500 mg vía oral 4 veces al día por 3 semanas. Alternativas: Cloranfenicol 500 mg vía oral 3 veces al día o gentamicina 1 mg/kg/día IM 2 veces al día por 3 semanas. (2,6,7,9,18)

## 7. HERPES GENITAL

El virus del herpes simple ocurre en 2 formas. El tipo 1 es generalmente responsable de las infecciones orales, aunque causa entre 10 y 20% de las infecciones genitales, mientras que el tipo 2 es normalmente recuperado solo en las infecciones genitales.

**Síntomas:** El herpes es la causa más común de ulceración genital en las sociedades industrializadas. El periodo de incubación es normalmente de 3 a 5 días. La quemazón prodromática de la piel es normalmente seguida por la aparición de vesículas agrupadas las cuales se rompen para formar vesículas planas muy dolorosas. En los hombres las áreas normalmente afectadas son el glande, el prepucio, o el cuerpo del pene. Entre los homosexuales es común observar una infección perianal. Además se puede observar: malestar, fiebre, retención urinaria, estreñimiento y anestesia perigenital. Un ataque inicial de herpes genital dura de 2 a 3 semanas. Aproximadamente un 75% de los pacientes desarrollan ataques recurrentes, los cuales ocurren en intervalos irregulares. las recurrentes son menos severas, y duran menos que la infección inicial.

**Diagnóstico:** El diagnóstico se basa en la aparición clínica. Los cultivos virales suministran confirmación. Es más fácil recobrar el virus de las úlceras tempranas que de las tardías.

**Tratamiento:** Se deberán lavar las lesiones con solución salina frecuentemente. El aciclovir es una droga antiviral que de ser utilizada en el comienzo disminuirá la severidad y duración del ataque del herpes genital; no evitará las recurrencias. Se puede suministrar aciclovir oral, 200 mg 5 veces al día por 5 días. Alternativamente, se aplica aciclovir crema al 5% en las lesiones cada 4 horas por 5 a 7 días. El uso de aciclovir para los ataques recurrentes de herpes está menos establecido.

**Pronóstico:** Los ataques iniciales normalmente sanan en el período de 14 a 21 días y los ataques recurrentes en 5 a 10 días. El tratamiento simplemente acelera este proceso. Las recurrencias podrían continuar por meses o años. (2,6,7,9,18)

## VI. METODOLOGIA

A. TIPO DE ESTUDIO: El presente estudio fue clasificado como descriptivo.

B. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION:

INCLUSION: Se incluyó a trabajadores migrantes de corte de caña que laboran en los 5 ingenios azucareros del Distrito de Santa Lucía Cotzumalguapa, durante el mes de mayo de 1993, de sexo masculino.

EXCLUSION: Se excluyeron a todos aquellos trabajadores que no cumplan con los criterios antes descrito.

C. MUESTRA: Se tomará una muestra de 345 trabajadores migrantes seleccionada al azar, según calculo realizado por medio de la fórmula aplicada para el objeto. (Para detalles de cálculo ver anexo No. 1)

D. RECURSOS:

1. Materiales:

a. Económicos.

- b. Físicos: - 5 Ingenios Azucareros del Distrito de Salud de Santa Lucía Cotzumalguapa, Escuintla.
- Boleta de recolección de datos.
  - Vehículo para transporte y combustible.
  - Libros y revistas consultadas para revisión bibliográfica.
  - Material y equipo de escritorio
  - Computadora
  - Diskettes

2. Humanos: - Estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas con curriculum cerrado
- Médico asesor
  - Médico revisor
  - Trabajadores Migrantes

E. DEFINICION DE TERMINOS:

CREENCIAS:

\*Conceptual: Los elementos subjetivos que se generan en la colectividad y su firme conformidad y asentamiento con alguna cosa o hecho, lo que una



persona tiene por cierto, pero no comprobado bajo el rigor científico.

-Operacional: De acuerdo a las respuestas directas de las preguntas de la boleta de recolección de datos.

-Escala de Medición: Nominal, de acuerdo a las respuestas de dichas preguntas.

#### Actitud

Conceptual: Disposición psíquica específica hacia una experiencia reciente mediante la cual ésta es modificada, o sea un estado de preparación para cierto tipo de actividad.

Operacional: De acuerdo a la información obtenida a las preguntas de la boleta de recolección de datos.

Escala de Medición: Nominal, según las respuestas dadas y las preguntas se clasifica en positiva, negativa y neutra.

#### Práctica

- Conceptual: Momento del proceso fenoménico que se concretiza en acción.

- Operacional: Respuestas directas a las preguntas de la boleta de recolección de datos.

- Escala de Medición: Nominal de acuerdo a las respuestas dadas.

#### Edad

- Conceptual: Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha en que se realiza la entrevista.

- Operacional: Respuestas directas a la pregunta específica de la boleta de recolección de datos.

#### Edad

- Conceptual: Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha en que se realiza la entrevista.

- Operacional: Respuestas directa a la pregunta específica de la boleta de recolección de datos.

- Escala de Medición: Nominal: En años.

#### Escolaridad

- Conceptual: Grado alcanzado del conjunto de conocimientos y métodos para el desarrollo de las facultades intelectuales por medio de aprendizaje.
- Operacional: Respuestas directas a la pregunta específica de la boleta de recolección de datos.
- Escala de Medición: Nominal: Analfabeta, Primaria (completa, incompleta); secundaria (completa, incompleta); diversificado.

#### Estado Civil:

- Conceptual: Condición en la que se encuentra determinado sujeto con respecto a su libertad de elección marital.
- Operacional: Respuesta directa a la pregunta específica de la boleta de recolección de datos.
- Escala de Medición: Nominal: Soltero, Casado.

#### Religión:

- Conceptual: Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad y de las prácticas rituales para darle culto.
- Operacional: Respuesta directa a la pregunta específica de la boleta de recolección de datos.
- Escala de Medición: Nominal: Católica, Evangélica, Ninguna, Otra.

#### Lugar de Origen:

- Conceptual: Lugar que determina historia y tradiciones comunes en un grupo de individuos.
- Operacional: Lugar que refiera en la pregunta específica de la boleta de recolección de datos.
- Escala de Medición: Nominal: Departamento de origen.

**Práctica Sexual:**

- **Conceptual:** Intercambio sexual hacia otros individuos que puede variar de acuerdo a si se efectúa con el mismo sexo (homosexual), diferente sexo (heterosexual), y tener intercambio con ambos sexos (bisexual)
- **Operacional:** Respuest directa a pregunta específica de la boleta de recolección de datos.
- **Escala de Medición:** Nominal: Heterosexual, homosexual , bisexual.
- **Promiscuidad:**
- **Conceptual:** Tener muchos compañeros (as) de actividad sexual.
- **Operacionalidad:** Respuesta directa a preguntas específicas de la boleta de recolección de datos.
- **Escala de Medición:** Nominal de acuerdo a las respuestas obtenidas.

**Enfermedades de Transmisión Sexual**

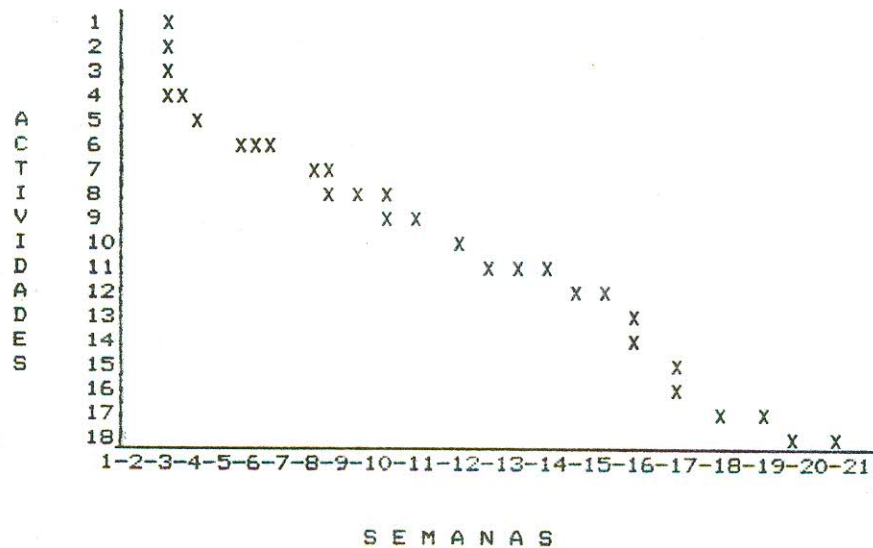
- **Conceptual:** Enfermedad resultado de relaciones sexuales con una persona infectada.
- **Operacional:** Respuestas directas a las preguntas específicas de la boleta de recolección de datos.
- **Escala de Medición:** Nominal, de acuerdo a las respuestas obtenidas.



**F. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

1. Selección del tema del proyecto de investigación.
2. Elección del revisor y asesor.
3. Recopilación de material bibliográfico.
4. Elaboración de proyecto conjuntamente con asesor y revisor.
5. Aprobación del proyecto por la coordinación de tesis.
6. Revisión y corrección del proyecto de tesis por la organización panamericana de la salud.
7. Corrección del proyecto de tesis.
8. Falta de financiamiento para proyecto de tesis por parte de OPS.
9. Cambio de enfoque de proyecto de tesis.
10. Aprobación del nuevo proyecto por la coordinación de tesis.
11. Ejecución del trabajo de campo.
12. Procesamiento de los datos, elaboración de cuadros.
13. Análisis y discusión de resultados.
14. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
15. Elaboración del informe final para corrección.
16. Aprobación de informe final.
17. Impresión del informe final y trámites administrativos.
18. Examen público y defensa de la tesis.

## GRAFICA DE GANTT



VII. PRESENTACION DE RESULTADOS



CUADRO No. 1

Distribución por grupo Etéreo de los trabajadores migrantes que laboran en los 5 ingenios azucareros del municipio de Santa Lucía Cotzumalguapa, Escuintla, incluidos en el estudio

CREENCIAS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL. Mayo 1, 993.

EDADES AÑOS	NUMERO	%
10 - 19 a.	78	23
20 - 29 a.	93	27
30 - 39 a.	74	21
40 - 49 a.	61	18
50 - 59 a.	15	4
60 - 69 a.	24	7
TOTAL	345	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 2

Distribución de acuerdo al lugar de origen de los trabajadores migrantes que laboran en los 5 ingenios azucareros del municipio de Santa Lucía Cotzumalguapa, Escuintla, incluidos en el estudio

CREENCIAS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL. Mayo 1, 993.

DEPARTAMENTO	NUMERO	%
Quiché	249	72
Suchitepéquez	69	20
Retalhuleu	13	4
Mazatenango	6	2
Chimaltenango	6	2
Jutiapa	2	1
TOTAL	345	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO --No. 3

Distribución de acuerdo al grado académico cursado de los trabajadores migrantes que laboran en los 5 ingenios azucareros del municipio de Santa Lucía Cotzumalguapa Escuintla, incluidos en el estudio  
 CREENCIAS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL. Mayo 1,993.

ESCOLARIDAD	NUMERO	%
Analfabeta	224	65
Primaria Compelta	111	32
Primaria Completa	6	2
Secundaria Incompleta	4	1
Secundaria Completa	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>345</b>	<b>100</b>

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 4

Distribución de acuerdo al estado civil de los trabajadores migrantes que laboran en los 5 ingenios azucareros del municipio de Santa Lucía Cotzumalguapa, Escuintla, incluidos en el estudio  
 CREENCIAS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL. Mayo 1993.

ESTADO CIVIL	NUMERO	%
Soltero	160	46
Casado o unido	185	54
<b>TOTAL</b>	<b>345</b>	<b>100</b>

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 5

Distribución según edad del primer contacto sexual de los trabajadores migrantes que laboran en los 5 ingenios azucareros del municipio de Santa Lucía Cotzumalguapa, Escuintla, incluidos en el estudio CREENCIAS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL. Mayo 1993.

EDAD	NUMERO	%
10 - 19 a.	267	63
20 - 29 a.	89	26
No ha tenido.	39	11
<b>TOTAL</b>	<b>345</b>	<b>100</b>

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 6

Persona con quien tuvieron el primer contacto sexual los trabajadores migrantes que laboran en los 5 ingenios azucareros del municipio de Santa Lucía Cotzumalguapa, Escuintla, incluidos en el estudio CREENCIAS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL. Mayo 1993.

PERSONA	NUMERO	%
Prostituta	215	62
Novia	91	26
no ha tenido	39	11
<b>TOTAL</b>	<b>345</b>	<b>100</b>

FUENTE: Boleta de recolección de datos.



CUADRO No. 7

Tipo de relaciones sexuales actuales o anteriores de los trabajadores migrantes que laboran en los 5 ingenios azucareros del municipio de Santa Lucía Cotzumalguapa, Escuintla, incluidos en el estudio  
 CREENCIAS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE ENFERMEDADES DE TRANSMISION. Mayo 1993.

TIPO	NUMERO	%
Heterosexual	305	88
Bisexual	1	1
Homosexual	0	0
No ha tenido	39	11
TOTAL	345	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 8

Creencia sobre la parte del cuerpo que afectan las enfermedades de transmisión sexual de los trabajadores migrantes que laboran en los 5 ingenios azucareros del municipio de Santa Lucía Cotzumalguapa, Escuintla incluidos en el estudio  
 CREENCIAS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL. Mayo 1993

CREENCIAS	NUMERO	%
Cabeza	24	7
Sangre	28	8
Organos sexuales	52	15
No sabe	241	70
TOTAL	345	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 9

Creencia sobre las formas de transmisión de una enfermedad venérea de los trabajadores migrantes que laboran en los 5 ingenios azucareros del municipio de Santa Lucía Cotzumalguapa, Escuintla, incluidos en el estudio  
 CREENCIAS, ACTITUDES Y PRACTICA SOBRE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL. Mayo 1993.

CREENCIAS	NUMERO	%
Dándose la mano	11	3
Por ropa interior ajena	24	7
Por relaciones sexuales	67	20
No sabe	243	70
TOTAL	345	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 10

Actitud tomada al saber que se padece de una enfermedad de transmisión sexual de los trabajadores migrantes que laboran en los 5 ingenios azucareros del municipio de Santa Lucía Cotzumalguapa, Escuintla, incluidos en el estudio  
 CREENCIAS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL. Mayo 1993.

ACTITUD	NUMERO	%
No hace nada	276	71
Va al centro de Salud	54	16
Va a la farmacia	33	9
Toma remedio casero	9	3
Va al curandero	4	1
TOTAL	345	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 11

Creencia sobre el preservativo como protección para no infectarse con una enfermedad de transmisión sexual de los **trabajadores migrantes que laboran en los 5 ingenios azucareros del municipio de Santa Lucía Cotzumalguapa Escuintla**, incluidos en el estudio  
**CREENCIAS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL. Mayo 1993**

CREENCIAS	NUMERO	%
Si protege	62	18
No protege	7	2
No sabe	276	80
TOTAL	345	100

FUENTE: Boleta de Recolección de datos.

CUADRO No. 12

Prácticas sexuales actuales con prostitutas, de los **trabajadores migrantes que laboran en los 5 ingenios azucareros del municipio de Santa Lucía Cotzumalguapa, Escuintla**, incluidos en el estudio  
**CREENCIAS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL. Mayo 1993.**

PRACTICAS	NUMERO	%
Si tiene	215	62
No tiene	7	2
No ha tenido	39	11
TOTAL	345	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos.



CUADRO No. 13

Padecimiento de enfermedades de transmisión sexual y distribución porcentual de acuerdo al tipo, de los trabajadores migrantes que laboran en los 5 ingenios azucareros del municipio de Santa Lucía Cotzumalguapa, Escuintla, incluidos en el estudio  
 CREENCIAS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL. Mayo 1993.

AFECTADO	No.	%	TIPO					
			GONORREA		CHANCRO		IGNORADA	
			No.	%	No.	%	No.	%
si	57	17	15	26	9	16	33	58
no	288	83	--	--	-	--	--	--
TOTAL	345	100	15	26	9	16	33	58

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 14

Actitud tomada respecto a la necesidad de saber sobre enfermedades de transmisión sexual por los trabajadores migrantes que laboran en los 5 ingenios azucareros del municipio de Santa Lucía Cotzumalguapa, Escuintla incluidos en el estudio  
 CREENCIAS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL. Mayo 1993.

ACTITUD	NUMERO	%
Si es necesario	304	88
No es necesario	41	12
TOTAL	345	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

## VIII. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

## CUADRO No. 1

Se puede apreciar en este cuadro que el mayor porcentaje de trabajadores migrantes se encuentran en el grupo etáreo que corresponde al rubro de la edad productiva comprendido entre los intervalos de 10 a 39 años en un 71%, siendo el menor de los entrevistados de 15 años y el mayor de 65 años.

## CUADRO No. 2

En cuanto al origen de los trabajadores migrantes que laboran en los ingenios azucareros de Santa Lucía Cotzumalguapa, Escuintla se puede observar que la mayoría correspondiente al 72% proviene del departamento de Quiché, le sigue en orden descendente Suchitepéquez 20%, Retalhuleu 4%, Mazatenango y Chimaltenango 2% y Jutiapa 1%.

## CUADRO No. 3

El problema educacional establecido en todo el territorio de Guatemala, se ve reflejado claramente en este grupo de personas, ya que el 65% de los sujetos incluidos en el estudio son analfabetas, 32% cursó algún grado de la educación primaria, solamente 2% completó la misma y el 1% correspondiente a 4 personas del total inició estudios de secundaria sin complementarlos.

## CUADRO No. 4

Muestra el estado civil del grupo de estudio en donde el 54% resultaron ser casados y 46% solteros, como se verá posteriormente debido a las malas prácticas sexuales de estas personas, el hecho de que el mayor porcentaje sea casado o unido aumenta el riesgo de implicar a otras personas con las enfermedades de transmisión sexual.

## CUADRO No. 5 y CUADRO No. 6

Este cuadro nos muestra que la mayoría correspondien-

diente a un 63% del grupo estudiado inician con una vida sexual activa desde temprana edad, sin conocimiento alguno de los problemas que estas prácticas les pueden ocasionar, pues como puede apreciarse en el cuadro No. 6, la persona con quien generalmente se tiene el primer contacto sexual es una prostituta, 62% de los sujetos entrevistados así lo declararon. Los restantes correspondientes al 26% tienen el primer contacto sexual entre los 20 y 29 años de edad, y solamente un 11% no ha tenido contacto sexual alguno.

#### CUADRO No. 7

Este cuadro nos muestra que la práctica sexual en este grupo de personas es casi en su totalidad heterosexual (88%), se tiene este resultado pues un 11% aun no tiene vida sexual activa y solamente el 1% correspondiente a 2 personas del total de los sujetos a estudio declararon ser bisexuales.

#### CUADRO No. 8

Se nos ilustran las creencias de las personas sobre las partes del cuerpo que afectan las enfermedades de transmisión sexual. El 70% declaró no saber nada al respecto, 15% respondieron que los órganos sexuales, 8% la sangre y 7% la cabeza.

Por tratarse de encuestas con preguntas directas a cada individuo, puede establecerse que solamente el 15% que respondieron que estas enfermedades afectan los órganos sexuales son los que están conscientes de que estas enfermedades producen daño a la salud.

#### CUADRO No. 9

Con respecto a la forma de transmisión de las enfermedades venéreas, la mayoría del grupo en estudio refirió desconocerla, las creencias que existen son: por relaciones sexuales 20%, por prendas íntimas 7% y dándose la mano 3%. Otra creencia es que puede transmitirse por medio de un sanitario contaminado.

## CUADRO No. 10

Este cuadro nos muestra la actitud de este grupo de personas al darse cuenta que padece de alguna enfermedad de transmisión sexual (previa explicación), el 71% toma una actitud no adecuada pues no le dan la debida importancia y no hacen nada por solucionar el problema lo hace mediante formas inadecuadas pues entre las medidas que adoptan están: acudir a la farmacia, tomar remedios caseros o consultar a un curandero. Unicamente un 16% toma una actitud positiva acudiendo al centro de salud cuando presentan un problema de esta indole.

## CUADRO No. 11

Nos muestra en forma definitiva el gran problema educacional respecto a la forma de protegerse de una enfermedad de transmisión sexual cuando se tiene el riesgo de contraerse como lo es con el uso de preservativo, ya que el 80% de este grupo de personas que como lo veremos en el siguiente cuadro por sus prácticas sexuales se convierte en un grupo de alto riesgo y desconocen el preservativo como forma de protección contra este tipo de enfermedades, 18% afirmó que era una forma de protección y 2% no lo consideró así.

## CUADRO No. 12

Nos muestra un alto porcentaje de promiscuidad entre este grupo de personas, pues 62% de los sujetos incluidos en el estudio declararon tener relaciones sexuales con prostitutas, si agregamos a esto que el 54% de los mismos son casados o unidos, podemos darnos cuenta que no solamente estas personas están involucradas pues las parejas de los mismos son igualmente afectados, así como pueden verse afectados sus hijos por las inadecuadas prácticas sexuales.

Un 26% declaró no tener relaciones sexuales con prostitutas pero generalmente se trata de las personas de mayor edad.

## CUADRO No. 13

Este cuadro nos muestra que porcentaje y qué enfermedades de transmisión sexual son las más frecuentes en



este grupo. Aunque un 83% declaró no haber padecido de ninguna enfermedad de este tipo, debe tomarse en cuenta el subregistro que puede existir ya que como se describió en el cuadro No. 10 el 71% no asisten a los servicios de salud, y el 13% toman medidas inadecuadas.

Del 17% correspondiente a 57 personas que sabe que padecieron de alguna enfermedad de transmisión sexual el 33% ignoran el tipo de enfermedad. 26% fue Gonorrea y 16% Chancro.

#### CUADRO No. 14

En este cuadro se puede observar que a pesar de la falta de educación y de todos los problemas que afectan a este grupo de personas, el 88% tienen una actitud positiva por querer ampliar sus conocimientos en cuanto a las enfermedades de transmisión sexual; sin embargo es un grupo de personas que a través del tiempo se ha dejado sin cobertura por parte de los servicios de salud.

## IX. CONCLUSIONES

1. Los trabajadores migrantes pertenecen a un grupo de personas que poseen información casi nula de lo que es una enfermedad de transmisión sexual, una de las principales causas que inciden en éste lo constituye el bajo nivel educativo, ya que la mayoría de estas personas son analfabetas y el resto solamente ha cursado parte de la educación primaria. Tomando en cuenta que la información sobre enfermedades de transmisión sexual generalmente se encuentra en forma escrita, es lógico que no adquieran información.
2. La mayoría de los trabajadores migrantes ignoran sobre la forma de transmisión, métodos profilácticos como el preservativo y tipo de tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual. En un 30% prevalecen las creencias y los mitos.
3. Las prácticas sexuales de los trabajadores migrantes los convierten en un grupo de alto riesgo para adquirir y transmitir enfermedades de transmisión sexual. Entre estas prácticas se encuentran: inicio de una vida sexual activa a temprana edad, alto porcentaje de promiscuidad (relaciones sexuales con prostitutas) y desconocimiento de métodos profilácticos para no contraer enfermedad.
4. El desconocimiento de todo lo referente a las enfermedades de transmisión sexual no es resultado de la falta de interés de los trabajadores migrantes, si no inaccesibilidad a las fuentes de información, ya que la actitud tomada respecto a la necesidad de saber sobre enfermedades de transmisión sexual es positiva en este grupo.

## X. RECOMENDACIONES

1. Que en el municipio de Santa Lucía Cotzumalguapa, Escuintla, a través del Ministerio de Salud y Asistencia Social se formulen estrategias, programas y acciones sobre la problemática referente a las enfermedades de transmisión sexual, las cuales sean dirigidas a grupos de alto riesgo de adquirir estas enfermedades, incluyendo a los trabajadores migrantes.
2. Que todo personal de salud del municipio de Santa Lucía Cotzumalguapa, participe activamente en la educación sanitaria básica, incluyendo enfermedades de transmisión sexual de los trabajadores migrantes, pues estas personas permanecen en dicho municipio la mayor parte del año y deben ser considerados como residentes del mismo.
3. Promover la participación intersectorial, y así tratar de disminuir todos aquellos factores que influyen para que estas personas se conviertan en un grupo de riesgo de contraer y transmitir enfermedades infecciosas, especialmente las enfermedades de transmisión sexual, y consecuentemente el logro de mejoras de vida en la misma.
4. Realizar un trabajo complementario al presente estudio para investigar la prevalencia de enfermedades de transmisión sexual, pues están indicados los estudios de laboratorio en masa en un grupo de riesgo de contraer y transmitir estas enfermedades.

## XI. RESUMEN

La presente investigación de tipo descriptivo, tuvo por objeto determinar los conocimientos, actitudes y prácticas respecto a las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) en 345 trabajadores migrantes, producto de una muestra al azar de dichas personas que laboran en los 5 ingenios azucareros de Santa Lucía Cotzumalguapa, Escuintla.

La metodología utilizada fueron entrevistas dirigidas con ayuda de un cuestionario.

Al inicio del estudio no se tenía ningún dato respecto a los trabajadores migrantes, pero debido a que se conocen algunas características de estas personas consideradas como desfavorables para el logro de un bienestar físico, psíquico y social, era necesario un estudio que demostrara la realidad de estas personas.

En el estudio se comprobó que la población estudiada en su mayor porcentaje se encuentra en la edad reproductiva, originarios del Quiché. Las prácticas sexuales de estas personas las convierten en un grupo de riesgo para adquirir y transmitir ETS, como lo son el inicio de una vida sexual activa contribuyen a esto la ignorancia respecto a la forma de transmisión, tratamiento y métodos profilácticos de dichas enfermedades.

Todo lo anterior es producto de una falta de educación, pues la mayoría de estas personas son analfabetas y sin accesibilidad a las fuentes de información.



## XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual en Gente Joven. Junio, 1988 p.p. 607-608.
2. Cecil. Tratado de Medicina Interna. Edición Decimoséptima. Editorial Interamericana, México, D.F. 1987. 2 Tomos.
3. De León Solano. E. R. Factores de Riesgo de Morbilidad en trabajadores Agrícolas. Tesis (Médico y Cirujano). UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1989 p.p. 19-23.
4. Farrow. J. Chlamidia Trachomatis in Adolescent and Genital Human Papiloma Virus in Adolescent. The Medical Clinical of North America. September, 1990. 240 p.
5. Guatemala, UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS, Facultad de Ciencias Médicas, Fase II. Los Trabajadores Temporales en la Agricultura Centroamericana. Guatemala, 1984, p.p. 5-8.
6. Harrison, et al. Principios de Medicina Interna. Undécima Edición, Editorial Interamericana. México, D.F. 1988. Tomo I.
7. Lassus. A. V. et al. Resumen Presentado en el Congreso Mundial sobre Enfermedades de Transmisión Sexual. Paris. 1986.
8. Mc Henry, M. Sexually Transmitted Diseases in The Female and Men. The Medical Clinical of North America. January 1983 p.p. 221-251.
9. Merck. Manual de Diagnóstico y Terapéutica. Octava Edición. Editorial Doyma. España. 1989. p.p 253-276.
10. Ministerio de Salud Pública. Sector Salud. del Departamento de Escuintla, Guatemala. Proyecto Prevención y Control del Proceso Salud Enfermedad en la Población Migrante. Escuintla, Julio 1992. p.p 10-30.

11. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social D.G.S.S. Manual de Normas y Procedimientos en la Vigilancia y Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual (Incluye SIDA). Guatemala, 1990. 71p.
12. Noble, R. Sexually Transmitted Diseases. Second Edition. New York, January, 1982. 421 p.
13. Organización Mundial de la Salud. Aspectos Sociales y Sanitarios de las Enfermedades de Transmisión Sexual. Ginebra, 1987. 62p.
14. Organización Mundial de la Salud. Manual de Encuestas sobre Conocimientos, Actitudes, Creencias y Prácticas sobre Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA. México, 1990.
15. Organización Mundial de la Salud. Manual de Encuestas sobre Conocimientos, Actitudes, Creencias y Prácticas sobre Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA. México.
16. Organización Mundial de la Salud. Pautas Simplificadas para el Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual a nivel de la Atención Primaria en Salud. Informe de un grupo de trabajo de la OMS. Ginebra, 1984. 71p.
17. Organización Panamericana de la Salud. Programa de VIH y Enfermedades de Transmisión Sexual. Declaración de Kingston sobre intervenciones de conducta y para prevención de ETS y VIH/SIDA. Jamaica, 1990. 9p.
18. Pfizer. Una Guía para el diagnóstico, el tratamiento y control de las ETS. Nueva York, 1988. p.p. 4-24

19. Polanco Gudiel, E. J. Conocimientos, Actitudes, Creencias y Prácticas sobre Enfermedades de Transmisión Sexual en Prostitutas. Tesis (Médico y Cirujano) UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, Agosto, 1991. 43 p.
  
20. Rojas Soriano, R. Guía para realizar Investigaciones Sociales. Primera Edición. Editorial Plaza y Valdez. México, 1987.
  
21. Rytel M. W. Mogabgab W., J. Manual de Enfermedades Infecciosas Primera Edición en Español. Editorial Interamericana. México, D.F. 1986 p.p. 180-185.

## XIII. ANEXOS



## ANEXO No. 1

## CALCULO DE LA MUESTRA

Se utilizó la fórmula estadística siguiente:

$$n = \frac{Z^2(pq)}{E^2}$$

Donde:

- Z: Nivel de confianza, se tomó con 95%.
- p: y q: Variabilidad del fenómeno estudiado, se le asignó 0.5 a cada una.
- E: Precisión para generalizar resultados, se le asignó 5% (0.05)

Substituyendo:

$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(0.05)^2} = 384$$

Utilizando el factor de corrección finito, la muestra obtenida se transforma en muestra final así:

$$n = \frac{n}{1 + \frac{n-1}{N}}$$

Donde:

- n<sub>i</sub>: Muestra inicial.
- N: Población.

Substituyendo:

$$n = \frac{384}{1 + \frac{384-1}{3340}} = 345$$

## ANEXO No. 2

## CREENCIAS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE ETS

1. **Edad:**
2. Lugar de Origen:
3. Escolaridad:
  - a. Analfabeta
  - b. Primaria completa
  - c. Primaria incompleta
  - d. Secundaria completa
  - e. Secundaria incompleta
  - e. Diversificado
4. Estado Civil:
  - a. Soltero
  - b. Casado o unido
5. Edad del primer contacto sexual:
6. Persona con quien lo realizó:
  - a. Novia
  - b. Familiar
  - c. Prostituta
  - d. Otro
7. Tiene relaciones sexuales con:
  - a. Una sola pareja
  - b. Una pareja diferente
  - c. No tiene
8. Relaciones sexuales actuales o anteriores con:
  - a. Sexo opuesto
  - b. Mismo sexo
  - b. Ambos sexos
  - c. No ha tenido
9. Ha oído hablar de las enfermedades venéreas:
  - a. Si
  - b. No
10. Qué parte del cuerpo atacan las enfermedades venéreas:
  - a. Cabeza
  - b. Sangre
  - c. Organos Sexuales
  - c. Ignora
11. Se puede contagiar una persona de enfermedad venérea en un sanitario.
  - a. Si
  - b. No
  - c. No sabe
12. Cómo se transmiten las enfermedades venéreas:
  - a. Dándose la mano
  - b. Por ropa interior ajena
  - c. Por relaciones sexuales
  - d. Ignora

