

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE SIDA  
EN TRABAJADORAS DEL SEXO**

Estudio realizado en 91 Trabajadoras del sexo en  
la población de la Ciudad de Coatepeque Abril  
de 1994, 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**

**EDGAR ISAI ROSMUNDO CAPUL**

En el acto de su investidura de:

**MEDICO Y CIRUJANO**

GUATEMALA, JUNIO DE 1994.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Biblioteca Central



D2  
05  
+ (7052)

FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 14 de junio

de 1994

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

Se informa que el: BACHILLER EDGAR ISAI ROSMUNDO CAPUL.  
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos  
Carnet No. 8812998  
completos


Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:

" CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE SIDA EN TRABA-  
JADORAS DEL SEXO."

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

  
Firma del estudiante

  
Asesor  
Firma y sello personal

  
Revisor  
Firma y sello  
Registro Personal

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: EDGAR ISAI ROSMUNDO CAPUL

Carnet Universitario No. 88-12998

Previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en su Examen General  
Público ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:  
"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE SIDA EN TRABAJADORAS  
DEL SEXO"

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, 14 de junio de 1994

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

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

I M P R I M A S E :

  
Dr. Jafeth Antonio Cabrera Franco  
DECANO



TESIS QUE DEDICO

**A DIOS:** *Fuente de vida, esperanza y verdad, guía de nuestro camino.*

**A LA VIRGEN MARIA.**

**A MIS PADRES:** - Edgar Esteban Rosmundo.  
- Gloria Hilda Capul.  
*Por su amor, paciencia, comprensión, y el apoyo brindado para alcanzar este momento.*

**A MIS HERMANOS:** - Brenda; *compañía inigualable.*  
- Estuardo: *en quién tengo fe.*  
- Y Patricia.

**A MI ABUELA:** - Alicia de Jesús.  
*Mujer ejemplar.*

**A MIS AMIGOS:** *Por los momentos inolvidables.*

**MUY ESPECIALMENTE A:**

- Byron Leiva  
- Juan Miguel Calvo  
- Carlos Prah  
- Silvia Cabrera  
*Por su amistad sincera y apoyo incondicional.*

**A LA GLORIOSA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS.**

**AL COLEGIO LICEO JAVIER.**

**AL PACIENTE:** *Inagotable fuente de interés y conocimiento.*

**A TODOS QUIENES CONTRIBUYERON CON MI FORMACION.**

**A USTED QUE RECIBE ESTA TESIS:**  
*Muy respetuosamente.*



# INDICE

|   | Página |
|---|--------|
| I. INTRODUCCION.....  | 1      |
| II. DEFINICION DEL PROBLEMA.....  | 2      |
| III. JUSTIFICACION.....   | 4      |
| IV. OBJETIVOS.....  | 5      |
| V. MONOGRAFIA DEL MUNICIPIO DE COATEPEQUE.....                              | 6      |
| VI. FUNDAMENTOS TEORICOS.....   | 8      |
| A. CREENCIAS, ACTITUDES Y PRACTICAS.....                                    | 8      |
| B. COMERCIO SEXUAL.....   | 8      |
| 1. Causas.....  | 8      |
| 2. Aspectos negativos de trabajadora del sexo..                             | 9      |
| 3. Aspectos positivos de trabajadora del sexo..                             | 9      |
| C. SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.....                             | 9      |
| 1. Definición de Síndrome de inmunodeficiencia<br>adquirida.....            | 9      |
| 2. Definición de un caso de SIDA.....                                       | 10     |
| 3. Historia.....  | 11     |
| 4. Epidemiología.....   | 12     |
| 5. Situación del SIDA en el mundo.....                                      | 13     |
| 6. Situación en América.....  | 13     |
| 7. Situación del SIDA en Guatemala.....                                     | 13     |
| 8. Patrón de transmisión del SIDA.....                                      | 14     |
| 9. Patrón epidemiológico.....   | 14     |
| 10. Infección por VIH, SIDA en grupos selectos<br>de América latina.....    | 15     |
| 11. Predicciones en América latina.....                                     | 15     |
| 12. Fisiopatogenia.....   | 15     |
| 13. Efecto sobre el sistema inmunológico.....                               | 17     |
| 14. Manifestaciones clínicas.....   | 18     |
| 15. Diagnóstico.....  | 19     |
| 16. Tratamiento.....  | 20     |
| 17. Prevención.....   | 21     |
| D. USO DEL PRESERVATIVO.....  | 22     |
| E. EDUCACION.....   | 23     |
| F. PARTICIPACION DE TRABAJADORAS DEL SEXO EN LA<br>PREVENCION DEL SIDA..... | 24     |
| G. TRABAJOS RELACIONADOS.....   | 25     |
| 1. Estudios nacionales.....   | 29     |
| VII METODOLOGIA.....  | 31     |
| A. TIPO DE ESTUDIO.....   | 31     |
| B. SUJETO DE ESTUDIO.....   | 31     |
| C. TAMAÑO DE LA MUESTRA.....  | 31     |
| D. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION.....                                  | 31     |
| E. VARIABLES.....   | 31     |

|       |  |    |
|-------|--|----|
| F.    | RECURSOS.....                                | 34 |
|       | 1. Materiales.....                           | 34 |
|       | a. Económicos.....                           | 34 |
|       | b. Físicos.....                              | 34 |
|       | 2. Humanos.....                              | 35 |
|       | 3. legales.....                              | 35 |
| G.    | PLAN PARA LA RECOLECCION DE DATOS.....       | 35 |
| H.    | EJECUCION DELA INVESTIGACION.....            | 36 |
|       | 1. Gráfica de Gant.....                      | 37 |
| VIII. | HIPOTESIS.....                               | 38 |
|       | A. ANALISIS DE DATOS.....                    | 38 |
| IX.   | PRESENTACION DE RESULTADOS.....              | 40 |
| X.    | ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.....      | 50 |
| XI.   | CONCLUSIONES.....                            | 54 |
| XII.  | RECOMENDACIONES.....                         | 55 |
| XIII. | RESUMEN.....                                 | 56 |
| XIV.  | REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....              | 57 |
| XV.   | ANEXOS.....                                  | 61 |
|       | 1. Cuestionario.....                         | 62 |
|       | 2. Clave de corrección del cuestionario..... | 65 |
|       | 3. Mapa del municipio de Coatepeque.....     | 66 |

## I. INTRODUCCION

Es un hecho que el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), se ha constituido en la pandemia del siglo XX. Han transcurrido once años desde que se aisló el agente viral de este síndrome y los datos estadísticos a nivel mundial estiman que hay aproximadamente 10 millones de personas infectadas en todo el mundo. Hasta 1,993 se contaba la cifra de 611,589 casos notificados de esta enfermedad; 331,484 de ellos provenientes de América.

En Guatemala, hasta Septiembre de 1,993, se habían identificado 981 personas infectadas por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), la cantidad de personas que se dedican al comercio del sexo y que están infectadas, es inestimable, sin embargo por el tipo de comportamiento sexual que practican, unido a la información o desinformación que tienen en relación al SIDA, las categoriza como personas de mayor riesgo.

Actualmente no hay tratamiento efectivo para este síndrome, sólo se cuenta con la divulgación de medidas preventivas para el control de la difusión del virus, el cual presenta una virulencia del 100% de letalidad con grandes repercusiones emocionales y socioeconómicas en la población en general y en la económicamente activa.

El estudio es observacional descriptivo, utilizando como instrumento de investigación una boleta de encuesta que fue leída por el investigador a cada una de las trabajadoras del sexo que participó voluntariamente en el estudio, en la ciudad de Coatepeque.

Siendo la educación el nivel más efectivo para la prevención de esta enfermedad, al detectar y describir; los conocimientos, actitudes y prácticas (CAPs) de las trabajadoras del sexo en torno al SIDA, se pudo interpretar y analizar la información, que generó los elementos necesarios para elaborar el perfil de las CAPs de la población estudiada.

Se encontró que la población estudiada respondió acertadamente (82.42%) en cuanto a las formas de transmisión comprobadas científicamente. Así también 45.88% de las respuestas se refirió a formas de transmisión no aceptadas científicamente. En suma el 47.25% de las encuestadas tiene buen conocimiento acerca de prevención, transmisión y riesgo de contraer SIDA. En general poseen una actitud positiva frente al fenómeno del SIDA aunque aparentemente la misma está relacionada con el temor a la enfermedad y no tanto con el conocimiento de la misma.

Recomendándose efectuar investigaciones de este tipo en la población guatemalteca que generen los elementos puntuales para hacer los correctivos en los programas que existen, así como la evaluación sistemática de los mismos.



## II. DEFINICION DEL PROBLEMA

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida humana (SIDA) es una infección caracterizada por una anomalía en el sistema inmunológico en el ser humano, al ser infectado por un retrovirus: El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que convierte al individuo afectado en vulnerable a padecimientos de infecciones oportunistas producidas por: Protozoarios, mycobacterias, hongos y virus, los cuales no constituirían una amenaza para personas cuyo sistema inmunológico funciona normalmente; además el desarrollo de neoplasias malignas no comunes tales como : Linfoma de células B y Sarcoma de Kaposi. (3)

El VIH ha infectado a más de diez millones de personas, produciendo 811,589 enfermos de SIDA (hasta marzo de 1993). Más del 50% han sido reportados en América. En Guatemala hasta septiembre de 1993 se han reportado 460 casos de SIDA y 501 asintomáticos VIH positivos (programa nacional de prevención y control del SIDA-DGSS).

La enfermedad no discrimina entre edad, sexo, condición económica, credo religioso, raza, estado civil y nivel de instrucción; sin embargo las estadísticas demuestran que la población económicamente activa que corresponde al grupo etáreo de mayor actividad sexual es el más afectado, existiendo una relación directa con prácticas y conductas identificadas de alto riesgo de contraer el VIH relacionadas con las vías de transmisión. (3)

En la población heterosexual guatemalteca se ha detectado el mayor número de casos de SIDA, y el grupo etáreo comprendido entre los 15-40 años aporta aproximadamente el 80% del total de casos. La vía de transmisión más importante en el mundo es la sexual. Proporción que es similar en Guatemala. (3)

La prostitución es un factor significativo en la transmisión sexual del VIH, lo que constituye uno de los grupos de alto riesgo de contraer esta enfermedad. Los programas de control de ETS en nuestro medio tienden a dedicar sus escasos recursos casi exclusivamente en la prestación de algún tipo de servicio o tratamiento; pero casi es nulo el aspecto educacional preventivo. (1)

En Guatemala el plan nacional a mediano plazo para la prevención del SIDA se orienta con un enfoque multisectorial y se propone lograr tres grandes objetivos: 1- prevenir la infección 2- reducir el impacto personal y social de la infección por VIH. 3- Movilizar y verificar los esfuerzos nacionales e internacionales para la lucha contra el SIDA. (3)



La lucha contra el SIDA ha tenido éxitos limitados debido a muchas razones entre ellas el aspecto cultural y comportamiento de los grupos de alto riesgo como las trabajadoras del sexo ya que éstas asisten a su control semanal al centro de salud para profilaxia sexual, con el único propósito de cumplir un requisito para evitar problemas con el dueño del establecimiento, la policía y el centro de salud. (1)

En otros países como Brasil se han hecho investigaciones respecto al conocimiento, actitudes, creencias y prácticas de las personas en alto riesgo de contraer infección respecto a estas enfermedades, lo que ha servido de base para diseñar programas y actividades educativas con el fin de combatir y disminuir la incidencia de esta enfermedad. (1)

La falta de acciones gubernamentales adecuadas en educación y prevención de SIDA ha motivado que organizaciones no gubernamentales tomen el liderazgo en las actividades preventivas y educativas, aunque en forma limitada, ya que los recursos obtenidos son limitados.

### III. JUSTIFICACION

Las enfermedades de transmisión sexual representan en nuestro país un serio problema social, sanitario de control y tratamiento que cada día va alcanzando proporciones inquietantes. El SIDA, siendo una de estas enfermedades, no discrimina entre edad y sexo y la población económicamente activa es la mayormente afectada. Se ha podido comprobar la existencia de una relación directa con prácticas y/o conductas de alto riesgo que ha permitido la identificación de grupos de alto riesgo de contraer el VIH y desarrollar SIDA como lo son las trabajadoras del sexo. (1,3)

En Guatemala como en muchas partes del mundo los factores de tipo socio-cultural condicionan y modifican de alguna manera la forma de pensar y proceder de la población respecto a un determinado fenómeno y el proceso de salud-enfermedad no escapa ante este tipo de influencia. (1)

Las políticas de prevención y educación son difíciles de definir y orientar, para ello se considera de suma importancia documentar acerca de las creencias, conocimientos, actitudes y prácticas con el fin de identificar e interpretar la relación que existe entre ellas con la salud en uno de los grupos de alto riesgo como lo son las trabajadoras del sexo en adquirir y transmitir SIDA, para crear programas de prevención y control realmente efectivos. (1,3)

#### IV. OBJETIVOS

##### -GENERAL:

- Determinar conocimientos, actitudes, prácticas y creencias relacionadas con SIDA, que poseen las trabajadoras del sexo; para facilitar la toma de medidas adecuadas en los programas de prevención sobre esta enfermedad.

##### -ESPECIFICOS:

- Evaluar el grado de conocimiento en las trabajadoras del sexo en cuanto a transmisión y prevención del SIDA.
- Identificar las actitudes tanto positivas como negativas adoptadas por las trabajadoras del sexo en cuanto a SIDA.
- Describir las diferentes prácticas sexuales de las trabajadoras del sexo que determinan el riesgo de adquirir y transmitir el SIDA.
- Identificar el tipo de creencias que determinan el comportamiento y conducta de las trabajadoras del sexo en lo referente a esta enfermedad.
- Demostrar que existe relación proporcional directa entre conocimiento científico básico sobre SIDA y escolaridad.
- Proporcionar a cada sujeto de estudio un plan educacional sobre características propias de la enfermedad y prevención de la misma.

## V. MONOGRAFIA DEL MUNICIPIO DE COATEPEQUE.

### A) Aspectos Geográficos

El municipio de Coatepeque, depto. de Quetzaltenango limita al Norte con los municipios de Pajapita, Nuevo Progreso y el Quetzal, al Sur con los depts. de Retalhuleu y San Marcos, al Oriente con Flores, Coloma y Génova Costa Cuca, al Occidente con Ocos y Pajapita.

Altura sobre el nivel del mar.....498 metros.  
Latitud.....14 42' 10''  
Longitud.....81 51' 40''  
Temperatura media.....24.5 Grados centígrados  
Precipitación fluvial media anual.....2927.0 mm.  
Humedad.....80%

Extensión territorial: 372 Kms. cuadrados, 1 ciudad, 11 barrios, 15 aldeas, 20 caseríos, 3 colonias urbanas, 2 parajes, 2 microparcelamientos agrarios, 2 sitios arqueológicos, 82 haciendas, 284 granjas, 95 labores y 24 fincas.

### B) Aspectos climatológicos

Temperatura máxima promedio anual oscila entre 32 y 33 grados centígrados. Temperatura mínima promedio anual oscila entre los 19 a 20 grados centígrados.

Los meses más calurosos son los de Marzo y Abril, meses más lluviosos: de Junio a Septiembre, meses más secos: Diciembre, Enero, Febrero, Marzo.

### C) Vías de comunicación

El municipio cuenta con vías de comunicación para transportarse de un lugar a otro: carretera asfaltada, vía férrea, vía aérea, carretera de terracería, veredas y caballería por medio de vehículos, ferrocarriles, avión, carretas, caballos y a pie.

Medios comunicativos: periódicos, radios, televisión, teléfono, revistas, iglesias, alcaldes auxiliares, Guatel, correos y telégrafos.

### D) Aspectos de población

Analfabetismo: un 70% de la población.....53,201  
Población Urbana un 40%.....30,401  
Población Rural un 60%.....45,601  
Número de familias.....14,523  
Mujeres.....37,545  
Hombres.....38,457  
Total de población.....76,002



|                                   |        |
|-----------------------------------|--------|
| Tasa bruta de mortalidad .....    | 7.07   |
| Tasa de mortalidad materna.....   | 1.01   |
| Tasa de mortalidad fetal.....     | 20.30  |
| Tasa de mortalidad perinatal..... | 29.72  |
| Tasa de mortalidad neonatal.....  | 12.50  |
| Tasa de mortalidad infantil.....  | 29.39  |
| Tasa de fecundidad.....           | 198.91 |
| Tasa bruta de natalidad.....      | 39.78  |
| Crecimiento Vegetativo.....       | 32.71  |

#### Establecimientos educativos.

|                                     |    |
|-------------------------------------|----|
| Escuelas pre-primaria nacional..... | 5  |
| Escuelas de primaria nacional.....  | 60 |
| Institutos de educación media.....  | 10 |
| Colegios Privados.....              | 8  |

#### 5 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL

- 1.- PARASITISMO INFANTIL.
- 2.- I.R.A. LEVE.
- 3.- SINDROME DIARREICO AGUDO.
- 4.- I.R.A. MODERADA.
- 5.- AMEBIASIS.

#### 5 PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL

- 1.- GASTROENTEROCOLITIS AGUDA.
- 2.- OBITO FETAL
- 3.- BRONCONEUMONIA.
- 4.- NEOPLASIAS.
- 5.- INSUFICIENCIA CARDIACA.

## 2. Aspectos negativos de la trabajadora del sexo:

- En general es abulada y perezosa. No concibe la posibilidad de otro trabajo.
- Su inestabilidad de carácter es a veces exasperante.
- En un número elevado de casos su capacidad intelectual promete poco.
- Los traumas psicoafectivos que padecen producen ciertas fijaciones psíquicas que impiden el desarrollo normal de su inteligencia y con el tiempo su estado mental se distorsiona.
- La invasión de pasiones es tal que las facultades superiores terminan embruteciéndose. Confunden lo verdadero con lo falso, lo malo con lo bueno y todo placer radica en la adquisición de dinero, es pesimista, fatalista, supersticiosa y vive de mitos novelescos con una imaginación desequilibrada.

## 3. Aspectos positivos:

- Son sensibles a la maternidad y a la inocencia de los niños.
- En principio no son abortistas, lo hacen en menor proporción que en el resto de la población. Son sensibles al cariño desinteresado y pequeños detalles al que responden a su modo con profundo agradecimiento. (6,7)

La mayoría son solteras con hijos de baja escolaridad, un tercio de ellas ha padecido de alguna enfermedad de transmisión sexual. Además pertenecen a un grupo de población que se encuentra en constante migración y que por lo tanto poseen diferencias culturales cada una de ellas. (8,9,28)

## C. SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

### 1. Definición de síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

SIDA, ES EL Síndrome que se presenta en las personas infectadas por uno de los virus de la inmunodeficiencia humana (VIH 1-2) se caracteriza por varios signos y síntomas que aparecen en una persona que no tiene ninguna otra causa de inmunodeficiencia diferente a la infección viral y son indicativos de una seria alteración de la inmunidad que comienza por afectar la inmunidad celular. (27)

## VI. FUNDAMENTOS TEORICOS

### A. CREENCIAS, ACTITUDES Y PRACTICAS.

El hombre siempre se ha visto en la necesidad de buscar formas que le ayuden a subsistir y mejorar sus condiciones de vida. Este proceso evolutivo ha tenido grandes adelantos, pero también ha provocado que el ser humano desarrolle hábitos que lo exponen a padecer de grandes males, siendo una de las más afectadas la salud; lo cual ha generado que el proceso salud-enfermedad sea interpretado de diferentes formas: mágica, religiosa, humana y cósmica. (2)

La educación es el nivel más efectivo para la prevención del SIDA, al detectar y describir las creencias, actitudes y prácticas de un grupo; se puede comprender mejor las relaciones entre el comportamiento y la salud, así como los factores biológicos, culturales, económicos y políticos que influyen en el comportamiento y la sexualidad.

Diversos cambios de actitudes, culturalmente determinados, al facilitar todo tipo de actividades, han contribuido a aumentar la exposición a los estímulos sexuales al tiempo que la mayor tolerancia entre los comportamientos sexuales, tanto heterosexuales como homosexuales, han acarreado un manejo de las relaciones pre-conyugales y extraconyugales y una gran libertad de costumbres. La libertad de la legislación sobre el aborto en algunos países y la facilidad del tratamiento antivenéreo han reducido el temor a la enfermedad y embarazo. La tendencia a romper con el método de vida tradicional y los cambios de comportamiento son particularmente manifiestos entre algunas personas que se ven favorecidas por las corrientes de pensamiento contemporáneo. (4,5)

### B. COMERCIO SEXUAL

El comercio sexual femenino es una actividad por medio de la cual una mujer tiene relaciones sexuales a cambio de una remuneración, sea dinero constante o regalos por parte del hombre al que se entrega, vulgarmente llamado cliente. (6)

#### 1. Causas:

A nivel personal, encontramos siempre un problema psicoafectivo que es generado desde la infancia y la adolescencia. A lo anterior se suma la ausencia de un hogar integrado, padres separados divorciados, o militantes en el campo del comercio sexual u otros tipos de delincuencia, bajo nivel cultural y educacional. También son muchas las que comercian su cuerpo por razones de subsistencia y embarazo fuera del matrimonio.



El SIDA representa la etapa final y más grave de la infección producida por el VIH; sin embargo para llegar a ella la infección debe pasar por una serie de etapas previas, progresivas y previsibles. Cada etapa posee sus propias manifestaciones y solamente a la última de ellas se le da el nombre de SIDA. (18)

Se establece el diagnóstico de SIDA en el momento en que el sistema inmunológico de predominio celular del paciente se ha deteriorado a tal grado que se encuentra incapacitado para actuar ante agentes infecciosos que en condiciones normales no provocan enfermedad o si lo hacen, ésta se presenta en forma leve y rara vez mortal ( infecciones oportunistas). (18)

## 2. Definición de un caso de SIDA.

Se acepta actualmente la definición de SIDA propuesta por la CDC de Estados Unidos con fines de vigilancia epidemiológica. Un caso de SIDA es aquella persona que haya presentado al mismo tiempo el diagnóstico de una enfermedad que sugiera la presencia de una deficiencia de la respuesta mediada por células y ausencia de enfermedad subyacente que pueda ocasionar esta deficiencia. En niños se define como la presencia de una enfermedad indicativa de inmunodeficiencia celular, en ausencia de otras causas subyacentes de ésta . (3,18)

Las enfermedades indicativas de inmunodeficiencia celular son las mismas para definir SIDA en adultos, con exclusión de infecciones congénitas tales como: Toxoplasmosis o Herpes simple en el primer mes de vida, o infección por Citomegalovirus en los primeros seis meses después de nacido.

Enfermedades indicativas de inmunodeficiencia celular:

- Infecciones por protozoarios y helmintos: Criptosporidiasis de más de un mes de duración neumonía por Pneumocystis Carinii, Estrongilidosis, Toxoplasmosis (pulmonar, del SNC o diseminada).
- Infecciones virales: Infección diseminada por Citomegalovirus, Herpes simple, crónico o diseminado después de un mes de nacimiento, Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
- Infecciones micóticas: Candidiasis esofágica, Criptococosis.
- Infecciones bacterianas: Infección diseminada por Mycobacterium Avium.
- Cáncer: Sarcoma de Kaposi, Linfoma limitado al cerebro.



### 3. Historia.

El origen del virus de la inmunodeficiencia humana responsable del SIDA es aún incierto. El indicio más temprano de la presencia del virus en humanos se ha encontrado en sueros de humanos, en el año 1,959 en Kinshasa, Zaire y en Sudáfrica. Las migraciones, el turismo y la presencia de trabajadores temporales en algunos países africanos probablemente hayan contribuido a diseminar la infección a Occidente donde los altos índices de promiscuidad constituyeron una de las principales razones para su propagación según algunos científicos. (3)

Los primeros casos de SIDA probablemente hayan ocurrido en Estados Unidos, Haití y en Africa en 1,977-78.

El inicio clínico de la enfermedad, quizá fue el caso de un joven hospitalizado en New York que falleció en 1,979. (3,29)

En 1,979-82 se reporta el Sarcoma de Kaposi y otras infecciones (neumonía por Pneumocystis Carinii) en homosexuales previamente sanos y se sospecha el vínculo con la transmisión sexual.

Se utiliza por primera vez el término inmunodeficiencia adquirida severa, casi simultáneamente con el término GRID (Gay Related Immunodeficiency). Por estas discrepancias nace en 1,982 el término SIDA síndrome de inmunodeficiencia adquirida. (3)

El virus del SIDA se aísla en 1,983, inicialmente fue llamado virus asociado a linfadenopatía (LAV), virus linfotrópico de células T humanas (HTVL III) y retrovirus asociado a SIDA (ARV). En este mismo año se relaciona al SIDA con transfusiones de sangre, uso de drogas intravenosas e infección congénita. (3,29)

Estudios epidemiológicos realizados en 1,983 muestran los primeros grupos de riesgo: homosexuales, toxicómanos intravenosos y politransfundidos.

En 1,984 se documenta que el SIDA es común entre heterosexuales en Africa. En Junio de ese año se conoce el primer caso de SIDA en Guatemala de un individuo procedente de Estados Unidos. Se demuestra que el VIH afecta a los linfocitos T ayudadores. (3,10,30,31)

Se desarrolla en 1,985 el análisis de sangre con el test Elisa para detectar anticuerpos contra el VIH. En Estados Unidos se inicia en la sangre donada y se realizan pruebas de medicamentos anti-VIH. En Guatemala se inicia la detección de VIH en sangre. (3)

Un comité internacional en 1,986 escoge el nuevo término virus de inmunodeficiencia humana VIH-1 identificándolo como patógeno humano. (18)

Un segundo virus similar el VIH-2 se ha aislado recientemente en pacientes del Africa occidental quienes manifiestan síntomas parecidos al SIDA. (32,33)

En 1,987 se realizan en Guatemala estudios de seroprevalencia de VIH en grupos de población con factores de riesgo para la infección del VIH, en 1,988 se realiza una encuesta respecto al conocimiento del público sobre el SIDA en el Brasil, Rep. Dominicana, Haití y México, evidenciando que aún falta mucho por informar y se documentaron también algunos cambios de comportamiento sexual. (3,34)

En 1,991 En Guatemala se informa sobre la existencia de 192 casos de SIDA superando en 176% el cálculo exponencial de las predicciones hechas aún con el subregistro existente. (35,36)

#### 4. Epidemiología.

La distribución y frecuencia de los individuos infectados por el VIH y enfermos de SIDA en una población y área geográfica determinadas, al igual que su evolución en el tiempo, dependen de: 1- El período transcurrido desde la introducción del VIH a la población; 2- Las condiciones sociales de la población; 3- Los hábitos y costumbres sexuales; 4- La drogadicción intravenosa y; 5- La infraestructura sanitaria y educativa existente, así como la capacidad de respuesta de la sociedad ante la epidemia y 6- La existencia de cofactores que facilitan la transmisión del VIH y el desarrollo del SIDA como son algunas enfermedades infecciosas. (18,37)

Sobre la base de la dinámica de transmisión del VIH o del SIDA, es posible clasificar a la población en cuatro grupos: 1- Grupo de susceptibles de adquirir la infección de VIH; para fines prácticos se incluyen dentro de éste a todos los seres humanos. 2- Grupo de expuestos a algún factor de transmisión; en el momento actual no debe ya considerarse que existen grupos humanos de alto riesgo, sino prácticas (sexuales o drogadicción) o circunstancias de alto riesgo (hemotransfundidos, hemofílicos o recién nacidos de mujeres infectadas) y que algunos individuos pertenecen con el grupo en forma permanente, como los homosexuales promiscuos y los hemofílicos, mientras que otros ingresan a él en forma ocasional y transitoria como los monotransfundidos o los heterosexuales con experiencias sexuales fuera de la pareja. 3- Grupos de individuos infectados por el VIH cuya frecuencia puede conocerse a través de las encuestas de seroprevalencia de la infección por VIH o mediante un estudio longitudinal prospectivo. 4- Grupo de enfermos con SIDA; son aquellos que cursan con manifestaciones clínicas de alguna de las enfermedades indicadoras de ésta (véase definición de un caso de SIDA). (3,18,19)



La probabilidad de infección en los individuos expuestos a algún factor de riesgo depende de la eficacia de la transmisión. En el caso de la transfusión de sangre es de cerca del 50%, en la perinatal de 20 a 60% y en la sexuales notablemente inferior, depende del número de compañeros sexuales, del empleo del preservativo, de la posibilidad de que exista infección por el VIH en las parejas potenciales y del tipo de práctica sexual. (10,18,37)

#### 5. Situación del SIDA en el mundo.

La Organización mundial de la salud OMS, ha detectado SIDA en más de 143 países en el mundo. Del total de casos, un poco más del 70% corresponde a América, cerca del 15% a Africa, un poco más del 10% a Europa y solo 1% a Asia y Oceanía.

Para el año 1983 el número de casos notificados de SIDA a nivel mundial es de 611,589. (18,19,37)

#### 6. Situación en América.

El número acumulado de casos notificados de SIDA hasta marzo de 1,983 es de 331,484. El 91.1% del total de casos de SIDA en América corresponden a Norteamérica, el 4.8% a Sudamérica, el 3.7% al Caribe y 0.4% a Centroamérica. Los países con mayor número de casos de SIDA son: Estados Unidos, Brasil, Canadá, México y Haití. (18,38)

Los países centroamericanos con mayor número de casos en orden descendente son: Honduras, Costa-Rica, Panamá y Guatemala.

#### 7. Situación del SIDA en Guatemala.

Casos de infección por VIH acumulados hasta el mes de Septiembre de 1,983:

- Asintomáticos VIH positivos-----501  
- Casos de SIDA-----460

Distribución por sexo:

- Femenino-----210  
- Masculino-----751

Fallecidos acumulados por sexo:

- Femenino----- 36  
- Masculino-----141

De acuerdo a diagnóstico y conducta de riesgo se determinó que el grupo heterosexual posee el mayor número de casos asintomáticos como sintomáticos, 279 y 262, respectivamente. Seguidos por el grupo homosexual, 102 y 97, respectivamente.

El grupo etáreo con mayor número de casos corresponde al grupo de 25-29 años observando un incremento progresivo en el grupo de menores de cinco años. (18,39)

El departamento más afectado es el de Guatemala con 361 asintomáticos y 278 sintomáticos. (39)

#### 8. Patrón de transmisión del SIDA.

Para determinar la magnitud y distribución de este padecimiento es necesario: 1- El número de personas infectadas por el VIH ; 2- El número de personas infectantes ; 3- El número de enfermos de SIDA , y 4- El número de muertes. El análisis de estos datos permite elaborar el patrón de transmisión en América Latina. (18,19,27)

El patrón en América Latina : En estos países la transmisión se inició en la década de 1980, La incidencia anual de SIDA es de 0.3-0.5 casos por cada mil adultos.

El principal factor de riesgo es la actividad homosexual y bisexual. Aún cuando la proporción de casos en homosexuales va en descenso, las de bisexuales se mantiene estable y la de heterosexuales va en franco ascenso. La relación de casos de SIDA hombre-mujer fluctúa de 10-20 :1. El grupo de edad más afectado es el de jóvenes entre 25-44 años de edad, sin embargo la curva de crecimiento de la infección por VIH en las mujeres y en los niños muestra un aumento más acelerado que el de los hombres y los adultos. concentrado principalmente en las grandes áreas metropolitanas, aunque se esta extendiendo a las áreas rurales. (18,39,-50)

La transmisión por transfusión sanguínea constituye el segundo factor de riesgo debido a la pobre infraestructura de los servicios de salud y en algunos países aún no se esta controlando. La inyección intravenosa no representa un problema importante dado el elevado costo de las drogas y las condiciones económicas de la población. (18)

Aún cuando la transmisión perinatal no representa un problema serio en estas regiones, el número de casos va en aumento debido al número creciente de mujeres infectadas. (18)

#### 9. Patrón epidemiológico.

Los patrones epidemiológicos de difusión del VIH aceptadas a nivel mundial son : 1- Grupos homosexuales , 2- Grupos heterosexuales, 3- Uno y dos. Inicialmente el patrón homosexual a patrón actual heterosexual . Guatemala parece ir tomando el tercer tipo de difusión, lo cual nos hará esperar en el presente y futuro



próximo un número cada vez mayor de mujeres afectadas y por lo tanto el apareamiento del SIDA pediátrico con todas sus consecuencias sociales y económicas .

#### 10. Infección por VIH, SIDA en grupos selectos de América Latina.

Debe tenerse en cuenta como la propia OMS estima, existe un subregistro de casos en muchos países del mundo, además de que no se cuenta con información completa en todos .

En el grupo de trabajadoras del sexo la prevalencia de la infección por VIH es de 1-3% que resulta ser notablemente inferior a lo informado en EEUU, Europa o Africa donde llega a ser de hasta 88% . En el caso de los trabajadores del sexo la prevalencia de infección por VIH fluctúa de 12-16%, tasa muy similar a la informada por otras regiones.

#### 11. Predicciones en América Latina.

Las predicciones para el número de casos de SIDA para los próximos años permiten estimar una tasa de incidencia acumulada entre 0.3-1.1 casos por cada mil habitantes; en el momento actual, el número de casos de SIDA en diversos países de la región aumenta a razón de 5-7% por mes ( con fluctuaciones que van de 1-10% ); es decir que el total de casos a este ritmo de crecimiento, se duplica cada 9-10 meses en promedio con fluctuaciones que van de 7-13 meses. (18)

En caso de cumplirse las predicciones formuladas será insuficiente la infraestructura para la atención hospitalaria de los pacientes con SIDA en los diversos países de la región, la enfermedad representará una de las cinco principales causas de mortalidad en varones jóvenes. (18,19)

#### 12. Fisiopatogenia.

El virus contiene dos moléculas de ARN rodeado de una envoltura constituida por lípidos, ésta contiene dos glucoproteínas. Una glucoproteína vírica GP120 que se liga avidamente a las moléculas CD4 de los linfocitos T, de gran cantidad de células del hospedero, mientras que la segunda GP41 parece ser esencial para la fusión de las membranas celulares.

El genoma contiene tres genes estructurales llamados: GAG, POL, ENV que codifican para los componentes del núcleo, hay enzimas esenciales para el ciclo vital vírico incluidas la Transcriptasa inversa, una Integrasa y una Proteasa. (3,18)

Además de los tres genes estructurales del VIH, tiene seis genes esenciales : VIF VPU VPR TAT REV y NEF, éstos codifican diferentes proteínas entre ellas las encargadas de la regulación; actualmente son consideradas el talón de aquiles y se investigan antagonistas para la terapéutica. (3,18,27)

La proteína GAG forma la envoltura del núcleo y la proteína P17 se encuentra inicialmente fuera del núcleo, esta localización podría explicar la habilidad de algunos sueros de neutralizar el VIH con anticuerpos contra P17.

La inmunopatología asociada por la infección por VIH se centra en la interacción de las moléculas CD4 localizadas en la superficie de las células hospederas y la glucoproteína GP120 situada en la envoltura del VIH. (3,18)

La molécula de CD4 se encuentra en muchas células derivadas de la estirpe macrófagos-monocitos.

El alto grado de unión de GP120 frente al CD4 permite la entrada del virus en las células hospederas. Se cree que esta ligazón provoca un cambio en la conformación de GP120 que a su vez activa el GP41, la proteína vírica de transmembrana que parece fusionar las membranas.

Una vez fusionadas las membranas y penetrado el virus en la célula hospedera, el ARN vírico es liberado en el núcleo central y a través de un mecanismo mediado por la transcriptasa inversa produce un ADN de doble cadena que se dirige al núcleo integrándose al cromosoma de la célula receptora como ADN proviral. Así la célula infectada puede pasar por una de las tres etapas de la infección :

- a- Infección latente con integración del virus pero sin replicación, en el cual poco o ningún ARN viral o proteína son sintetizados; por lo tanto puede eludir el sistema inmunitario del hospedero desde meses hasta años explicando los períodos de incubación prolongados.
- b- Nivel bajo de infección crónica con algunas nuevas partículas de formación.
- c- Activación aumentada de la transcripción del genoma vírico con formación de muchas partículas y viremia manifiesta.

Una vez que el VIH ha entrado en la fase activa de replicación se producen anomalías progresivas y la destrucción del sistema inmunológico es irreversible. (3,18)

Por el proceso de gemación una multitud de virus nuevos se libera de la célula hospedera infectada y son transportadas por la circulación sanguínea para adherirse a otras células con los receptores CD4.



Las células que pueden ser infectadas son: células mononucleares de la sangre periférica, particularmente linfocitos T4 ayudadores, también macrófagos, ganglios linfáticos y células cerebrales de la glía. Además un buen número de células humanas entre ellas linfocitos B, promielocitos, células de Langhergans de la piel, células de Kupffer en el hígado y células alveolares en el pulmón.

El VIH puede encontrarse en el 30% del plasma de individuos infectados en bajos niveles que oscilan entre 20-50 partículas infectivas por mililitro (PI/ml). Esta pequeña cantidad de virus circulando en la sangre puede explicar el bajo riesgo de un pinchazo accidental comparado con el virus de la Hepatitis B cuya concentración es de 10 PI/ml.

Otros líquidos como lágrimas, saliva, secreciones del oído, leche materna, calostro y orina, contienen por lo menos 1/10 - 1/100 de la cantidad de VIH presente en sangre y plasma por lo que no representa una fuente común de contagio.

Las secreciones genitales provenientes de la vagina, cérvix y líquido seminal contienen el virus en cantidades variables menores que en sangre y se ha comprobado el riesgo de infección.

El líquido cefalorraquídeo alcanza niveles de hasta 10 PI/ml reflejando una replicación del virus en algunas células del cerebro sin que implique que éste constituya una fuente natural de infección. (18)

### 13. Efecto sobre el sistema inmunológico.

La evolución de la infección viral depende no solo de su virulencia sino también de la respuesta inmune del huésped.

El sistema inmunológico humano está formado por un sistema complejo entrelazado de células y órganos, una falla en cualquiera de los componentes puede perturbarlo completamente.

Los trastornos del sistema inmunológico relacionado con SIDA se originan de un solo defecto en partículas: la depresión de un grupo especializado de glóbulos blancos linfocitos T ayudadores o linfocitos T4. Estos juegan un papel clave en la regulación de la reacción inmunológica: lo ponen en marcha.

Envía señales químicas que estimulan la producción de anticuerpos que activan la maduración de varios tipos de células del sistema inmunológico.

El VIH infecta selectivamente las células T inductoras y otras del epitelio intestinal y médula ósea generando demencia progresiva, diarrea crónica y anomalías hematológicas respectivamente.

Al reproducirse el VIH se destruyen las células T inductoras infectadas y la muerte de éstas caracteriza la deficiencia inmunológica. Además se puede impedir el funcionamiento adecuado de las demás células; estas se ven en la imposibilidad de reconocer sustancias extrañas (antígenos), de iniciar reacciones inmunitarias para eliminarlas del organismo.

Por ello los pacientes con SIDA contraen infecciones diversas y poco frecuentes como : Parasitosis, viremias, micosis e infecciones bacterianas, pudiendo persistir también otras enfermedades (Tuberculosis, Malaria, Influenza, Sarampion).

#### 14. Manifestaciones clínicas.

Las características clínicas del SIDA causadas por el VIH son diversas o bien secundarias a condiciones infecciosas o de tumores asociados.

En Guatemala se utiliza la clasificación sugerida por el centro de control de enfermedades de Atlanta (CDC) EEUU.

#### ESTADIO I (INFECCION AGUDA)

La mayoría de los individuos que cursan con ésta desarrollan anticuerpos antivirales en las primeras seis semanas con una variación de dos semanas hasta de un año. Cerca del 10% desarrolla una enfermedad similar a Mononucleosis infecciosa en la cual no se presentan cambios inmunológicos detectables. El cuadro de infección aguda se debe en parte al efecto de la multiplicación viral dentro del organismo.

#### ESTADIO II (INFECCION ASINTOMATICA)

No hay forma de detectarla desde el punto de vista clínico, aquí se incluyen las personas infectadas que no han desarrollado anticuerpos contra el VIH pero en las cuales si es posible detectar el antígeno P-24 en suero. Dura entre seis semanas a tres meses y es llamado período ventana.

#### ESTADIO III (LINFADENOPATIA GENERALIZADA)

25 a 40% de los asintomáticos llega a esta etapa en los primeros cinco a seis años incluye la presencia de dos o más nódulos linfáticos extrainguinales, de un centímetro o más persistentes por más de tres meses en ausencia de enfermedad o presencia de otro padecimiento que no sea VIH.



## ESTADIO VI (SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA)

Dentro de ésta se incluye:

- Enfermedad constitucional o síntomas generales.
- Afección neurológica.
- Infecciones oportunistas.
- Desarrollo de tumores.

Cerca del 70% de los individuos infectados por VIH presentan alguna forma de trastorno neuropsiquiátrico; alrededor del 60% desarrolla infecciones oportunistas, un 30% cursa con neoplasias y menos del 10% presenta tanto infecciones oportunistas como neoplasias.

Se define SIDA como la existencia de dos signos mayores asociados con un signo menor en ausencia conocida de inmunosupresión.

### SIGNOS MAYORES:

- Pérdida de peso mayor del 10% no intencionada.
- Diarrea crónica de más de un mes de duración.
- Fiebre prolongada por más de un mes (intermitente o constante).

### SIGNOS MENORES:

- Tos persistente de más de un mes de duración.
- Dermatitis generalizada.
- Candidiasis orofaríngea.
- Herpes Zoster recurrente. (18,40)

## 15. Diagnóstico.

### a. Detección de anticuerpos.

Estos anti-cuerpos existen durante el curso de la infección latente y en la progresión a SIDA.

La sensibilidad-especificidad de los diferentes kits disponibles, oscila entre 93 y 99%. Entre los principales están: Retrocell, Serodia, Elisa y el Western Blot. (10,18,40)

### b. Detección del antígeno.

Debido a que existe un período llamado ventana en el cual la persona infectada no ha desarrollado anticuerpos contra el VIH, existen pruebas basadas en la detección del antígeno P-24 en suero, plasma, o líquido cefalorraquídeo empleando el método Elisa. Durante la infección aguda, la antigenemia precede a la seroconversión y se resuelve en dos a tres semanas, conforme aparecen anticuerpos específicos.

c. Cultivo del virus.

En la actualidad se detecta indirectamente a través del ensayo de la actividad de la transcriptasa inversa en sobrenadante de cultivos celulares.

d. Detección de material genético.

Una alternativa reciente en la detección de VIH en pacientes con cultivo negativo es la hibridación molecular, utilizando ADN y células mononucleares no linfoides de la sangre periférica. Dentro de estas pruebas encontramos, reacción de polimerasa en cadena (PCR).

Además se han implementado exámenes que evalúan el estado inmune del paciente al momento del diagnóstico (recuento de linfocitos CD4) que son utilizados para el monitoreo de la enfermedad y la terapia antiviral. (10)

Como mencionamos anteriormente la prueba de Western Blot es una prueba confirmatoria aunque también existen otras que han sido aceptadas como la inmunofluorescencia indirecta (IFI) y el ensayo de radioinmunoprecipitación (RIPA).

16. Tratamiento.

Idealmente debería ser hecho por un equipo multidisciplinario, para cubrir los aspectos: nutricionales, psicosociales, laborales, ocupacionales y médicos. (27)

Los antivirales que se han experimentado son muy numerosos, cada uno con diferente mecanismo de acción: la Azidotimidina (AZT) hasta ahora es la droga de uso clínico, no es sin embargo, una droga curativa sino paliativa. Su acción se basa en la inhibición de la transcriptasa reversa del VIH y se comienza a hacer evidente más o menos hacia las seis semanas de administración. Se ha demostrado que el empleo de AZT con Dideoxicitidina, cuyo mecanismo de acción es el de terminador de cadena, mejora la respuesta y reduce la toxicidad de los dos fármacos. (18,27)

En Guatemala se llevó a cabo un estudio con la Dietilcarbamazina (DEC) con los resultados siguientes: una disminución significativa del antígeno P-24, cuyos niveles altos según estudios llevados a cabo en Estados Unidos, sugieren que el incremento de los niveles de dicho antígeno se asocia a un peor pronóstico. Otro dato de laboratorio notable fue el incremento en el recuento total de linfocitos después del tratamiento. También se obtuvo un aumento significativo de peso. Estos datos sugieren que las personas infectadas por VIH y enfermedad avanzada pueden beneficiarse del tratamiento con DEC. Sin embargo se requerirán estudios posteriores. (19)

## 17. Prevención.

Existen tres formas de encarar una campaña de prevención y están sujetas a las reacciones de toda la sociedad ante el fenómeno del SIDA:

a- Información: En un principio es deseo de la gente y necesidad del agente de salud informar acerca de la existencia de la enfermedad, de su forma de contagio, de su origen y hacer comprender que ésta es una enfermedad que afecta a todos.

b- Cambio de actitud: Se pretende que la gente comprenda que la única manera de combatir la enfermedad es una actitud diferente al problema con una real participación. Esta actitud tiende a lograr una mayor responsabilidad individual. Pero saber que el problema existe no es suficiente.

c- Cambio de práctica: Esto implica un cambio de educación de la población, el cual lleva años en desarrollarse. Los cambios de actitud y práctica sexual hacen el cambio de la conducta sexual. (10,18,19)

Los criterios para la prevención del SIDA según la Organización Panamericana de la salud son los siguientes:

### Prevención primaria:

- Determinar conocimientos actitudes y prácticas de la población en relación a SIDA por grupos focales.
- Establecer el modelo que postule la acción de percepción de SIDA y la forma de prevenirlo como una amenaza en la salud pública.
- Diseñar estrategias y ejecutar acciones de comunicación social y educación sanitaria para grupos específicos y población objeto.
- Implementar centros de información y línea telefónica.
- Educar e informar en educación sexual.
- Higiene sexual.
- Precauciones universales para evitar la transmisión del virus a nivel hospitalario y en medicina laboral.
- Determinar los patrones socio-culturales y expectativas que determinan el comportamiento social.

### Protección específica:

- No hay actualmente tratamiento específico ni vacuna para prevenir el SIDA.



- Evitar prácticas sexuales riesgosas que favorezcan la transmisión del virus.
- Relaciones sexuales, monógamas con personas infectadas.
- Uso adecuado y oportuno del preservativo en buen estado.
- Esterilización y desinfección adecuada de equipo, material quirúrgico, agujas, jeringas y otros que pudieran contaminarse con el virus a través de secreciones o sangre.
- No usar sangre o hemoderivados que no estén tipificados libres de SIDA.
- No ser receptores de órganos, tejidos o esperma sin la debida garantía de que provienen de personas no infectadas por el virus del SIDA.
- Usar guantes, mascarilla, anteojos cuando el caso lo amerite.
- Evitar lesiones con objetos punzo-cortantes y a riesgo de estar contaminados con sangre infectada.
- Evitar embarazos en la mujer infectada, o que sea pareja sexual de un infectado o de conducta riesgosa. (10,11)

#### D. USO DEL PRESERVATIVO

El hecho de que no se visualiza en el horizonte a corto plazo el apareamiento de tratamientos curativos o bien métodos preventivos como una vacuna efectiva, hace ganar significado a la evaluación de la seguridad de los preservativos como método preventivo contra el SIDA.

Hasta el momento el único material que ofrece la protección deseada tanto como método anticonceptivo así como barrera contra el contagio por el VIH u otras enfermedades de transmisión sexual es el látex.

En algunos países la tasa de utilización varía desde 5.1% en Alemania, 20.3% en Inglaterra y Suecia y hasta el 75% de las parejas en Japón. Sin embargo datos de la división poblacional de las Naciones Unidas muestran que el uso del preservativo en los países en desarrollo constituye solamente de un 3-4% de las prácticas anticonceptivas. (11,12)

Algunas descripciones de hasta 20 a 30% de falla del preservativo como método anticonceptivo tienen muchas su origen en la falta de instrucción e información del uso adecuado de los mismos, tal como se demostró en diferentes estudios en los que más del 80% de los participantes requirió de corrección en aspectos

tales como: abertura del paquete, determinación del lado externo del preservativo, desenrollar el preservativo hacia la base del pene, expulsar el aire del espacio en la punta del pene. Aunque el uso apropiado del preservativo parezca obvio estos estudios demuestran que el uso del mismo debe ser enseñado.

Quando se hacen campañas adecuadas de información sobre la técnica adecuada del uso del preservativo, la tasa de falla disminuye en forma considerable, especialmente en parejas mayores de 25 años de edad usualmente más experimentadas, (11,13,15)

Se ha demostrado que el uso del preservativo como preventivo de Gonorrea, disminuye el riesgo de contagio en un 97% encontrándose resultados similares de protección en otras enfermedades de transmisión sexual.

Los preservativos son utilizados relativamente poco como medio anticonceptivo en nuestro país, especialmente por el ancestral "machismo" o por temor a no tener la misma oportunidad de disfrutar que si no se utiliza. (11,42)

Ninguna de estas causas es válida, pues las relaciones sexuales placenteras son especialmente dependientes de la actitud mental de la pareja y no son realmente afectadas por el uso del preservativo. (11)

Aunque existe resistencia en diversos sectores de la sociedad a admitir las ventajas que trae consigo una campaña informativa acerca del; uso del preservativo como método preventivo contra el contagio de las enfermedades ya mencionadas. Uno de estos sectores es representado por la iglesia, que ejerce gran influencia sobre la conducta del uso del preservativo, ya que tal situación es considerada como pecado.

Debemos aceptar que el peso de la evidencia favoreciendo su uso debe ser tomada en cuenta. (11,14)

## E. EDUCACION.

Las principales estrategias de intervención contra la infección por VIH son:

a- Fomento a la salud: Es la intervención educativa que tiene como principal objeto la promoción de los comportamientos que permiten reducir las consecuencias de la infección por VIH, esta acción debe centrarse en el público, pacientes, grupos de alto riesgo, personal de salud y autoridades.



#### Acciones educativas:

- Fomentar el discernimiento de las relaciones sexuales evitando parejas ocasionales o múltiples cambios de pareja (práctica).
- Fomento de la utilización de preservativos y otros métodos profilácticos en situaciones arriesgadas (actitud) pues la no utilización del preservativo favorece la aparición de enfermedades de transmisión sexual, lo cual aumenta la probabilidad de ser infectado por VIH. (7,16,17,18).

En un estudio realizado en la ciudad de Guatemala, el 68% de los participantes quienes habían consultado por ETS, nunca habían usado preservativo en relaciones ocasionales, lo que se reflejó en la frecuencia y diversidad de ETS que padecían. (7)

Por otra parte la educación al respecto es una de las armas mediante la cual se ha logrado disminuir la incidencia de ETS en algunos grupos de alto riesgo, consiguientemente en la infección por VIH. Además de que dichos grupos se muestran abiertos para la recepción de información. (19,20,21,22)

- b- Detección de la enfermedad.
- c- Programas nacionales de tratamiento.
- d- Localización de contactos y asesoramiento a los pacientes. (24,25)

#### F. PARTICIPACION DE LAS TRABAJADORAS DEL SEXO EN LA PREVENCIÓN DEL SIDA:

Con frecuencia se busca la participación de las trabajadoras del sexo para que colaboren en la educación sobre SIDA, ya que pueden encontrarse y hablar con sus colegas más eficazmente que otras personas ajenas a esta actividad.

En países como Australia, Etiopia, Estados Unidos, Jamaica, Rep. Dominicana, Brasil; se han capacitado a las trabajadoras del sexo para que hablen con sus colegas sobre el SIDA, y en algunos programas para que distribuyan preservativos.

En Camerún después de realizarse un proyecto piloto de orientación entre colegas y distribución gratuita de preservativos, el porcentaje de trabajadoras del sexo que usaban preservativos por lo menos la mitad del tiempo se elevó del 28% antes del proyecto al 85% seis meses después para bajar al 72% un año después. (19,20,21,23)



#### G. TRABAJOS RELACIONADOS :

- Un estudio llevado a cabo en la ciudad de Sao Pablo, realizado en adultos jóvenes acerca de los conocimientos y actitudes respecto al SIDA, educación sexual, anticonceptivos, ETS y drogas se concluyó que el 78.9% de las mujeres y 84.4% de los hombres sabían que podía haber infección por VIH sin síntomas. Respecto a las rutas de transmisión de SIDA, las respuestas fueron las siguientes; inyecciones, contacto sexual, transfusión sanguínea, vertical, picadura de mosquito y el aliento de una persona infectada. En cuanto a los grupos de riesgo las respuestas fueron las siguientes: Trabajadoras del sexo, hombres bisexuales, hombres homosexuales, usuarios de drogas por vía intravenosa, hombres sexualmente activos, hombres casados y niños. (29).

- Un estudio llevado a cabo en la ciudad de México en 1987 indicó que el conocimiento de las verdaderas causas de transmisión del VIH era alto, pero también conceptos erróneos eran comunes. 43-63% de las participantes creían que los preservativos eran una medida preventiva efectiva (31).

- En 1988 se realizó un estudio, revisando los archivos médicos de 341 pacientes con Sífilis vistos en el departamento de enfermedades de transmisión sexual en la clínica de Baltimore. Cuando se hizo la comparación con el resto de la población clínica, los pacientes con sífilis tendían a ser más grandes en edad, también existía mayor frecuencia en el reconocimiento del uso de drogas por vía intravenosa; habían sufrido con frecuencia sífilis, y entre los hombres existía más frecuencia de actividad homosexual. La mitad de los hombres con sífilis y un tercio de las mujeres cayeron dentro de alguno de estos grupos de riesgo. Así también los pacientes con sífilis tenían una mayor tendencia a presentar resultados de seropositividad para la infección por VIH que el resto de los pacientes atendidos en la clínica. Pacientes que admitieron el uso de drogas por vía intravenosa, antecedente de sífilis, o estar activos homosexualmente presentaron con mayor frecuencia seropositividad para infección por VIH y presentaban una actitud reacia, hacia la realización de la prueba serológica que al resto de los pacientes atendidos en la clínica. Los pacientes con infección por VIH, presentaron títulos significativamente altos de reaginas, en aquellos que presentaron sífilis secundaria. (16).

- En un estudio llevado a cabo en residentes de Montreal de origen Haitiano acerca de CAPc, realizado en Noviembre de 1987 a Octubre de 1988, cuyos resultados fueron: El 81% de los entrevistados dió respuestas acertadas sobre conocimientos generales de SIDA, el 94% respondió acertadamente en cuanto a modos de transmisión reconocidos científicamente; así también 74% de las res-

puestas se refirió a formas de transmisión no aceptadas científicamente.

Las actitudes y las creencias hacia aquellos pacientes con SIDA fué solo moderadamente favorable. En contrapartida las actitudes y creencias hacia la promoción del uso del preservativo fueron muy positivas (30).

- Se llevó a cabo un estudio de seroprevalencia y su relación con el comportamiento sexual en 1988-89, en pacientes homo y bisexuales, en el centro nacional de SIDA en la ciudad de México . Se halló una relación entre la seropositividad y edad, educación, si era receptor o donador en las relaciones sexuales, número de parejas sexuales durante su vida y el haber tenido relación con alguien infectado por VIH . Por el contrario se encontró una relación inversa en aquellos que habían indicado requerir siempre la utilización del preservativo por parte de la pareja , al tomar el papel receptivo en el coito anal. La práctica más comunmente referida así como la de mayor riesgo fue; coito anal desempeñando tanto el papel de receptor como de donador . En cuanto a la práctica bisexual la mayoría de los participantes refirió muy poca utilización del presetrvativo por parte de este grupo de alto riesgo, implican el rol que desempeñan como fuente continua en la infección por VIH en las mujeres. (41).

- En 1989 se llevó a cabo un estudio del comportamiento sexual entre adolescentes de origen hispano, en Estados Unidos, se llegó a la conclusión que el comportamiento en cuanto a la actividad sexual era explicada por las siguientes variables; el no estar en la escuela, no afiliación religiosa, edad, menor involucramiento de las mismas en la iglesia, menarquia a una edad mayor que la promedio, el no vivir con ambos padres a la edad de 14 años. (43).

- En 1989 se llevó a cabo un estudio en México acerca de conocimientos y uso del preservativo en población en general, trabajadoras del sexo y hombres homosexuales y bisexuales, el promedio de edad de la población en general fue de 26 años; 56% estaban casados y la principal ocupación fue de ama de casa. De las trabajadoras del sexo 59% eran solteras, 18% estaban casadas y 23% eran divorciadas o unidas. Promedio de edad de los hombres homosexuales y bisexuales fue de 22.7 años; 92% eran solteros. Sólo 57% de la población general, 48% de las trabajadoras del sexo y 56% de los hombres homo y bisexuales reconocieron al SIDA como la más seria de las ETS. El uso del preservativo fue considerado como una medida efectiva para prevenir la transmisión del SIDA por 78%, 88% y 95% de los participantes, respectivamente. En los tres grupos de estudio el preservativo fue visto ampliamente como un método de planificación familiar. El número promedio de parejas sexuales en los cuatro meses que habían precedido el estudio fue,



1 para la población general, 18 para las trabajadoras del sexo y 4 para los hombres homo-bisexuales.

El uso del preservativo alguna vez, fue reportado por 48% de los hombres 34% en las mujeres en el grupo de población en general, 73% en trabajadoras del sexo y 60% en hombres homo-bisexuales, solamente el 9%, 3%, 37% y 30% respectivamente había usado el preservativo en el encuentro sexual más reciente. Y por otra parte 50% de los hombres y 28% de las mujeres de la población en general, 85% de las trabajadoras del sexo y 82% de los hombres homobisexuales indicaron una disposición al uso del preservativo en el próximo contacto (22).

- En 1989 un estudio realizado por la NCHS informó que la ausencia de religión se asoció con mayor riesgo, es decir que la pertenencia a un credo religioso proveía la protección de no ser castigado con esa enfermedad. También la creencia de que el uso del preservativo era innecesaria si la conducta sexual era monogámica.

-Se realizó una encuesta en Santiago de Chile, en cien trabajadoras del sexo, heterosexuales, sobre aspectos epidemiológicos, socioculturales y conocimientos sobre ETS y SIDA. En ellas se comprobó que no poseen los conocimientos adecuados sobre los mecanismos de transmisión de las ETS y SIDA, creyendo incluso que se previene practicando el sexo oral y anal y lógicamente no conocen adecuadamente las medidas preventivas y de higiene (17,18).

- En 1989 en Callao Perú se aplicó un programa de intervención en salud que tuvo como objetivo principal reducir la incidencia de infección por el virus de inmunodeficiencia humana y otras enfermedades de transmisión sexual en una cohorte de 836 mujeres que ejercen la prostitución en el puerto del Callao, próximo a Lima. De este complejo metropolitano Lima-Callao de aproximadamente seis millones de habitantes proceden el 93% de los casos notificados.

El programa tuvo tres componentes : Educación, atención en salud reproductiva y ETS, y promoción del uso del preservativo. Al inicio de la intervención se hizo un estudio basal para determinar la prevalencia de ETS y anticuerpos contra VIH, así como el nivel de conocimientos acerca del preservativo. A los cinco y diez meses se efectuaron dos estudios transversales. Los logros más importantes fueron la modificación de los conocimientos y actitudes frente al SIDA, el aumento del uso del preservativo y la reducción de la prevalencia de gonorrea. La prevalencia de VIH que al inicio fue de 0.31% se duplicó al final de la intervención. Durante el estudio se registraron dos seroconversiones que corresponden a una incidencia de 0.31%, duplicando la incidencia



observada en el año precedente. Los casos que seroconvirtieron hicieron poco uso de los servicios del programa.

Se concluye que hay transmisión activa de infección por VIH en este grupo y que un programa de atención integral puede contribuir a reducir el riesgo de transmisión de VIH y de ETS. También se comenta las consecuencias de este estudio para la implementación de estrategias adecuadas para atender a grupos en riesgo de adquirir la infección por VIH.(19).

-En 1989 en Rosario Argentina se realizó una encuesta a jóvenes de 14-24 años con relación a la dificultad de modificar actitudes concluyendo que el conocimiento sobre SIDA no ha modificado el comportamiento de manera apreciable. (32).

- En 1990 en Chicago se realizó un estudio de la autopercepción de riesgo de contraer el SIDA, el estudio informa que es necesario comprender que las teorías de salud comunitaria deben basarse en la percepción de riesgo, para hacer efectivo los programas de prevención y orientarse a producir cambios, por lo tanto, partir del conocimiento de: Como la gente procesa y recibe la información de aceptar que se conoce poco del comportamiento sexual de la gente en general. Concluye el estudio que la autopercepción de contraer SIDA explica el cambio individual de comportamiento.(33)

- En 1982 se llevó a cabo un estudio acerca del conocimiento que existe sobre SIDA en trabajadoras del sexo mexicanas .En México las municipalidades caen dentro de tres categorías respecto a la regulación de la prostitución. El comercio sexual controlado municipalmente, la semicontrolada y la no controlada, así también estas municipalidades proveen de educación sobre SIDA a las trabajadoras del sexo. En el estudio se encontró que el conocimiento de las trabajadoras del sexo era bajo en relación al que presentaba las de las áreas urbanas. Las trabajadoras del sexo que eran controladas por la municipalidad presentaron mayor conocimiento acerca del SIDA que sus compañeras semicontroladas. Muchas de ellas refirieron al médico como la principal fuente de información sobre SIDA, las controladas por la municipalidad principalmente. Se pudo comprobar que el uso del preservativo era virtualmente inexistente, aunque sí referían haber sido informadas sobre su uso en la prevención del SIDA, citando como razón la oposición del cliente para su uso como el principal obstáculo. (42).

## ESTUDIOS NACIONALES.

- En 1989 en Guatemala se realiza la tesis titulada: Conocimientos y actitudes respecto al SIDA en grupos de alto riesgo. Obteniéndose la muestra en la Granja Penal de Canadá Escuintla y en la clínica de profilaxia sexual del departamento de Santa Rosa en trabajadoras del sexo. Concluye el estudio que un buen porcentaje no conocían sobre el SIDA, tienen conocimientos empíricos y adoptan actitudes negativas frente a la misma. 51.9% no conoce medidas de protección contra el SIDA; 32.39% consideran que existen personas que pueden curarlo, 18.1% conocen a los grupos considerados de alto riesgo; 47.71% al convivir con un enfermo de SIDA lo aislaría otros lo matarían. (34).

- En 1990 en Guatemala se realiza la tesis titulada: Creencias actitudes y prácticas de los varones homosexuales en torno al SIDA en 75 individuos de la ciudad. La investigación concluyó que la mitad de la población se encontraba entre los 24-25 años, la mitad de los estudiados iniciaron sus prácticas sexuales alrededor de los 15 años. La práctica que prevaleció en esa población fue la oralidad y la analidad, porque aparentemente la práctica erótica va ligada siempre a los genitales ya sea oral o anal y no directamente oro-anal. El pertenecer a un credo religioso no marcó diferencia en practicar la penetración por el felatio. Según el estudio dos terceras partes son promiscuos y la tercera parte practica la monogamia. En la capa media la mayoría tiene rol sexual activo-pasivo o solo pasivo (anogenital) es decir receptor, aumentando el riesgo de contraer el VIH. (36).

- En 1991 en Guatemala la tesis titulada: Creencias, actitudes y prácticas sobre el SIDA en mujeres de edad fértil mayores de 18 años con o sin factores de riesgo que se encuentran recluidas en el centro de detención de la zona 18 concluyendo que se tiene bajo conocimiento sobre SIDA y que no se han producido cambios de actitud y prácticas que las exponen al riesgo de infectarse con el VIH. Esto fue atribuido al bajo nivel educativo, los tabúes respecto a la sexualidad entre dicha población y la falta de asimilación de la educación e información a pesar de los programas de prevención. Informa el trabajo que el inicio de la actividad sexual a edad temprana (12-15 años) origina mayor probabilidad de tener más compañeros sexuales en la vida (promiscuidad) y mayor riesgo de contraer el VIH. El 51% no utiliza el preservativo, el 38% practica la monogamia. El 100% no menciona la transmisión perinatal. (37).

- En 1991 en la USAC se realiza la tesis titulada Actitudes y conductas sexuales del estudiante universitario de egreso, concluyendo que este grupo (270 estudiantes) presentaba conductas que lo ponía en riesgo de adquirir enfermedades de transmisión



sexual y VIH tales como : Inicio temprano de la actividad sexual, 49% antes de los 15 años; promiscuidad heterosexual, homo y bisexual, 33% tenían antecedente de ETS, 35% usa poco el preservativo, 24% admitieron haber sido víctima de abuso sexual en su niñez o adolescencia. Según el estudio la mujer tiene una falsa sensación de seguridad ya que sólo el 30% se considera en riesgo de contraer SIDA. (37).

- En Guatemala se realizó una tesis titulada : Creencias actitudes y prácticas en adolescentes en grupos de alto riesgo con relación al SIDA. Concluye el estudio que la mayoría de jóvenes tiene una proporción más alta de creencias que de conocimientos, contrario a lo demostrado por el sexo femenino. La población sexualmente activa, por las prácticas de alto riesgo experimentan estar más expuestas a contraer ETS y el VIH. La pertenencia o no a un credo religioso no marcó ninguna diferencia en cuanto a las respuestas. 48% hace uso de drogas. Se evidenció que existe una actitud positiva más alta hacia sí mismos si estuvieran enfermos. (38).

-En Guatemala un estudio sobre CAPc en estudiantes de educación media en torno a la sexualidad y SIDA concluyó que la población encuestada presentan factores que lo colocan en alto riesgo de contraer SIDA como las relaciones sexuales genitalizadas a edad temprana.

Los conocimientos que la mayoría de la población posee al respecto del origen del SIDA son empíricos y son sujetos a su propia interpretación , hecho observable en trabajadoras del sexo en lo que se refiere a transmisión y prevención. Lo anterior se debe a que en los programas de control de estas enfermedades, se le da poca importancia al aspecto educacional y preventivo, dedicándose más al diagnóstico y tratamiento. (24,41).

Las creencias y los mitos prevalecen en un porcentaje significativo de las trabajadoras del sexo, en cuanto a transmisión, métodos profilácticos como el preservativo, las prácticas sexuales de las mismas son propicias para que adquieran y transmitan dichas enfermedades. (24,41).

- En Guatemala se realizó un estudio sobre Conductas y factores de riesgo en una población de pacientes con ETS donde se demostró que el 95.7% manifestó tener conocimientos de la existencia del SIDA , pero solamente la mitad se sentía a riesgo de adquirirlo, a pesar de que el 77.3% pareció saber que la principal vía de transmisión es la sexual aunque la mayoría lo relacionaba a homosexualidad y algunos por contacto con trabajadoras del sexo. En cuanto a la transmisión por vía hematogena solamente lo refirió el 14.7% y el 20% tenía una idea errada o simplemente no tenía ninguna, lo que demuestra que la ignorancia es un factor determinante para tener prácticas de riesgo que llevan al contagio con ETS y SIDA. (5).



## VII. METODOLOGIA.

### A. TIPO DE ESTUDIO :

El presente estudio es de tipo Observacional Descriptivo pues es útil para determinar la magnitud del problema.

### B. SUJETO DE ESTUDIO :

El sujeto de estudio de la presente investigación, lo constituyen las trabajadoras del sexo que están inscritas en el programa de profilaxia sexual del centro de salud de la cabecera departamental.

### C. TAMANO DE LA MUESTRA :

Dado que no existe cuantificación de la población femenina afecta al comercio sexual en Coatepeque; la investigación se realizó pretendiendo cubrir la mayor cantidad posible de trabajadoras del sexo que asistieran al programa de profilaxia sexual durante el mes de Abril en el centro de salud de Coatepeque.

### D. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION.

#### 1. Criterios de inclusión:

- Se incluye en el estudio a toda trabajadora del sexo inscrita en el programa de profilaxia sexual que asista en forma frecuente o infrecuente al centro de salud y que en forma voluntaria colabore con el estudio.
- De cualquier religión, edad, estado civil y escolaridad.
- Que ejerza en la cabecera departamental.

#### 2. Criterios de exclusión:

- Trabajadora del sexo que se niegue a colaborar en forma voluntaria.
- Que no ejerza en la ciudad de Coatepeque.
- Que no acuda al programa de profilaxia sexual.

### E. VARIABLES.

#### CREENCIAS :

Definición conceptual.(DC) : Los elementos subjetivos que se generan en la colectividad y su firme conformidad y asentamiento.

miento con alguna cosa o hecho, lo que una persona da por cierto, pero no comprobado bajo el rigor científico.

Definición operacional.(DO) : Expresión verbal de lo que la entrevistada da por cierto ante los aspectos de riesgo y grupos de alto riesgo de contraer SIDA, que se le plantearon en el cuestionario.

Escala de medición.(EM) : Nominal .

#### ACTITUD :

DC : Disposición psíquica ante una experiencia mediante la cual ésta es modificada, o sea un estado de preparación para cierto tipo de actividad.

DO : Reacciones afectivas (positivas o negativas) en relación a afección personal, educación, prevención y transmisión respecto a SIDA.

EM : Nominal.

Positiva; cuando esta de acuerdo al conocimiento científico.  
Negativa; cuando no estan de acuerdo al conocimiento científico.

#### PRACTICA :

DC : Momento del proceso fenoménico que se refleja en acción.

DO : Las actividades categorizadas en : negativas; nocivas al bienestar del hombre. positivas; que favorecen el bienestar del hombre. Respecto a prácticas eróticas, sexuales, uso de preservativo, drogas.

EM : Nominal, de acuerdo a las respuestas.

#### CONOCIMIENTOS

DC : Proceso en el que por medio de la actividad humana el hombre se orienta a reflejar de una manera ideal la realidad objetiva, con fundamento científico.

DO : Conocimientos de la entrevistada que tiene acerca de la transmisión clínica y prevención sobre enfermedades de transmisión sexual ( SIDA ).

EM : correcta , incorrecta.

EDAD :

DC : calculada a partir de la fecha de nacimiento.

DO : Respuesta a pregunta directa.

EM : En años.

ESTADO CIVIL :

DC : Condición en la que se encuentra determinado sujeto con respecto a su libertad de elección marital.

DO : Respuesta directa a la pregunta.

EM : Nominal : soltera, casada, unida, divorciada, viuda.

ESCOLARIDAD :

DC : Grado alcanzado del conjunto de conocimientos y métodos para el desarrollo de las facultades intelectuales por medio de aprendizaje en una institución educacional.

DO : Grado académico que refirió la entrevistada.

EM : Nominal : analfabeta, primaria ( completa-incompleta ); básicos (completa-incompleta); diversificado(completa-incompleta); Universitaria (completa-incompleta)

RELIGION :

DC : Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad y de las prácticas rituales para darle culto.

DO : De acuerdo a la pregunta directa.

EM : Nominal: De acuerdo a la respuesta.

LUGAR DE NACIMIENTO

DC : Area geográfica en donde la persona nació.

DO : Respuesta directa.

EM : Nominal.



PRACTICA EROTICA :

DC : Concretización de la actividad sexual humana en su manifestación corporal.

DO : Heterosexual; con objeto del otro sexo. Homosexual: con objeto del mismo sexo; Bisexual; Con objeto de ambos sexos.

EM : Nominal : de acuerdo a la respuesta.

USO DE DROGAS.

DC : Utilización de drogas.

DO : De acuerdo a la información recabada.

EM : Nominal.

ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL.

DC : Enfermedad resultado de relaciones sexuales con una persona sexualmente infectada.

DO : De acuerdo a la pregunta directa.

EM : Nominal.

F. RECURSOS.

1. Materiales :

a. Económicos :

- Alimentación
- Hospedaje
- Materiales de oficina
- Transporte
- Impresión de tesis
- Imprevistos.

b. Físicos :

- Material de escritorio y oficina
- Boletas de recolección de datos
- Centro de salud
- Biblioteca de : Hospital Roosevelt, USAC , UFM ,Incap, Aprofan.
- Dirección General de servicios de Salud.

## 2. Humanos :

- Trabajadoras del sexo.
- Epidemiólogos.
- Estadistas.

## 3. Legales :

### 3.1 Aspectos éticos de la investigación :

En cuanto al sujeto de estudio, se tomo como base lo contenido respecto a derechos humanos en investigación que estipula :

- Derecho a la privacidad.
- Derecho a la determinación personal.
- El derecho de la conservación de la integridad personal
- El derecho a no recibir ofensa
- El derecho a no estar expuesto a riesgo intrínseco de herirse.

Por lo que luego de informar sobre el tipo de investigación, para que serviría, se garantiza el derecho de la libre participación ( voluntaria ) por medio de la aceptación verbal, así como el carácter confidencial de su participación a través del anonimato.

## G. PLAN PARA LA RECOLECCION DE DATOS.

- Se identifican los grupos de estudio de acuerdo a los criterios establecidos.
- Se tomó la muestra según la información obtenida de la jefatura de área de salud del departamento.
- Se realizó una entrevista dirigida, llenando una boleta de encuesta, las preguntas se le repitieron solamente dos veces a cada persona, de ser necesario. Si luego de esta se requirió que se repitiera nuevamente, se tomó como respuesta nula o desconocimiento del problema y se paso a la siguiente.
- De acuerdo a las respuestas de cada persona se obtendrán datos sobre : conocimientos, actitudes, prácticas y creencias respecto al SIDA. Se categorizarán de acuerdo a los criterios ya establecidos.
- Posteriormente se tabularán los datos para realizar los cuadros estadísticos y analizarlos.
- En la recolección de datos participó únicamente el investigador.
- Para el presente trabajo se solicitó el permiso del Ministerio de Salud respectivo para poder realizarlo bajo las normas establecidas.
- En la boleta de recolección de datos no figuró el nombre de la persona que lo respondió para así poder proteger la confidencialidad de la entrevistada y la confiabilidad de los datos. Para la

validéz de los datos, la boleta de recolección se aplicó a trabajadoras del sexo, en un centro de salud de la ciudad capital.

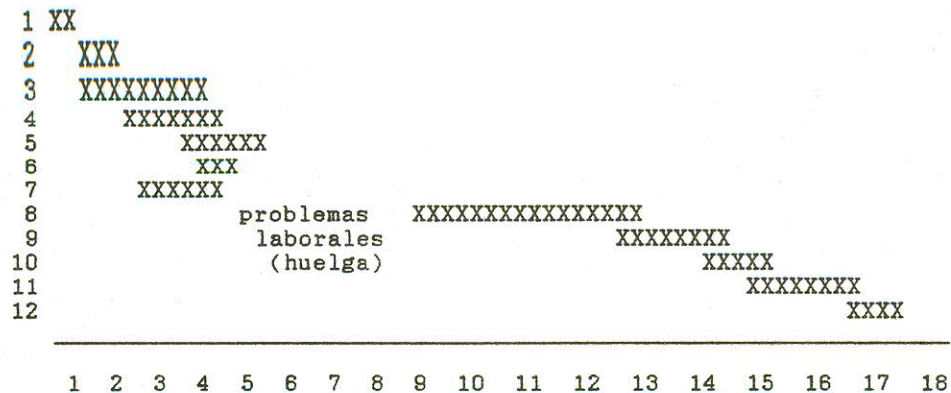
#### H. EJECUCION DE LA INVESTIGACION .

Previa autorización de las autoridades respectivas se procedió a recolectar los datos, a través de , una entrevista (investigador y trabajadora del sexo separados por un cancel ), utilizando como instrumento una boleta en la cual se formulan preguntas a evaluar los CAPc en cada una de las trabajadoras del sexo que asistieron al centro de salud de la ciudad de Coatepeque durante el mes de Abril.



## GRAFICA DE GANTT

### ACTIVIDADES



### SEMANAS

1. Selección de tema.
2. Elección de asesor y revisor.
3. Revisión bibliográfica.
4. Elaboración del proyecto con el asesor y revisor.
5. Aprobación del proyecto en la institución a realizarse.
6. Aprobación del proyecto por la coordinación.
7. Diseño de los instrumentos para la recopilación de datos.
8. Ejecución del trabajo de campo.
9. Procesamiento de datos, tablas y gráficas.
10. Análisis y discusión de resultados.
11. Elaboración de conclusiones, recomendaciones.
12. Presentación del informe final.

## VIII. HIPOTESIS

- 1) Ho: Existe una relación proporcional directa entre grado de escolaridad y conocimiento básico sobre SIDA en las trabajadoras del sexo.
- 2) Ho: Existe una relación proporcional directa entre conocimiento básico sobre SIDA y actitud frente al fenómeno del SIDA.

### A. ANALISIS DE DATOS.

Se asignaron preguntas específicas en el cuestionario a cada hipótesis, este cuestionario se calificó a su vez, según la guía de corrección del mismo incluida en el anexo.

Para la comprobación de las hipótesis, se trabajó a cada una por separado, usando el método de Chi cuadrado:

$$X^2 = \frac{(O-E)^2}{E}$$

O: valor observado.  
E: valor esperado.

$P < 0.05$  = relación estadísticamente significativa.

La valoración en bloque de las preguntas para cada hipótesis fue de la siguiente forma:

Hipótesis 1: preguntas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19.

Total: 19 preguntas.  
14 = > del 70%.

> del 70% de respuestas correctas, se considera que tiene el conocimiento básico acerca del SIDA.

< del 70% de respuestas correctas, se considera que no tiene el conocimiento básico acerca del SIDA.

A dicha decisión se llegó por unanimidad, después de discutirlo con ambos asesores, revisor e investigador.

Hipótesis 2: Preguntas 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26.

Total: 7 preguntas

Las cuales fueron valoradas de la siguiente manera:

Pregunta No. 20 : 10 pts.  
Pregunta No. 21 : 15 pts.  
Pregunta No. 22 : 10 pts.

Pregunta No. 23 : 15 pts.  
Pregunta No. 24 : 25 pts.  
Pregunta No. 25 : 5 pts.  
Pregunta No. 26 : 20 pts.  
Total : 100 pts.

> de 70 puntos, se considera que tiene una actitud positiva en general, frente al fenómeno del SIDA.

< de 70 puntos, se considera que tiene una actitud negativa en general, frente al fenómeno del SIDA.

Se aplico la prueba estadística de riesgo relativo, además para la comprobación de esta hipótesis.

A\*C/B\*D. = 0.0 - 0.3: Beneficio alto.  
0.4 - 0.5: Beneficio moderado.  
0.6 - 0.8: Beneficio insignificante.  
0.9 - 1.1: No tiene efecto.  
1.2 - 1.6: Riesgo no significativo.  
1.7 - 2.5: Riesgo moderado.  
> 2.6: Riesgo elevado.

La valoración de las preguntas varió teniendo en cuenta: 1o. la actividad a la que estas personas se dedican 2o.; hasta el momento no se ha descubierto tratamiento curativo alguno por lo que la actitud que adopten hacia la prevención de la transmisión de esta enfermedad será por demás valiosa. Dicha puntuación y criterio es decisión unánime entre asesores, revisor e investigador.



## IX. PRESENTACION DE RESULTADOS.

TABLA No.1

## DISTRIBUCION ETAREA.

| GRUPO ETAREO. | NUMERO. | PORCENTAJE. |
|---------------|---------|-------------|
| <15a.         | 0       | 0           |
| 15 - 17a.     | 7       | 7.69        |
| 18 - 27a.     | 49      | 53.85       |
| 28 - 37a.     | 28      | 30.77       |
| 38 - 47a.     | 7       | 7.69        |
| TOTAL         | 91      | 100.00      |

Fuente: boleta de encuesta.

Se puede apreciar en la tabla No.1 que el grupo etáreo en el que se distribuyen predominantemente las personas entrevistadas, es en el de 18 a 27 años pues un 53.85% de ésta población pertenece a esa agrupación. La edad promedio fue de 26.9 años.

TABLA No.2

## ESCOLARIDAD

| ESCOLARIDAD         | NUMERO | PORCENTAJE |
|---------------------|--------|------------|
| ANALFABETA          | 25     | 27.47      |
| PRIMARIA INCOMPLETA | 36     | 39.56      |
| PRIMARIA COMPLETA   | 17     | 18.68      |
| BASICO INCOMPLETO   | 5      | 5.49       |
| BASICO COMPLETO     | 5      | 5.49       |
| DIVERSIFICADO       | 3      | 3.31       |
| TOTAL               | 91     | 100.00     |

FUENTE: Boleta de encuesta.

El 27.47% de la población encuestada no sabe leer ni escribir. En el resto de la población (66 personas, 72.53%) un 58.24% ha cursado la primaria ya sea completa (18.69%) o incompletamente (39.56%). Menos del 15% de la población entrevistada tiene estudios de nivel medio o más.

TABLA No. 3

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS  
Y MAYORIA O MENORIA DE EDAD

| EDAD      | GESTAS |    |    |     | PARTOS |    |    |     | ABORTOS |    |   |     |
|-----------|--------|----|----|-----|--------|----|----|-----|---------|----|---|-----|
|           | 0      | 1  | 2  | 36+ | 0      | 1  | 2  | 36+ | 0       | 1  | 2 | 36+ |
| 15 - 17a. | 2      | 5  | -  | -   | 4      | 3  | -  | -   | 5       | 2  | - | -   |
| 18a. ó +  | 8      | 15 | 14 | 47  | 13     | 15 | 19 | 37  | 51      | 31 | 1 | 1   |
| TOTAL     | 10     | 20 | 14 | 47  | 17     | 18 | 19 | 37  | 56      | 33 | 1 | 1   |

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

Como se puede apreciar en este cuadro, más de la mitad de las entrevistadas han tenido tres o más gestas, así también tres o más partos, 61.54% no ha abortado y 36.26% lo ha hecho una vez.

TABLA No. 4

EDAD DEL PRIMER CONTACTO SEXUAL

| EDAD          | NUMERO | PORCENTAJE |
|---------------|--------|------------|
| MENOR DE 15a. | 35     | 38.46      |
| DE 15 - 20a.  | 54     | 59.34      |
| MAYOR DE 20a. | 2      | 2.20       |
| TOTAL         | 91     | 100.00     |

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

Como se puede observar en esta tabla, el 59.34% de las trabajadoras del sexo, entrevistadas, tuvieron su primera relación sexual cuando se encontraban en una edad que oscila entre los 15 y los 20 años y más importante aún lo es, que más de un tercio de esta población, 38.46%, hayan experimentado su primera relación sexual antes de cumplir 15 años.

TABLA No.5  
ANTECEDENTE  
ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL

| E.T.S.      | CASOS | PORCENTAJE |
|-------------|-------|------------|
| GONORREA    | 14    | 56.0       |
| SIFILIS     | 5     | 20.0       |
| PAPILOMAS   | 2     | 8.0        |
| CHANCRO     | 2     | 8.0        |
| HEPATITIS * | 2     | 8.0        |
| TOTAL       | 25    | 100.0      |

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

En esta tabla solamente se colocan los casos que las entrevistadas admitieron, que en su total fueron 16 personas, es decir el 17.58% de la población admitió haber padecido por lo menos alguna de las enfermedades de transmisión sexual, descritas en el cuadro.

\* Las dos personas que dijeron haber padecido de hepatitis no saben con certeza de que tipo de hepatitis enfermaron.

TABLA No.6  
MEDIO POR EL QUE MAS SE HA ENTERADO DEL SIDA.

| MEDIO              | NUMERO | PORCENTAJE |
|--------------------|--------|------------|
| MEDICO             | 44     | 48.35      |
| TELEVISION         | 22     | 24.18      |
| RADIO              | 11     | 12.09      |
| COMPANERAS-TRABAJO | 7      | 7.69       |
| OTROS              | 7      | 7.69       |
| TOTAL              | 91     | 100.00     |

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

El 48.35% de las encuestadas refirió al médico, el medio más importante en la obtención de los conocimientos que poseía, mientras que un total de 36.27% mencionó a los medios de comunicación; 24.18%; la televisión y 12.09% la radio.



TABLA No.7  
CONOCIMIENTO

| PREGUNTAS   | CORRECTO |        | INCORRECTO |       |
|---|----------|--------|------------|-------|
|   | No.      | %      | No.        | %     |
| 1 .Sabe Ud. que es SIDA   | 51       | 56.04  | 40         | 43.96 |
| 2 .Se puede prevenir.   | 74       | 81.32  | 17         | 18.68 |
| USTED PUEDE INFECTARSE DE SIDA AL:                              |          |        |            |       |
| 3 .Al dar la mano.  | 76       | 83.52  | 15         | 16.48 |
| 4 .Al tomar alimentos de donde ha comido una persona infectada. | 76       | 83.52  | 15         | 16.48 |
| 5 .Al dar beso con boca abierta y lengua.                       | 49       | 53.85  | 42         | 46.15 |
| 6 .Al tener relaciones sexuales sin uso de condón.              | 84       | 92.31  | 7          | 7.69  |
| 7 .Por piquete de mosquito.                                     | 34       | 37.36  | 57         | 62.64 |
| 8 .Con pinchazo de aguja contaminada.                           | 76       | 83.52  | 15         | 16.48 |
| 9 .Al mancharse con la sangre de persona infectada.             | 30       | 32.97  | 61         | 67.03 |
| 10.Al usar la ropa interior de persona infectada.               | 43       | 47.25  | 48         | 52.75 |
| 11.Al usar cepillo u hoja de afeitar de persona infectada.      | 65       | 71.43  | 26         | 28.57 |
| 12.Al ir a baño público.  | 38       | 41.76  | 53         | 58.24 |
| USO DEL CONDON.   |          |        |            |       |
| 13.Se coloca cuando hay erección                                | 69       | 75.82  | 22         | 24.18 |
| 14.Si se rompe se debe continuar la relación sexual.            | 91       | 100.00 | -          | ----  |
| 15.Se retira cuando aún hay erección.                           | 45       | 49.45  | 46         | 50.55 |

CONTINUACION DE TABLA No.7

|  |    |        |    |       |
|--|----|--------|----|-------|
| 16. Se puede usar más de una vez   | 91 | 100.00 | -  | ----  |
| 17. Se considera en riesgo de enfermar de SIDA.                          | 57 | 62.64  | 34 | 37.36 |
| 18. Cree que cualquier persona puede padecer de SIDA.                    | 57 | 62.64  | 34 | 37.36 |
| 19. De los mencionados quienes están en mayor riesgo de enfermar de SIDA | 37 | 40.66  | 54 | 58.34 |

---

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

Como se puede observar en la tabla No.7 las preguntas en las que más fallaron las entrevistadas, en orden decreciente, fueron: 9, 7, 12, 19 y 1. Así también se puede identificar que el 100% de las trabajadoras del sexo encuestadas respondieron acertadamente las preguntas 14 y 16, sobre el uso del condón. El 62.64% de las investigadas se considera en riesgo de enfermar de SIDA.

Para respuestas ver anexo 2, Clave de corrección del cuestionario.

TABLA No.8  
ACTITUDES FRENTE AL FENOMENO DEL SIDA

| PREGUNTA   | ACTITUD POSITIVA |       | ACTITUD NEGATIVA |       |
|--|------------------|-------|------------------|-------|
|  | No.              | %     | No.              | %     |
| 20.Si le pidiera hacerse un exámen de sangre para saber si tiene SIDA lo permitiría. | 89               | 97.8  | 2                | 2.2   |
| 21.Que haría usted si se enterara que tiene SIDA.                                    | 73               | 80.22 | 18               | 19.78 |
| 22.Que haría con una persona enferma de SIDA.  | 66               | 72.53 | 25               | 27.47 |
| 23.Viviría usted con algún familiar enfermo de SIDA.                                 | 52               | 57.14 | 39               | 42.86 |
| 24.El uso del condón depende de la confianza que me inspira el cliente.              | 81               | 67.03 | 30               | 32.97 |
| 25.Está interesada en conocer más acerca del SIDA.                                   | 89               | 97.8  | 2                | 2.2   |
| *  |                  |       |                  |       |
| 26.Que es lo que más le preocupa del contagio con SIDA.                              | 89               | 97.8  | 2                | 2.2   |

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

En la tabla se puede observar que las trabajadoras del sexo entrevistadas, se muestran proclives hacia una actitud positiva, con una gran mayoría, 97.8%, en las preguntas: 20, 25 y 26 sin embargo, en cuanto a la convivencia con un familiar su actitud fue en absoluto más dividida ,mostrandose hacia una actitud positiva al respecto, un 57.14% de las encuestadas.

\* Una de las respuestas que se incluyó dentro de las opciones a esta pregunta fue; TEMOR A MORIR la cual se considera como una reacción natural, el número de participantes que contesto dicha opción como respuesta fueron 44 (48.35%) y 45 (49.45%) contestaron como respuesta: TRANSMITIR LA ENFERMEDAD A LOS DEMAS.

Para respuestas ver anexo 2, Clave de corección del cuestionario.



TABLA No.9  
PRACTICAS  
ALTO O BAJO RIESGO

| PREGUNTAS   | BAJO RIESGO |       | ALTO RIESGO |       |
|---|-------------|-------|-------------|-------|
|   | No.         | %     | No.         | %     |
| 27.Cuantos clientes tiene usted al día.                   | 37          | 40.66 | 54          | 59.34 |
| 28.Cuantos días a la semana trabaja usted.                | 16          | 17.58 | 75          | 82.42 |
| 29. Ha tenido relaciones con                              | 88          | 96.70 | 3           | 3.30  |
| 30.Al tener relaciones con clientes usa el condón.        | 88          | 96.70 | 3           | 3.30  |
| 31.Al tener relaciones con su pareja hace uso del condón. | 22          | 24.18 | 69          | 75.82 |
| 32.Tipo de relaciones sexuales                            | 88          | 96.70 | 3           | 3.30  |
| *   |             |       |             |       |
| 33.Utiliza o ha hecho uso de drogas tales como:           | 35          | 38.4  | 53          | 58.24 |

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

La práctica en la que se manifestaron llevarla a cabo con el menor riesgo posible es aquella que involucra el uso del preservativo con el cliente (96.7%) de las entrevistadas. Así mismo el número de días que trabaja a la semana es la práctica que más la pone en riesgo de contraer cualquier enfermedad de transmisión sexual.

Solamente el 3.3% de las entrevistadas admitieron haber tenido relaciones con personas de su mismo sexo, y ese mismo porcentaje admitió haber experimentado relaciones sexuales por vía oral y/o anal además de vaginal.

Para respuestas ver anexo 2, Clave de corrección del cuestionario.

CUADRO No.10

CONOCIMIENTO BASICO SOBRE SIDA SEGUN GRADO DE ESCOLARIDAD

| ESCOLARIDAD                    | CONOCIMIENTO |       |       |       |       |     | TOTALES |       |
|--------------------------------|--------------|-------|-------|-------|-------|-----|---------|-------|
|                                | < 70%        |       |       | > 70% |       |     | No.     | %     |
|                                | No.          | %     | %     | %     | %     | No. |         |       |
| ANALFABETA +<br>LARIA. INCOMP. | 41           | 85.42 | 67.21 | 32.79 | 46.51 | 20  | 61      | 67.03 |
| LARIA. COMP.<br>O MAS          | 7            | 14.58 | 23.33 | 76.67 | 53.89 | 23  | 30      | 32.97 |
| TOTALES                        | 48           | 100   |       |       | 100   | 43  | 91      | 100   |

FUENTE: Boleta de recoleccion de datos

Chi cuadrado=15.53; grados de libertad=1; P<0.01  
Estas diferencias son estadisticamente significativas.

CUADRO No.11  
ACTITUD FRENTE AL FENOMENO DEL SIDA  
SEGUN CONOCIMIENTO BASICO

| CONOCIMIENTO | ACTITUD  |       |       |          |       |    | TOTAL |       |   |
|--------------|----------|-------|-------|----------|-------|----|-------|-------|---|
|              | POSITIVA |       |       | NEGATIVA |       |    | No.   | No.   | % |
|              | No.      | %     | %     | %        | %     |    |       |       |   |
| >70%         | 32       | 53.33 | 74.41 | 25.59    | 35.48 | 11 | 43    | 47.25 |   |
| <70%         | 28       | 46.67 | 58.33 | 41.67    | 64.52 | 20 | 48    | 52.75 |   |
| TOTALES      | 60       | 100   |       |          | 100   | 31 | 91    | 100   |   |

FUENTE: Boleta de recoleccion de datos

Chi cuadrado=2.61; grados de libertad=1; P>0.05  
Esta relacion no es estadisticamente significativa  
R.R=0.48 BENEFICIO MODERADO

TABLA No. 10

CONOCIMIENTO BASICO SOBRE SIDA  
SEGUN GRADO DE ESCOLARIDAD

| ESCOLARIDAD     | CONOCIMIENTO <70% |       | CONOCIMIENTO >70% |       | TOTAL |        |
|-----------------|-------------------|-------|-------------------|-------|-------|--------|
|                 | No.               | %     | No.               | %     | No.   | %      |
| ANALFABETA      | 17                | 18.68 | 8                 | 8.79  | 25    | 27.47  |
| 1ARIA. INCOMP.  | 24                | 26.38 | 12                | 13.19 | 36    | 39.56  |
| 1ARIA. COMP.    | 2                 | 2.2   | 15                | 16.48 | 17    | 18.68  |
| NIVEL MEDIO o + | 5                 | 5.49  | 8                 | 8.79  | 13    | 14.29  |
| TOTAL           | 48                | 52.75 | 43                | 47.25 | 91    | 100.00 |

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

En la tabla No. 10 se observa el resultado de las preguntas de conocimiento científico básico acerca del sida según el grado de escolaridad que fue referido. Se puede notar la diferencia que existe en cada uno de estos grupo y a medida que se avanza en el grado formal de educación también, son menos las personas que poseen un conocimiento menor del 70% de las preguntas del instrumento. Estas diferencias son estadísticamente significativas pues  $\chi^2$  cuadrado= 17.66; grados de libertad = 3;  $p < 0.05$ . Esto evidencia que las de mayor grado escolar alcanzado tienen mejor conocimiento científico básico. Por lo que se acepta la hipótesis nula No. 1.



CUADRO No.12  
RELACION ENTRE ACTITUD Y PRACTICA

| PRACTICA                | ACTITUD  |      |       |          |       | TOTAL |     |       |
|-------------------------|----------|------|-------|----------|-------|-------|-----|-------|
|                         | NEGATIVA |      |       | POSITIVA |       | No.   | No. | %     |
|                         | No.      | %    | %     | %        | %     |       |     |       |
| PRACTICA<br>RIESGOSA    | 28       | 87.5 | 35.9  | 64.1     | 84.75 | 50    | 78  | 85.71 |
| PRACTICA<br>NO RIESGOSA | 4        | 12.5 | 30.77 | 69.23    | 15.25 | 9     | 13  | 14.29 |
| TOTALES                 | 32       | 100  |       |          | 100   | 59    | 91  | 100   |

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

Chi cuadrado=0.13; grados de libertad=1;  $P>0.05$ .  
Esta relación no es estadísticamente significativa.

CUADRO No.13  
ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL SEGUN CONOCIMIENTO

| CONOCIMIENTO | ANTECEDENTE ENFERMEDAD TRANSMISION SEXUAL |     |       |                 |       | TOTAL |     |       |
|--------------|---|-----|-------|-----------------|-------|-------|-----|-------|
|              | CON ANTECEDENTE                           |     |       | SIN ANTECEDENTE |       | No.   | No. | %     |
|              | No.                                       | %   | %     | %               | %     |       |     |       |
| < 70%        | 8   | 50  | 16.67 | 83.33           | 53.33 | 40    | 48  | 52.75 |
| > 70%        | 8   | 50  | 18.6  | 81.4            | 46.67 | 35    | 43  | 47.25 |
| TOTALES      | 16  | 100 |       |                 | 100   | 75    | 91  | 100   |

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

Chi cuadrado=0.06; grados de libertad=1;  $P>0.05$ .  
No existe diferencia estadísticamente significativa.

CUADRO No.14  
 FRECUENCIA EN EL USO DEL CONDON Y  
 USO SEGUN CONFIANZA QUE INSPIRA EL CLIENTE

| FRECUENCIA EN<br>USO DE CONDON | USO SEGUN CONFIANZA QUE INSPIRA EL CLIENTE |     |       |       |       |     | TOTAL |      |
|--------------------------------|--|-----|-------|-------|-------|-----|-------|------|
|                                | NO   |     |       | SI    |       |     | No.   | %    |
|                                | No.  | %   | %     | %     | %     | No. |       |      |
| SIEMPRE O LA<br>MAYORIA        | 69   | 100 | 78.41 | 21.59 | 86.36 | 19  | 88    | 96.7 |
| MITAD DE LAS<br>VECES O MENOS  | --   | 0   | 0     | 100   | 13.64 | 3   | 3     | 3.3  |
| TOTALES                        | 69   | 100 |       |       | 100   | 22  | 91    | 100  |

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

Chi cuadrado=9.73; grados de libertad=1;  $P < 0.005$ .  
 Diferencias que son estadísticamente muy significativas.

## X. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

En base a la metodología que ya fue bien detallada con anterioridad, se trabajo con una población de 91 trabajadoras del sexo y en base a la misma se obtuvieron los resultados anteriormente expuestos.

La edad promedio de las participantes osciló entre los 26 y 27 años, llama la atención que sean tan pocas las personas que son menores de edad sin embargo hemos de recordar que los propietarios de los bares por lo general no envían a aquellas que son menores de edad, para evitar problemas con la ley, y otra situación que escapa de las manos es la prostitución clandestina.

En general, la población encuestada no practica religión alguna (60.44%), así también la gran mayoría de ellas es soltera, el 89%.

Respecto a la escolaridad de esta población el 27.47 % es analfabeta y un 39.56% no ha terminado sus estudios de primaria por lo que nos encontramos que poco más de las dos terceras partes de ellas, tienen una baja escolaridad (67.03%).

El 89.01% de esta población ha estado por lo menos una vez embarazada y más de la mitad (51.65%) lo ha estado 3 o más veces. El 81.33% de esta población tiene por lo menos un hijo. Llama la atención que el 38.46%, más de la tercera parte de la población haya abortado por lo menos una vez.

Mas de la tercera parte de las personas es originaria del país vecino El Salvador, 37.37%.

Así pues he descrito gran parte de las razones por las cuales se podría explicar el porque del trabajo al cual estas personas se dedican; ya que una mujer que tiene por lo menos un hijo ya no digamos más, es soltera, con baja o nula escolaridad, responde a la situación de esta manera, cediendo por otra parte a la presión de una sociedad cuyos valores son el dinero, el poder y la belleza, haciendo que caiga en uno de los grupos con práctica de alto riesgo para contraer el virus de inmunodeficiencia humana y consecuentemente la mortal enfermedad; el SIDA.

En general, este grupo manifestó haber experimentado su primera relación sexual al tener una edad que oscila entre los 15 y los 20 años (59.34%), existe un conjunto, quienes experimentaron el coito por primera vez aún antes de cumplir 15 años y en suma constituyen más de la tercera parte de las trabajadoras del sexo encuestadas (38.46%).

Es bien sabido que el inicio de la actividad sexual a edad temprana, antes de los 15 años principalmente, origina mayor pro-



Es bien sabido que el inicio de la actividad sexual a edad temprana, antes de los 15 años principalmente, origina mayor probabilidad de tener más compañeros sexuales en la vida (promiscuidad) y concomitantemente mayor riesgo de contraer el VIH.

Más de la mitad de las mujeres del estudio revelaron que la persona con quién habían experimentado dicha primera relación sexual, fue el esposo, sin embargo existe un 42.86% de ellas, que dijeron haber tenido esta experiencia con su novio de entonces o con un amigo, ésto aunado a la circunstancia descrita anteriormente origina promiscuidad y por supuesto mayor riesgo de contraer VIH.

Resulta muy notorio que de las participantes en el estudio solamente 16 (17.58%) hicieron saber que habían padecido en alguna ocasión, por lo menos de alguna de las enfermedades de transmisión sexual, descritas en la tabla No. 5 debido quizá al carácter subjetivo del instrumento de recolección de datos. Del total de casos un 36% pertenecen a enfermedades que juegan un papel importante en la aparición de VIH en el afectado, siendo estas: sífilis, papiloma y chancro. No se obtuvo relación alguna significativa entre el antecedente de enfermedad de transmisión sexual y alguna otra variable como edad, conocimiento, actitud o uso de preservativo. Una de las razones por las que se deba ese resultado está mencionado anteriormente, además hay que recordar que la práctica en este grupo es de muy alto riesgo para contraer alguna E.T.S.

En cuanto al medio por el cual las encuestadas han adquirido, de una manera preponderante, el conocimiento que hasta la fecha poseen mencionaron al médico (48.35%) y en cambio, un 24.18% mencionó a la televisión y un 12.09% a la radio, más de una tercera parte de las trabajadoras del sexo señalaron a los medios de comunicación más importantes, como el canal de información principal en la obtención de los conocimientos que tienen.

El 82.42% respondió acertadamente en cuanto a modos de transmisión reconocidos científicamente, así 45.88% de las respuestas se refirió a formas de transmisión no aceptadas científicamente en especial: al mancharse con sangre de una persona infectada, por piquete de mosquito, al ir a un baño público y al dar beso con boca abierta y lengua a persona infectada con VIH. El 81.32% respondió con certeza a cerca del uso del condón. Y menos de las dos terceras partes, 62.64%, de las encuestadas se consideran en riesgo de contraer el SIDA. 40.88% de esta población reconoció a los grupos de personas con prácticas de alto riesgo para contraer el SIDA.

La mayoría de las entrevistadas presentan una actitud positiva hacia si mismas, en caso estuviesen enfermas, también en cuanto a la prevención de ser contagiadas y en el interés por adquirir más conocimiento. La situación en la cual mostraron una

sión científicamente aceptadas. El suicidio como respuesta a que haría en caso de enterarse que tiene SIDA se encontro con mucha más frecuencia en aquellas que tuvieron conocimiento por debajo del 70%.

Las prácticas que son de mayor riesgo para la trabajadora del sexo están relacionadas con el número de clientes que atiende por día, así como el número de días que trabaja a la semana, más de la mitad atiende a 4 o más clientes al día y trabaja todos los días. En cambio el uso del preservativo es la práctica que llevan a cabo con el menor riesgo de contraer el VIH, pues la gran mayoría lo usa siempre o en casi todas las relaciones sexuales con su cliente.

Los resultados obtenidos en este estudio demostraron que hubo diferencia significativa en los conocimientos científicos básicos que poseían las trabajadoras del sexo que habían culminado al menos sexto primaria y aquellas que tenían primaria incompleta o nula escolaridad. Una posible explicación a este tipo de relación sea que aquellas que por lo menos sepan leer y escribir tendrán la ventaja de un mayor acceso a la información que sea distribuida para su lectura en comparación con las analfabetas y además, posiblemente a medida que se avanza en el grado de educación formal, aumenta la formación del individuo en cuanto a cultura general y por otra parte habrá que recordar que en cuanto a educación sexual impartida en las escuelas, en la medida que sea de un grado mayor de escolaridad, más complejo y completo es el conocimiento que se imparte a los alumnos, circunstancias que están fuera del alcance de medición del instrumento de investigación.

La búsqueda de una respuesta adecuada para explicar el fenómeno de una relación no significativa entre conocimiento básico mayor o menor del 70% de las preguntas del instrumento y actitud, representa una difícil tarea. Sin embargo se plantea la siguiente posibilidad: se calificó el cuestionario en base a la existencia de un conocimiento que está científicamente comprobado y como ya se anotó anteriormente existen algunos conocimientos en este grupo investigado, que no están comprobados científicamente y que sin embargo son dados como ciertos por estas personas, el miedo a aquello que no se comprende adecuadamente hace actuar de cierto modo a los individuos y se toman medidas de precaución frente al fenómeno, circunstancia que hará culminar en una actitud positiva la reacción de las trabajadoras del sexo frente al SIDA, pues sabiendo que hasta el momento no existe tratamiento ni vacuna, una actitud preventiva hacia la transmisión es pues positiva.

Las prácticas de las trabajadoras del sexo las colocan como uno de los grupos con mayor riesgo de contraer el SIDA, por lo que aún teniendo buen conocimiento básico o una actitud positiva en general hacia el fenómeno, no habrá relación alguna entre esas

variables y la práctica, hay que recordar además que no es tanto el conocimiento sobre transmisión de la enfermedad, sino la auto-percepción de contraer SIDA, lo que hará la diferencia en el cambio de comportamiento.



## XI. CONCLUSIONES

- 1 .- La población encuestada respondió de manera acertada, (82.42%) en cuanto a modos de transmisión reconocidos científicamente. Así también 45.68% de las respuestas se refirió a formas de transmisión no aceptadas científicamente, en especial: al mancharse con la sangre de persona infectada, por piquete de mosquito, al ir a un baño público y al dar beso con boca abierta y lengua a persona infectada.
- 2 .- 47.25% de esta población posee un buen conocimiento sobre transmisión, prevención y riesgo de adquirir SIDA.
- 3 .- 62.64% de las trabajadoras del sexo, se consideran en riesgo de contraer la enfermedad.
- 4 .- El médico es la principal fuente de información acerca del SIDA (48.35%), seguido por la televisión (24.18%) y la radio (12.09%), para las trabajadoras del sexo.
- 5 .- 65.93% de las entrevistadas tiene una actitud positiva frente al fenómeno del SIDA tanto hacia sí mismas en caso estuviesen enfermas, prevención e interés por conocer más acerca del SIDA.
- 6 .- Las prácticas que son de mayor riesgo para la trabajadora del sexo, están relacionadas con el número de clientes que atiende por día; 59.34% atiende 4 o más, el número de días que trabaja a la semana; 82.42% trabaja 5 o más días y el inicio temprano de la actividad sexual; 38.46% 12 a 15a.
- 7 .- El uso del preservativo, en las relaciones con los clientes, es la práctica que más llevan a cabo con el menor riesgo de contraer SIDA (96.70%).
- 8 .- En la muestra estudiada, existe una relación proporcional y directa significativa entre el grado de escolaridad y la cantidad de conocimiento que poseen las trabajadoras del sexo.
- 9 .- El analfabetismo es factor de riesgo para un conocimiento inadecuado acerca del SIDA, 68% de las personas analfabetas. ( $P < 0.01$ ).
- 10.- El tener conocimiento inadecuado, es un factor de riesgo que guarda una relación moderadamente proporcional con las actitudes de las trabajadoras del sexo frente al fenómeno del SIDA. ( $R.R= 0.48$ ).

## XII. RECOMENDACIONES

- 1 .- Proponer proyectos de investigación de CAPs para elaborar el perfil de los guatemaltecos en relación al SIDA.
- 2 .- Incorporar a los programas educativos a nivel nacional la información necesaria sobre la transmisión y prevención del SIDA.
- 3 .- Divulgar por los medios de comunicación las medidas para la prevención del SIDA en la población en general.
- 4 .- Perfeccionar el presente modelo de investigación para éste y otros temas de importancia social con el fin de profundizar y establecer las relaciones que antropologicamente determinan el comportamiento hacia ésta enfermedad.
- 5 .- Reforzar las prácticas positivas detectadas y eliminar las negativas con programas educativos (modificación de CAPs). dirigidos especialmente a la juventud.
- 6 .- Crear programas de educación permanente, al respecto, para las trabajadoras del sexo, para lograr la autopercepción adecuada del riesgo de contraer el VIH.
- 7 .- Promover la realización de prueba de detección de anticuerpos contra el VIH en forma voluntaria, anónima y confidencial con consejería adecuada.

### XIII. RESUMEN

En el afán de colaborar con los organismos de salud pública, se llevó a cabo el estudio descriptivo sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de las trabajadoras del sexo sobre SIDA, en el municipio de Coatepeque, departamento de Quetzaltenango. En 91 trabajadoras del sexo de la localidad, en los meses de Abril y Mayo.

Obteniendose los resultados: El 37.36% de las trabajadoras del sexo entrevistadas son originarias de El Salvador. El 27.47% son analfabetas y 88% son solteras. Además 36.26% de esta población ha abortado una vez. El 38.46% se inició a edad temprana en las relaciones sexuales (12a. - 15a.). Solamente el 17.58% de las encuestadas admitió haber padecido de alguna de las enfermedades de transmisión sexual como sífilis, chancro, papilomas, gonorrea o hepatitis.

La población encuestada respondió de manera acertada, en 82.42% a las formas de transmisión reconocidas científicamente. Así como 45.88% de las respuestas se refirió a formas de transmisión no aceptadas científicamente. En suma 47.25% de estas trabajadoras del sexo poseen un buen conocimiento sobre prevención, transmisión y riesgo de enfermar de SIDA.

62.64% de la población entrevistada se considera en riesgo de contraer SIDA.

65.93% de las investigadas posee una actitud en general, positiva frente al fenómeno del SIDA.

Las prácticas de mayor riesgo para las trabajadoras del sexo están relacionadas con el número de clientes que atiende por día, el número de días que trabaja a la semana y el inicio temprano de las relaciones sexuales (12 a 15a.). Así como el uso del preservativo, en las relaciones con los clientes, es la práctica que más llevan a cabo con el menor riesgo de contraer SIDA.

El médico es la principal fuente de información acerca del SIDA, seguido de la televisión y la radio, en orden de importancia, para las trabajadoras del sexo.



#### XIV. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.- Acevedo J. Una aproximación a la antropología médica en "Todos los santos Cuchumatán" Huehuetenango. 1,986 Tesis USAC.
- 2.- Admen A.; Blum Jr.; Tuusignant Y; Hankins C. Knowledge, attitude, beliefs and practices related to AIDS, among Montreal residents of Haitian origin. Canadian Journal of public health. 1,990 Mar.-Apr. 81(2): 129-34.
- 3.- Alarcón Jorge. Impact of an educational program on HIV education among registered prostitutes in Callao Perú. Lima; Universidad nacional mayor de San Marcos (Perú): 1,989. 14p.
- 4.- Asociación para investigaciones médicas y socioculturales. Caps. en estudiantes de educación media en torno a la sexualidad y el SIDA. Guatemala 1,992. 1-8p.
- 5.- Bernal B, Arroyave, R. Estudio de algunos aspectos de la prostitución femenina chilena. Rev. chilena obstetricia-ginecología. 1,989.
- 6.- Bond Lidia S. Conocimientos del público sobre el SIDA en Brasil, Rep. Dominicana, Haití y México. Salud Pública de México. SIDA. Perfil de una epidemia. Washington. OMS. 1989. 578-583p.
- 7.- Calderón G. Caps. en adolescentes, en grupos de alto riesgo con relación al SIDA. Guatemala Marzo 1,992 Tesis USAC.
- 8.- Conocimientos sobre ETS en prostitutas femeninas. ETS. Rev. chilena Junio 1,990.
- 9.- Del Busto, José. Médico frente al SIDA. Serie sobre SIDA, proyecto SIDA. 1a. edición 1,990.
- 10.- Díaz Jorge. Prevalencia de VIH y SIDA en la república de Guatemala. Programa nacional de prevención y control del SIDA D.G.S.S. Guatemala Spt. 1,993.
- 11.- Fabián Monzón S. Actitudes y conductas del estudiantado universitario de egreso. Guatemala 1,991 Tesis USAC.
- 12.- Gonepra-Bradi R. A., Gonzáles Martínez P. Human immunodeficiency virus (HIV) antibodies in a population of prostitutes from Mérida, Yucatán and México. Rev. de investigación clínica. 1,987 Jul-Sep.; 39(3) : 305-6
- 13.- Gottlieb M. AIDS New York; Allan Liss 1,984; 10-56.
- 14.- Halpern J. Prevention of STDs the challenge of changing behaviors. Network. 1,992 April 2(4): 16-8.

- 15.- Hernández M. et. al. Sexual behavior and status for human immunodeficiency virus type-1 among homosexual and bisexual males in México city. American Journal of epidemiology. 1,992 April 15; 135 (8): 883-94.
- 16.- Hutchinson Catherine. Characteristics of patients with Syphilis attending Baltimore STD clinics. Arch. Intern. Med. 1,991,159, 511-516.
- 17.- Izazola Licea J.A. et.al. Condom use and Knowledge in general population, female prostitutes and gays and bisexual men. [unpublished] [1,989. 11, 27p].
- 18.- Lisrin L. et. al. Breve historia del SIDA. Population reports. 1,987 Abril;6:12p.
- 19.- López L. CAPs. de los varones homosexuales de la ciudad de Guatemala. 1,990 Tesis USAC.
- 20.- Manuel S. AIDS puts condom in spotlight. Network 1,992 Aug.; 13(1): 24-7.
- 21.- Martin D. J. A study of the deficiencies in the condom use skills of gay men. UCLA School of medicine. Public Health rep. Nov. - Dec. 1,990 105(6) p 838-40.
- 22.- Mayor CP.; Freire H.S.; Morris M. Knowledge and attitude of young person living in Sao Paulo city, toward AIDS. [Unpublished] [1,989.(2). 11p].
- 23.- Mejía Carlos. El preservativo. Oportunidad. AGPCS Guatemala 1,992 Julio - Septiembre, año 2 No. 1.
- 24.- Menéndez César. Creencias, conocimientos, actitudes y prácticas, de estudiantes universitarios en relación al SIDA. 1,992 Mayo-Junio Tesis USAC.
- 25.- Morazán Sandra. Caps. sobre el Sida en mujeres de edad fértil. Guatemala Octubre 1,991 Tesis USAC.
- 26.- MSP. y asistencia social. Boletín epidemiológico, SIDA un problema de salud pública. Guatemala Dic. 1,991; 17-18p.
- 27.- MSP. y asistencia social. Depto. de enfermedades transmisibles D.G.S.S.. Guatemala Dic. 1,991. Junio 1,984-92.
- 28.- MSP. Depto. de vigilancia epidemiológica. Lo que todos debemos conocer del SIDA. Conavisida 1,989 Dic.
- 29.- OMS. Aspectos sociales y sanitarios de las enfermedades de transmisión sexual. Ginebra; 1987.

- 30.- OMS. Lucha contra enfermedades de transmisión sexual. Ginebra 1,985.
- 31.- OPS III conferencia interamericana del SIDA. Washington 1,987.
- 32.- Peterson C. Organazing a project with comunity based on health agents recluted from prostitutes in Rio de Janeiro. Public Health 1,992 May;106 (3): 217-23.
- 33.- Pezzarosi, H E. SIDA conceptos actuales. Med. Interna 1,990.
- 34.- Polanco Estuardo. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre enfemedades de transmisión sexual en prostitutas. 1,991 Té- sis USAC.
- 35.- Population reports. Educación sobre el SIDA un buen comienzo. Baltimore, Sept. 1,989. Serie 1 No.8 27p.
- 36.- Revista del colegio de médicos y cirujanos de Guatemala.Mayo - Agosto 1,993. Vol. 3 No. 2. II época.
- 37.- Rivera G. et. al. Knowlwdge about AIDS among mexican prostitutes. Sociology and social research 1,992 Jan; 76(2) : 74-80.
- 38.- Robert H. et. al. Sexual behavior among hispanic female adolescents in the United States. Pediatrics Jun. 1,990 Vol. 85 No. 6. 1051-58p.
- 39.- Rodriguez Laura, Ph. D. HIV transmission to women in stable relationships. The New England Journal of Medicine Sept. 1,991 Vol. 325 No. 13 p.966.
- 40.- Rohasca Thomas R. et al. Dterminant of self-perceived risk for AIDS. Journal of health and social behavior. Chicago 1,990. Dec. 384-394p.
- 41.- Romero L. A.. Prostitución y drogas. Estudio Psicológico de la prostitución en México y relación con la farmaco- dependencia. México: Trillas, 1,987.
- 42.- Sanabria, E. El problema del hijo de la madre prostituta en el municipio del departamento de Puerto Barrios y la acción del trabajador social, tesis T.S. USAC. Esc. Abril 1,984.
- 43.- Scott DC. AIDS changes attitudes in México. Cristian Science monitor 1,992 OCT. 19;112.
- 44.- Sepulveda Amor J.; et al. Epidemiological and cognoscitives characteristics of the transmission of HIV in México. Salud Pública de México 1988 Jul.- Ag.; 30(4): 513-27.



- 45.- Sont John. "status of AIDS in the Americas" in III international conference on Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). Washington DC. VS. Department of health and human service, who. 1,987.
- 46.- Suplemento El SIDA en Guatemala. Revista del colegio de médicos y cirujanos de Guatemala. Oct.- Dic. 1,992.
- 47.- USAC. Facultad de ciencias médicas, área Ciencias de la conducta. Planificación de la atención médica. Guatemala 1,986 8-9p.
- 48.- USAC. Facultad de ciencias médicas, La atención médica, su problemática, elementos de planificación. Unidad de trabajo. Guatemala 1986. 7p.
- 49.- Vasquez J. Caps sobre el SIDA en una población rural. Guatemala 1,991 tesis USAC.
- 50.- Velasquez Lima F. Conocimientos y actitudes respecto al SIDA en grupos de alto riesgo. Guatemala 1,989 Tesis USAC.
- 51.- Vélez Hernan. et. al. Fundamentos de medicina-enfermedades infecciosas. 4ta. edición 1,991.

XV. ANEXOS.

ANEXO 1

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Fecha: \_\_\_\_\_

DATOS GENERALES.

Edad: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Lugar de Nac.: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS.

Número de gestas: \_\_\_\_\_. Número de partos: \_\_\_\_\_.

Número de abortos: \_\_\_\_\_.

CONOCIMIENTOS.

1. Sabe usted que es el SIDA:
  - A- Una enfermedad que se transmite sexualmente.
  - B- Una enfermedad que sólo le da a los homosexuales.
  - C- Es una mentira, una farsa.
  - D- No sabe.
2. Se puede prevenir el SIDA:----- SI NO  
 Puede usted infectarse con SIDA:
3. Al dar la mano a una persona con SIDA:----- F V
4. Al tomar alimentos de donde ha comido una  
 persona con SIDA:----- F V
5. Al dar beso con boca abierta y lengua a una  
 persona con SIDA:----- F V
6. Al tener relaciones sexuales con hombre o  
 mujer con SIDA sin uso de condón:----- F V
7. Por piquete de mosquito:----- F V
8. Con pinchazo de aguja contaminada:----- F V
9. Al mancharse con sangre de una persona con  
 SIDA:----- F V
10. Al usar ropa interior de una persona infectada: F V
11. Al usar el cepillo dental u hoja de afeitar de  
 una persona infectada:----- F V
12. Al ir a un baño público:----- F V

USO DEL CONDON.

13. Se coloca cuando hay erección:----- SI NO
14. Si se rompe se debe continuar la relación  
 sexual:----- SI NO
15. Se retira cuando aún hay erección:----- SI NO
16. Se puede utilizar por más de una vez:----- SI NO



17. Se considera en riesgo de enfermar de SIDA:---- SI NO
18. Cree usted que cualquier persona puede padecer de SIDA:----- SI NO
19. De los que se mencionan a continuación, quienes están en mayor riesgo de enfermar con SIDA:
- A- Homosexuales. D- Trabajadoras del sexo.
  - B- Bisexuales. E- Todos.
  - C- Drogadictos F- No sé.

### ACTITUDES.

20. Si se le pidiera hacerse un examen de sangre para saber si tiene SIDA, lo permitiría.:----- SI NO
21. Que haría usted si se enterará que tiene SIDA:
- A- Se suicidaría.
  - B- Dejaría de trabajar.
  - C- Continuaría trabajando.
  - D- Buscaría ayuda.
  - E- No haría nada.
22. Que haría usted con una persona enferma de SIDA:
- A- Lo aislaría.
  - B- No le daría importancia.
  - C- Lo ayudaría.
  - D- El se lo buscó y ahora sufre las consecuencias.
23. Viviría usted con algún familiar que estuviera enfermo de SIDA:----- SI NO
24. Al tener relaciones con el cliente, el uso del condón, dependería de la confianza que me inspire:SI NO
25. Que le gustaría saber sobre SIDA:
- A- Quienes son los más afectados.
  - B- Como se previene.
  - C- Cuales son los riesgos que usted corre.
  - D- Como se transmite.
  - E- Todas.
  - F- Ninguna.
26. Que es lo que más le preocupa del contagio de SIDA:
- A- Temor a morir.
  - B- Transmitir la enfermedad a los demás.
  - C- No le preocupa nada.

### PRACTICAS.

27. Cuantos clientes tiene usted al día:
- A- 1-3.
  - B- 4-6.
  - C- Más de 6.
28. Cuantos días a la semana trabaja usted:
- A- 3-4.
  - B- 5-6.
  - C- Todos los días.
28. Con que personas ha tenido relaciones sexuales:
- A- Hombres.
  - B- Mujeres.
  - C- Ambos.

30. Al tener relaciones con clientes usa condón:  
A- Siempre.  
B- La mayoría de las veces.  
C- La mitad de las veces.  
D- Raras veces.  
E- Nunca.
31. Al Tener relaciones con su pareja hace uso del condón:  
A- Siempre.  
B- La mayoría de las veces.  
C- La mitad de las veces.  
D- raras veces.  
E- Nunca.
32. Tipo de relaciones sexuales:  
A- Vaginales. D- Anales.  
B- Vaginales y orales. E- Las tres.  
C- Orales.
33. Utiliza o ha utilizado usted drogas tales como:  
A- Alcohol. D- Drogas inhaladas.  
B- Tabaco. E- Ninguna.  
C- Drogas inyectadas.
34. A que edad tuvo usted su primera relación sexual:  
A- Menor de 15 años.  
B- 15-20 años.  
C- Mayor de 20 años.
- 
35. Con quién tuvo usted su primera relación sexual:  
A- Amigo. C- Cliente.  
B- Novio. D- Otro.\_\_\_\_\_.
36. Fue usted alguna vez objeto de abuso sexual: SI NO
37. Por quién:  
A- Novio. C- Desconocido.  
B- Amigo. D- Otro.\_\_\_\_\_.
38. Ha tenido alguna enfermedad de transmisión sexual como:  
A- Sífilis. D- Hepatitis.  
B- Papilomas. E- Otras.\_\_\_\_\_  
C- Gonorrea.
39. Cual es el medio por el que más se ha informado del SIDA  
A- Radio. D- Periódico.  
B- Televisión. E- Compañeras de trabajo.  
C- Médico. F- Otro.\_\_\_\_\_.

ANEXO 2

CLAVE DE CORRECCION  
DEL CUESTIONARIO

| <u>PREGUNTA</u> | <u>CORRECTO</u> | <u>INCORRECTO</u> |
|-----------------|-----------------|-------------------|
| 1               | A               | B, C, D.          |
| 2               | SI              | NO.               |
| 3               | FALSO (F)       | VERDADERO (V).    |
| 4               | F               | V                 |
| 5               | F               | V                 |
| 6               | V               | F                 |
| 7               | F               | V                 |
| 8               | V               | F                 |
| 9               | F               | V                 |
| 10              | F               | V                 |
| 11              | V               | F                 |
| 12              | F               | V                 |
| 13              | SI              | NO                |
| 14              | NO              | SI                |
| 15              | SI              | NO                |
| 16              | NO              | SI                |
| 17              | SI              | NO                |
| 18              | SI              | NO                |
| 19              | E               | A, B, C, D, F.    |

ACTITUD

| <u>PREGUNTA</u> | <u>POSITIVA</u> | <u>NEGATIVA</u> |
|-----------------|-----------------|-----------------|
| 20              | SI              | NO              |
| 21              | B Y/O D         | A, C            |



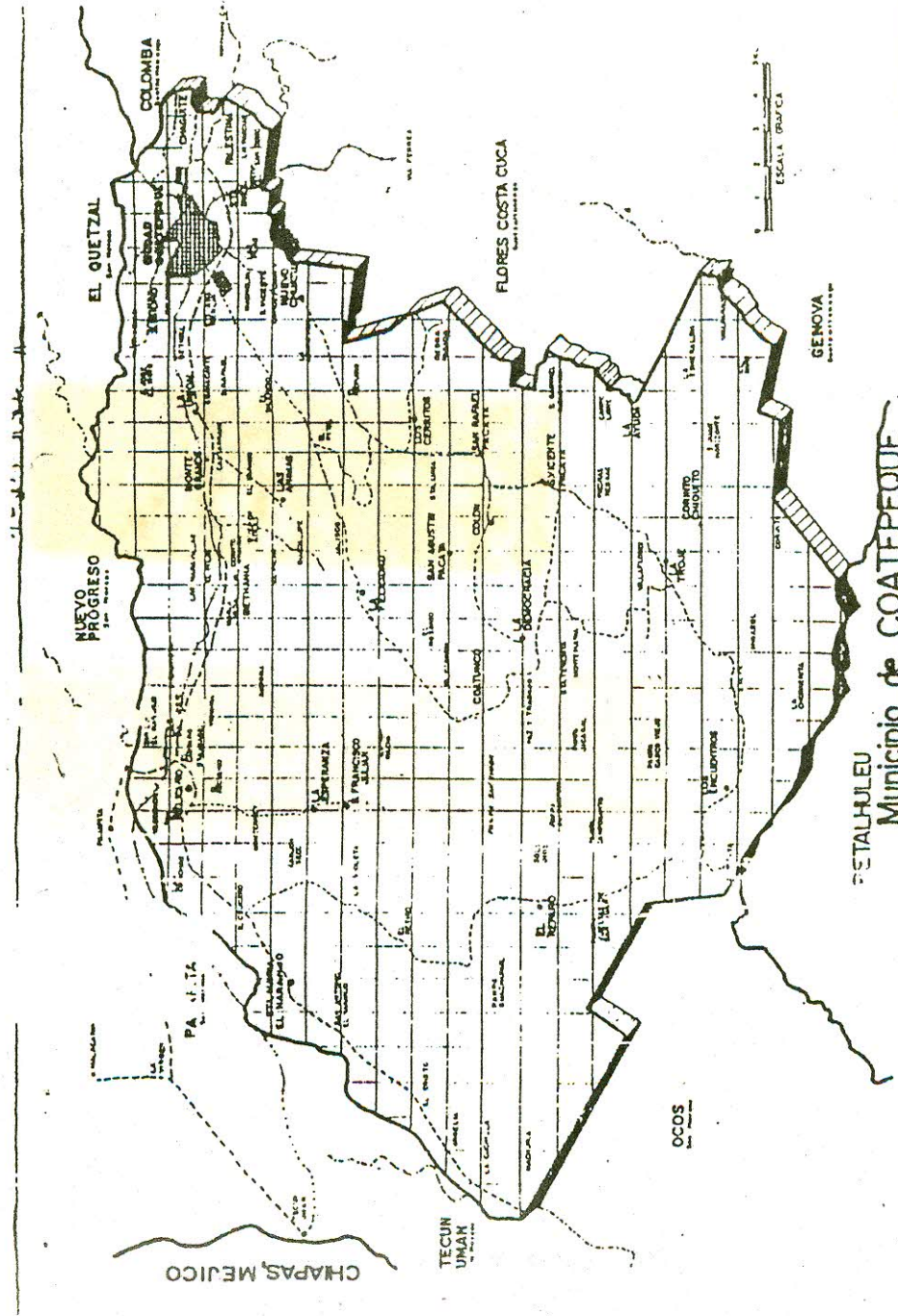
|    |               |          |
|----|---------------|----------|
| 22 | C             | A, B, D. |
| 23 | SI            | NO       |
| 24 | NO            | SI       |
| 25 | A, B, C, D, E | F        |
| 26 | A Y/O B       | C        |

PRACTICAS

| <u>PREGUNTA</u> | <u>BAJO RIESGO</u> | <u>ALTO RIESGO</u> |
|-----------------|--------------------|--------------------|
| 27              | A                  | B, C.              |
| 28              | A                  | B, C.              |
| 29              | A                  | B, C.              |
| 30              | A, B.              | C, D, E.           |
| 31              | A, B.              | C, D, E.           |
| 32              | A                  | B, C, D, E.        |
| 33              | E                  | A, B, C, D.        |
| 34              | A                  | B, C.              |

El resto de preguntas inhiere ciertos antecedentes.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Biblioteca Central



CHIAPAS MEXICO

TECUN  
UMAN

FLORES COSTA CUCA

OCOS

PETALHULEU

**Municipio de COATEPEQUE**  
CENTROS POBLADOS

GENOVA

ESCALA GRU/C.A

NUEVO  
PROGRESO

EL QUETZAL

COLOMBA

PAJITA

EL PROGRESO

LA PALMERA

LA PALMERA

LA PALMERA

LA PALMERA

LA PALMERA

LA PALMERA

LA PALMERA

LA PALMERA

LA PALMERA

LA PALMERA

LA PALMERA

LA PALMERA

LA PALMERA

LA PALMERA

LA PALMERA

LA PALMERA

LA PALMERA