

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE
SIDA EN TRABAJADORAS DEL SEXO

Estudio realizado en 97 trabajadoras del sexo que
asisten al programa de profilaxia sexual del
Centro de Salud de Retalhuleu
Abril 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

MAX GERARDO MENDOZA ROBLES

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA JULIO DE 1994

PROFESOR DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

GUATEMALA, CENTRO AMERICA

FORMA C

Guatemala, 16 de Junio

de 1994.

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

Se informa que el: Maestro de Educación Primaria Urbana, Max Gerardo Mendoza Robles.
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos

Carnet No. No. 8816430

completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre SIDA en trabajadoras 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


Dr. Carlos R. Mejía V.

Asesor

Firma y sello personal


Dr. Edgar Axel Oliva G.

Revisor

Firma y sello

Registro Personal 9374

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

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

El (La) Bachiller: MAX GERARDO MENDOZA ROBLES

Carnet Universitario No. 88-16430

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

"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE SIDA EN TRABAJA-
DORAS DEL SEXO"

Trabajo asesorado por: DR. CARLOS MEJIA

y revisado por: DR. EDGAR AXEL OLIVA GONZALEZ
quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite,
firma y sella la presente

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

Guatemala, 20 de junio de 1994

DR. EDGAR DE LEON BARILLAS
Por. Unidad de Tesis

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

I M P R I M A S E :

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



INDICE

	página
I. INTRODUCCION.....	1
II. DEFINICION DEL PROBLEMA.....	2
III. JUSTIFICACION.....	4
IV. OBJETIVOS.....	5
V. REVISION BIBLIOGRAFICA.....	6
VI. METODOLOGIA.....	28
VII. PRESENTACION DE RESULTADOS.....	36
VIII. ANALISIS Y DISCUSSION DE RESULTADOS.....	54
IX. CONCLUSIONES.....	57
X. RECOMENDACIONES.....	59
XI. RESUMEN.....	60
XII. BIBLIOGRAFIA.....	61
XIII. ANEXOS.....	A-1

I. INTRODUCCION

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), es una enfermedad infecto contagiosa, que no discrimina entre edad, sexo, condición económica, credo religioso, raza, estado civil y nivel de instrucción.

Actualmente aún no existe droga efectiva para combatir la enfermedad y toda persona que adquiere la infección inicia el camino inexorable que lo conducirá a la muerte debido al deterioro gradual de su organismo, quedando como única posibilidad informar a la población con el objeto de lograr un cambio en sus actitudes y costumbres.

El comercio sexual es un factor significativo en la transmisión del VIH, situando a las trabajadoras del sexo en los grupos de alto riesgo de contraer el SIDA; por lo tanto, es muy importante documentar acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas con el fin de identificar e interpretar la forma en que se interrelacionan para crear en base a ello programas de prevención y control realmente efectivos. En los programas de control de ETS se deben canalizar los recursos a mejorar el aspecto educacional preventivo.

El presente trabajo de tesis titulado Conocimientos, Actitudes y Prácticas en trabajadoras del sexo en la ciudad de Retalhuleu sera de beneficio para la prevención primaria del SIDA; según los criterios establecidos por la Organización Panamericana de la Salud, entre los cuales contempla: la determinación de CAP en relación al SIDA por grupos focales y educar e informar en educación sexual.

Para la realización de este estudio se utilizó una boleta de recolección de datos que fue contestada por las trabajadoras del sexo por medio de la entrevista realizada por el investigador. Entre los datos más relevantes se encontro que el 68.04% de las entrevistadas tienen buen conocimiento sobre la prevención, transmisión y riesgo de contraer SIDA; el 51.54% tiene actitud negativa en cuanto a la prevención del SIDA; aproximadamente la cuarta parte tiene antecedentes de haber padecido ETS; el analfabetismo influye en el bajo conocimiento acerca de la enfermedad y el bajo conocimiento sobre dicha enfermedad se asocia significativamente con la adopción de actitudes negativas frente a la misma, al contrario el buen conocimiento de las formas de transmisión no se asocian significativamente con ausencia de ETS.

En las próximas páginas encontraremos una breve revisión bibliografica sobre el SIDA, que incluye: historia, epidemiología fisiopatogenia, manifestaciones clínicas, diagnóstico, tratamiento, prevención, y trabajos relacionados con el tema. Así mismo, la metodología utilizada; la descripción y análisis de la información obtenida; conclusiones; recomendaciones; resumen y bibliografía.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida humana (SIDA) es una infección caracterizada por una enormalidad 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: Protozorios, 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. (24)

El VIH ha infectado a más de diez millones de personas, produciendo 611,589 enfermos de SIDA (hasta marzo de 1993). Más del 50% han sido reportados en América. En Guatemala hasta septiembre de 1,993 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 etéreo 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. (24)

En la población heterosexual guatemalteca se ha detectado el mayor número de casos de SIDA, y el grupo etéreo 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. (24)

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. (34)

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. (24)

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

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. (34)

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. (34)

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. (24,34)

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. (34)

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. (24,34)

IV. OBJETIVOS

-GENERAL:

- Determinar conocimientos, actitudes y prácticas 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.
- Proporcionar a cada sujeto de estudio un plan educacional sobre características propias de la enfermedad y prevención de la misma.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA.

A. CREENCIAS, ACTITUDES Y PRACTICAS.

El hombre siempre se ha visto en la necesidad de buscar formas mas 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. (1)

La educación es el nivel más efectivo para la prevención del SIDA, al detectar y describir las creencias, actitudes y prácticas cas 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 los homosexuales, han acarreado un manejo de las relaciones preconyugales 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. (29,30)

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. (41)

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.

2. Aspectos negativos de la trabajadora del sexo:

- En general es abulida 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. (41,42)

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. (5,8,12)

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. (51)

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. (9)

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). (9)

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. (9,24)

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.

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. (24)

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. (19,24)

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 Re-lated Immunodeficiency). Por estas discrepancias nace en 1,982 el término SIDA síndrome de inmunodeficiencia adquirida. (24)

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. (19,24)

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. (11,24,46,50)

Se desarrolla en 1,985 el análisis de sangre con el test Elisa para detectar anticuerpos contra el VIH. En Estados Unidos se inicia de la sangre donada y se realizan pruebas de medicamentos anti-VIH. En Guatemala se inicia la detección de VIH en sangre. (24)

Un comité internacional en 1,986 escoge el nuevo término virus de inmunodeficiencia humana VIH-1 identificándolo como patógeno humano. (9)

Un segundo virus similar el VIH-2 se ha aislado recientemente en pacientes del Africa occidental quienes manifiestan síntomas parecidos al SIDA. (13,18)

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. (21,24)

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. (27,28)

4. Epidemiología.

La distribución y frecuencia de los individuos infectados por el VIH y enfermos de SIDA en una población área geográfica determinadas, al igual que su evolución en el tiempo, dependen de: 1- El periodo 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. (9,45)

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). (9,24,36).

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. (1,24,45,46)

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 África, un poco más del 10% a Europa y solo 1% a Asia y Oceanía. Para el año 1993 el número de casos notificados de SIDA a nivel mundial es de 611,589. (9,36,45)

6. Situación en América.

El número acumulado de casos notificados de SIDA hasta marzo de 1,993 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. (9,31)

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 1,993:

- 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. (9,10)

El departamento más afectado es el de Guatemala con 361 asintomáticos y 278 sintomáticos. (10)

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. (9,36,51)

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. (9,10,49)

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. (9)

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. (9)

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. (9,44)

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. (9,36,44)

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. (9,24)

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. (9,24,51)

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. (9,24)

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. (9.24)

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 glia. 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 que su 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. (9,36)

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 anormalidades 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, Sarampión)

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 extrainguales, 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. (9,33)

15. Diagnóstico

a. Detección de anticuerpos.

Estos anticuerpos 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. (9,33,46)

b. Detección del antígeno.

Debido a que existe un periodo 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. (46)

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. (51)

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. (9,51)

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. (36)

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. (31)

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. (9,33,46)

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. (23,26,31)

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. (20,23)

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.

Cuando 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, (21,23,39)

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. (23,37)

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. (23)

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. (43)

Debemos aceptar que el peso de la evidencia favoreciendo su uso debe ser tomada en cuenta. (23)

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.

- 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. (5,8,16,46).

En un estudio realizado en la ciudad de Guatemala, el 69% 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. (46)

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. (47,48)

F. PARTICIPACION DE LAS TRABAJADORAS DEL SEXO EN LA PREVENCION 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 95% seis meses después para bajar al 72% un año después. (3,14,32,35)

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 79.9% 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. (22).

- 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 (44).

- 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 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 respuestas se refirió a formas de transmisión no aceptada 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 (2).

- 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 preservativo por parte de este grupo de alto riesgo, implican el rol que desempeñan como fuente continua en la infección por VIH en las mujeres. (15).

- 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.(38)

- 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 homo-sexuales 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 49% 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 (17).

- 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.(44)

-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 (5,8).

- 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 26 enfermedades de transmisión sexual en una cohorte de 636 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.(3).

-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. (6).

- 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. (40)

- En 1992 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 provéen de educación sobre SIDA a las trabajadoras del sexo. En el estudio se encontró que el 27 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 si 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. (37).

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 l 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. (50).

- 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 .(19).

- 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 28 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 mas 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. (25).

- 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. (11).

- 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. (7).

-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. (4,15).

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. (4,15).

- 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. (31,46).

VI.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 Retalhuleu; 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 Retalhuleu.

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 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 Retalhuleu.

- 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 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, Aprofam.
- Dirección General de servicios de Salud.

2. Humanos :

- Epidemiólogos.
- Estadísticos.

3. Legales:

3.1 Aspectos éticos de la investigación :

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. EJECUCION DE LA INVESTIGACION.

Se identificaron los grupos de estudio de acuerdo a los criterios establecidos.

Previa autorización del centro de salud de la ciudad de Retalhuleu se procedio a recolectar los datos, a traves de una entrevista (investigador y trabajadora del sexo separados por un cancel), utilizando como instrumento una boleta en la cual se formulan preguntas destinadas a evaluar los CAF en cada una de las trabajadoras del sexo, 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 pregunta.

De acuerdo a las respuestas de cada persona se obtuvo datos sobre : conocimientos, actitudes, prácticas y creencias respecto al SIDA.

En la boleta de recolección de datos no figuro el nombre de la persona entrevistada para asi poder proteger su confidencialidad y la confiabilidad de los datos. Posteriormente se tabularón los datos para realizar los cuadros estadísticos y hacer su respectivo análisis.

H. 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:

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

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:

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

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

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

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

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

Actitudes: Preguntas 20, 21, 22, 23, 24, 25 y 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.

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

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

La valoración de las preguntas varió teniendo en cuenta: 1o. la actividad a la que estas personas se dedican; 2o. hasta el momentomomento 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 de asesor, revisor e investigador.

Prácticas: Preguntas 27,28,29,30,31,32,33 y 34

Total: 8 preguntas
5= más del 60%

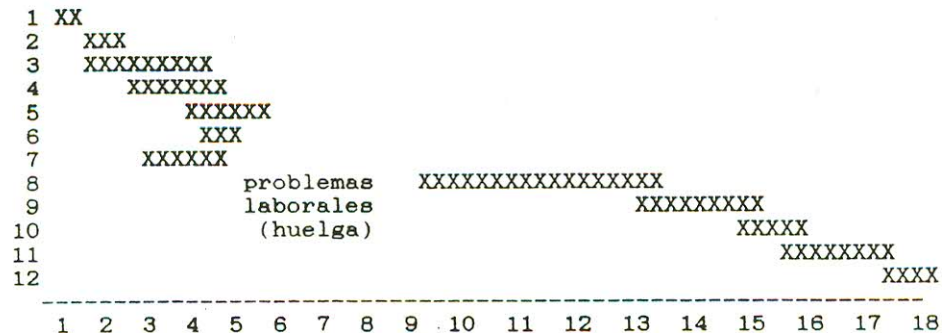
Más del 60% de respuestas correctas, se considera que tiene prácticas sexuales de mayor riesgo.

Menos de 60% de respuestas correctas, se considera que tiene prácticas sexuales de menor riesgo.

Se asume que las trabajadoras del sexo por su misma actividad sexual están de por sí expuestas a adquirir ETS; sin embargo, adoptaran conductas de mayor o menor riesgo relativo de transmisión.

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 y recomendaciones.
12. Presentación del informe final.

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

Descripción de los resultados obtenidos de la encuesta CAP en trabajadoras del sexo en la cabecera departamental de Retalhuleu

DATOS GENERALES

Edad

La distribución etarea de las 97 trabajadoras del sexo fue así: el 77.32% (75) son mayores de 18 años; el 22.68% (22) tienen una edad que oscila entre los 16 y 18 años y ninguna de ellas tiene menos de 15 años.

Estado Civil

El estado civil de las 97 trabajadoras del sexo fue el siguiente: 80.41% (78) son solteras; 10.31% (10) están solamente unidas; el 5.15% (5) son casadas; el 4.12% (4) son divorciadas y ninguna de ellas admitió ser viuda.

Lugar de Nacimiento

La nacionalidad de las 97 trabajadoras del sexo es: el 67.01% (65) son guatemaltecas y el 32.99% (32) son salvadoreñas.

Escolaridad

El nivel de escolaridad de las 97 trabajadoras del sexo fue: 38.14% (37) son analfabetas; 1.03% (1) alfabetas; 38.14% (37) no completaron el nivel primario; 7.22% (7) completaron el nivel primario; 12.37% (12) completaron hasta el nivel secundario y 2.06% (2) son bachilleres.

Religión

La práctica religiosa de las 97 trabajadoras del sexo se distribuyó así: la religión católica es practicada por 19.59% (19); la religión evangélica es practicada por 8.25% (8) y la mayoría de ellas negó tener práctica religiosa actualmente correspondiendo a 72.16% (70).

Antecedentes gineco-obstetricos

No. de gestas	frecuencia	porcentaje
cero	19	19.54
una	32	32.99
dos	19	19.54
tres	13	13.40
cuatro	10	10.30
cinco	2	2.06
seis	2	2.06

No. de partos	frecuencia	porcentaje
cero	25	25.77
uno	24	24.74
dos	22	22.68
tres	14	14.43
cuatro	10	10.31
cinco	2	2.06

No. de abortos	frecuencia	porcentaje
cero	77	79.38
uno	15	15.46
dos	5	5.15

RESULTADOS DE LAS PREGUNTAS

Pregunta No. 1

Sabe usted que es el SIDA?

El 47.42% (46) de las 97 trabajadoras del sexo respondió correctamente y el 52.58% (51) respondieron que no saben que es el SIDA.

Pregunta No. 2

Se puede prevenir el SIDA?

El 74.22% (72) de las 97 trabajadoras del sexo saben que el SIDA se puede prevenir; el 15.46% (15) creen que el SIDA no se puede prevenir y 10.31% (10) no respondieron la pregunta.

Pregunta No. 3

Puede usted infectarse con SIDA al dar la mano a una persona con SIDA?

El 61.85% (60) de las 97 trabajadoras del sexo saben que el SIDA no se transmite al darle la mano a un enfermo; el 29.9% (29) creen que el SIDA si se transmite al darle la mano a un enfermo y un 8.25% (8) no respondieron a la pregunta.

Pregunta No. 4

Puede usted infectarse con SIDA al tomar alimentos de donde ha comido una persona con SIDA?

El 52.58% (51) saben que el SIDA no se transmite al tomar alimentos de donde ha comido una persona con SIDA; el 42.27% (41) creen que el SIDA si se transmite al consumir alimentos de donde ha comido una persona con SIDA y 5.15% (5) no respondieron la pregunta.

Pregunta No. 5

Puede usted infectarse con SIDA al dar beso con boca abierta y lengua a una persona con SIDA?

El 44.33% (43) de las 97 trabajadoras del sexo saben que el SIDA no se transmite por medio del beso; el 45.36% (44) creen que el SIDA si se transmite por medio del beso y 10.31% (10) no respondieron la pregunta.

Pregunta No. 6

Puede usted infectarse con SIDA al tener relaciones sexuales con un hombre que tenga SIDA sin uso de condón?

El 5.15% (5) creen que el SIDA no se transmite al tener relaciones sexuales sin uso de condón; el 91.75% (89) saben que el SIDA si se transmite al tener relaciones sexuales sin uso de condón y 3.09% (3) no respondió la pregunta.

Pregunta No. 7

Puede usted infectarse con SIDA por piquete de mosquito?

El 35.05% (34) de las 97 trabajadoras del sexo saben que el SIDA no se transmite por piquete de mosquito; el 54.64% (53) creen que el sida si se transmite por piquete de mosquito y 10.31% (10) no respondió la pregunta.

Pregunta No. 8

Puede usted infectarse con SIDA con pinchazo de aguja contaminada?

10.31% (10) de las 97 trabajadoras del sexo creen que el SIDA no se transmite con pinchazo de aguja contaminada; el 79.38% (77) saben que el SIDA si se puede transmitir con pinchazo de aguja contaminada y 10.31% (10) no respondió la pregunta.

Pregunta No. 9

Puede usted infectarse con SIDA al mancharse con sangre de una persona enferma de SIDA?

El 38.14% (37) de las 97 trabajadoras del sexo saben que el SIDA no se transmite al mancharse con sangre de una persona enferma; el 52.58% (51) creen que el SIDA si se transmite al mancharse con sangre de un enfermo con SIDA y el 9.28% (9) no respondió la pregunta.

Pregunta No. 10.

Puede usted infectarse con SIDA al usar ropa interior de una persona infectada?

El 43.30%(42) de las 97 trabajadoras del sexo saben que el SIDA no se transmite al usar ropa interior de una persona enferma; el 49.48%(48) creen que el SIDA si se transmite al usar ropa interior de un enfermo y 7.22%(7) no respondieron la pregunta.

Pregunta No. 11

Puede usted infectarse con SIDA al usar cepillo dental u hoja de afeitar de una persona infectada?

De las 97 trabajadoras del sexo el 39.17% (38) creen que el SIDA no se transmite al usar cepillo dental u hoja de afeitar de una persona con SIDA; el 57.73%(56) saben que el SIDA si se transmite al utilizar cepillo dental u hoja de afeitar de una persona enferma y 3.09% (3) no respondieron la pregunta.

Pregunta No. 12

Puede usted infectarse con SIDA al ir a un baño público?

El 44.33%(43) de las 97 trabajadoras del sexo saben que el SIDA no se transmite al utilizar baño público; 47.42% (46) creen

que el SIDA si se transmite al utilizar baño público y 8.25% (8) no respondió la pregunta.

Pregunta No. 13

El condón se coloca cuando hay erección?

De las 97 trabajadoras del sexo 72.16% (70) saben que el condón se coloca cuando hay erección; 14.43% (14) respondieron que el condón no se coloca cuando hay erección y el 13.4% (13) no respondieron la pregunta.

Pregunta No. 14

Se puede continuar la relación sexual si el condón se rompe?

El 13.4% (13) de las 97 trabajadoras del sexo respondieron que la relación sexual se debe continuar aunque se rompa el condón; 84.54% (82) respondió que la relación sexual no debe continuar si se rompe el condón y 2.06% (2) no respondió la pregunta.

Pregunta No. 15

El condón se retira cuando aún hay erección?

De las 97 trabajadoras del sexo, 42.27% (41) respondieron que el condón si se retira cuando aún hay erección; 42.27% (41) respondieron que el condón no se retira cuando aún hay erección y 15.46% (15) no respondieron la pregunta.

Pregunta No. 16

El condón se puede utilizar por más de una vez?

De las 97 trabajadoras del sexo 95.88% (93) respondieron que no se puede utilizar por más de una vez y 4.12% (4) respondieron que el condón si se puede utilizar por más de una vez.

Pregunta No. 17

Se considera en riesgo de enfermar de SIDA ?

De las 97 trabajadoras del sexo, el 61.85% respondió que si está en riesgo de enfermar de SIDA; 17.52% (17) no cree estar en riesgo de enfermar de SIDA y 13.40% (13) no dio respuesta a la pregunta.

Pregunta No. 18

Cree usted que cualquier persona puede padecer de SIDA?

De las 97 trabajadoras del sexo, el 77.32% cree que cualquier persona puede padecer de SIDA; 17.52% (17) no cree que cualquier persona puede padecer de SIDA y 5.15% (5) no respondieron a la pregunta.

Pregunta No. 19

Quienes cree que corren mayor riesgo de enfermar de SIDA?

El 40.21% (39) de las 97 trabajadoras del sexo respondió que todos corren riesgo (homosexuales, bisexuales, drogadictos y trabajadoras del sexo); 21.65% (21) cree que los homosexuales; 10.31% (10) cree que los drogadictos 3.09% (3) los bisexuales; 3.09% (3) trabajadoras del sexo y 21.65% (21) no dio respuesta a la pregunta.

Pregunta No. 20

Si se le pidiera hacerse un examen de sangre para saber si tiene SIDA lo permitiría?

De las 97 trabajadoras del sexo el 100% (97) respondieron que si permitirían que se le hiciera un examen de sangre para saber si tiene SIDA.

Pregunta No. 21

Que haría usted si se enterara que tiene SIDA?

De las 97 trabajadoras del sexo 54.63% (53) dejarían de trabajar; 13.4% (13) buscaría ayuda; 13.39% (13) continuaría trabajando; 9.28% (9) se suicidaría y 9.28% (9) dejaría de trabajar y buscaría ayuda.

Pregunta No. 22

Que haría usted con una persona enferma de SIDA?

68.04% (66) de las 97 trabajadoras del sexo; 17.52% no le daría importancia; 9.28% lo aislarían; 3.09% (3) respondieron que él se lo busco, ahora que sufra las consecuencias.

Pregunta No. 23

Viviría usted con algún familiar que estuviera enfermo de SIDA?

El 62.88% (61) no vivirían con familiar enfermo de SIDA; 35.05% (34) si vivirían con un familiar enfermo de SIDA y 2.06% (2) no respondió a la pregunta.

Pregunta No. 24

Al tener relaciones con el cliente, el uso del condón depende de la confianza que le inspire?

En el 50.52% (49) de las 97 trabajadoras del sexo el uso del condón si depende de la confianza que le inspire; 44.33% (43) no depende de la confianza que le inspire y 5.15 (5) no respondió a la pregunta.

Pregunta No. 25

Que le gustaría saber sobre SIDA?

El 89.69% (87) de las 97 trabajadoras del sexo respondió que le interesa saber sobre SIDA; 5.15% (5) como se transmite; 3.09% (3) no les interesa saber nada sobre el SIDA y 2.06% (2) les gustaría saber como se previene.

Pregunta No. 26

Que es lo que más le preocupa del contagio de SIDA?

El 49.48% (48) de las 97 trabajadoras del sexo respondió que el temor a morir; 30.93% (30) transmitir la enfermedad a los demás; 12.37% (12) el temor a morir y transmitir al enfermedad a los demás y 7.22% (7) respondió que no le preocupa nada.

Pregunta No. 27

Cuantos clientes tiene usted al día?

El 54.64% (53) de las 97 trabajadoras del sexo respondieron que de uno a tres clientes por día; 35.05% (34) entre cuatro a seis clientes por día; 3.09 (3) más de 6 clientes por día y 3.09% (3) no respondió a la pregunta.

Pregunta No. 28

Cuántos días a la semana trabaja usted?

El 24.74% (24) de las 97 trabajadoras del sexo respondió que trabaja entre 3 a 4 días por semana; 15.46% (15) trabajan entre 5 a 6 días por semana; 57.73% (56) trabajan todos los días de la semana y 2.06% (2) no respondió a la pregunta.

Pregunta No. 29

Con qué sexos ha tenido relaciones sexuales?

De las 97 trabajadoras del sexo el 95.88 (93) es heterosexual; 2.06% (2) son bisexuales y 2.06% (2) no respondió a la pregunta.

Pregunta No. 30

Al tener relaciones sexuales con el cliente usa condón?

De las 97 trabajadoras del sexo 37.11% (36) siempre usan condón al tener relaciones con clientes; 35.05 (34) usan condón la mayoría de veces; 8.25% (8) usan condón la mitad de las veces; 12.37% (12) raras veces hace uso del condón y 7.22% (7) nunca hacen uso del condón.

Pregunta No. 31

Al tener relaciones con su pareja hace uso del condón?

De las 97 trabajadoras del sexo 24.74% (24) siempre hacen uso del condón en sus relaciones con su pareja; 2.06% hacen uso del condón la mayoría de las veces; 3.09% hacen uso del condón la mitad de las veces; 2.06% hacen uso del condón raras veces y 68.04% (66) nunca hacen uso del condón.

Pregunta No. 32

Qué vías sexuales utiliza en sus relaciones sexuales?

La vía vaginal es utilizada por el 85.57% (83) de las 97 trabajadoras del sexo; 3.09% (3) utilizan la vía vaginal y oral; 2.06% (2) utilizan la vía anal; 7.02% (7) utiliza las 3 vías (vaginal, oral y anal); 2.06% (2) no respondieron la pregunta y ninguna de ellas admitió practicar el sexo oral exclusivamente.

Pregunta No. 33

Usted ha utilizado o utiliza drogas?

31.96% (31) de las 97 trabajadoras del sexo admitieron utilizar alcohol exclusivamente; 10.31% (10) admitieron utilizar exclusivamente el tabaco; 35.05% (34) no admitió la utilización de drogas; 22.68% (22) admitió utilizar simultáneamente alcohol y tabaco y ninguna de ellas admitió utilizar drogas inyectadas o inhaladas.

Pregunta No. 34

A qué edad tuvo usted su primera relación sexual?

El 40.2% (39) de las 97 trabajadoras del sexo tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años; 59.79% (58) entre los 15 y 20 años y ninguna de ellas tuvo su primera relación sexual después de los 20 años.

Pregunta No. 35

Con quién tuvo usted su primera relación sexual?

El 59.79% de las 97 trabajadoras del sexo respondió que con el novio; 22.66% (22) con el esposo; 14.43% (14) con un amigo y 3.09% (3) con cliente.

Pregunta No. 36

Fue usted alguna vez objeto de abuso sexual?

El 80.41% (78) de las 97 trabajadoras del sexo no admitió haber sido objeto de abuso sexual; 17.52% (17) si admitió haber sido objeto de abuso sexual y 2.06 (2) no respondió a la pregunta.

Pregunta No. 37

Quién abuso sexualmente de usted?

82.47% (80) de las 97 trabajadoras de; sexo no respondieron a la pregunta; 8.25% (8) el novio abusó sexualmente; 5.15% (5) un desconocido; 2.06% (2) un amigo y 2.06% (2) el padrastro.

Pregunta No. 38

Ha tenido alguna enfermedad de transmisión sexual como:

El 13.4% (13) de las 97 trabajadoras del sexo ha padecido gonorrea; 12.37% papilomas; 2.06% (2) sífilis y 72.16% no admitió haber padecido enfermedad venérea.

Pregunta No. 39

Cual es el medio por el que más se ha informado del SIDA?

De las 97 trabajadoras del sexo 26.80% (26) por medico; 22.68% (22) por televisión; 17.52% (17) por radio; 17.52% (17) por otro medio no especificado; 10.30% (10) por compañeras de trabajo y 5.26% (5) por el periódico.

NOTA: Para cuestionario y clave de corrección, consultar anexo 1 y anexo 2 respectivamente.

CUADRO No. 1

NIVEL DE CONOCIMIENTO EN RELACION AL NIVEL DE ALFABETISMO
DE LAS TRABAJADORAS DEL SEXO DE RETALHULEU, ABRIL DE 1,994
(CIFRAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS)

NIVEL DE	CONOCIMIENTO				No.	%
	BAJO		ALTO			
ALFABETISMO	No.	%	No.	%	TOTAL	TOTAL
ANALFABETAS	36	54.55	2	6.45	38	39.18
ALFABETAS	30	45.45	29	93.55	59	60.82
TOTALES	66	100.00	31	100.00	97	100.00

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CHI 2 = 20.47

GRADOS DE LIBERTAD = 1

P < 0.0001 S

S = SIGNIFICATIVO

CUADRO No. 2

ACTITUD EN LA RELACION A NIVEL DE CONOCIMIENTO
DE LAS TRABAJADORAS DEL SEXO DE RETALHULEU, ABRIL DE 1. 994
(CIFRAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS)

CONOCIMIENTO	ACTITUD				TOTAL No.	TOTAL %
	POSITIVO		NEGATIVO			
	No.	%	%	No.		
ALTO	20	42.55	18.00	9	29	29.90
BAJO	27	57.45	82.00	41	68	70.10
TOTALES	47	100.00	100.00	50	97	100.00

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CHI 2 = 6.96

GRADOS DE LIBERTAD = 1

P < 0.005 S

S = SIGNIFICATIVO

CUADRO No. 3

ACTITUD EN LA RELACION A PRACTICAS SEXUALES
DE LAS TRABAJADORAS DEL SEXO DE RETALHULEU, ABRIL DE 1, 994
(CIFRAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS)

ACTITUD	PRACTICAS				TOTAL No.	TOTAL %
	MAYOR RIESGO		MENOR RIESGO			
	No.	%	%	No.		
POSITIVO	10	58.18	41.88	41	51	52.58
NEGATIVO	14	43.84	58.33	32	46	47.42
TOTALES	24	100.00	100.00	73	97	100.00

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CHI 2 = 1.52 NS

GRADOS DE LIBERTAD = 1

NS = NO SIGNIFICATIVO

CUADRO No. 4

USO DEL CONDON EN RELACION A CONFIANZA
DE LAS TRABAJADORAS DEL SEXO DE RETALHULEU, ABRIL DE 1, 994
(CIFRAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS)

USO CONDON	DEPENDE DE LA CONFIANZA				TOTAL No.	TOTAL %
	NO		SI			
	No.	%	%	No.		
SIEMPRE O LA MAYORIA	34	82.933	64.28	36	70	72.16
MITAD DE VECES O MENOS	7	17.07	35.71	20	27	27.84
TOTALES	41	100.00	100.00	56	97	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CHI 2 = 4.09

GRADOS DE LIBERTAD = 1

P < 0.05 S

S = SIGNIFICATIVO

CUADRO No. 5

CONOCIMIENTO SOBRE TRANSMISION EN RELACION A ANTECEDENTE DE ETS
DE LAS TRABAJADORAS DEL SEXO DE RETALHULEU, ABRIL DE 1. 994
(CIFRAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS)

CONOCIMIENTO	ETS				TOTAL No.	TOTAL %
	AUSENTE		PRESENTE			
	No.	%	%	No.		
ALTO	24	33.33	48.00	12	36	37.11
BAJO	48	66.67	52.00	13	69	62.89
TOTALES	72	100.00	100.00	25	97	100.00

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CHI 2 = 1.71

GRADOS DE LIBERTAD = 1

P < 0.250 NS

NS = NO SIGNIFICATIVO

**Descripción de cuadros de CAP sobre SIDA en
trabajadoras del sexo de Retalhuleu.**

Cuadro No. 1

Conocimientos en relación con Nivel de Alfabetismo

Podemos observar que de las 97 trabajadoras del sexo (100): el 39.17% (38) son analfabetas y 60.82% (59) son alfabetas. En tanto, el 68.04% (66) tienen un conocimiento menor de 70% sobre SIDA y 31.96% (31) tienen un conocimiento mayor de 70% sobre SIDA ($P < 0.0001$; RR altamente significativo).

- De las 38 analfabetas, (39.17% de las 97 trabajadoras del sexo), 36 tienen un conocimiento menor de 70% sobre SIDA (94.74% de las analfabetas) y 2 tienen un conocimiento mayor del 70% sobre SIDA (5.26% de las analfabetas).
- De las 59 alfabetas, (60.82% de las 97 trabajadoras del sexo) 30 tienen un conocimiento menor de 70% sobre SIDA (50.85% de las alfabetas) y 29 tienen un conocimiento mayor de 70% sobre SIDA (49.15% de las alfabetas).
- De las 66 trabajadoras del sexo con un conocimiento menor de 70% sobre SIDA (68.04% de las 97 trabajadoras del sexo), 36 son analfabetas (54.55% de las que tienen un conocimiento menor de 70% sobre SIDA) y 30 son alfabetas (45.45% de las que tienen un conocimiento menor de 70% sobre SIDA).
- De las 31 trabajadoras del sexo con conocimiento mayor de 70% sobre SIDA (31.96% de las 97 trabajadoras del sexo) 2 son analfabetas (6.45% de las que tienen un conocimiento mayor de 70% sobre SIDA) y 29 son alfabetas (93.55% de las que tienen un conocimiento mayor de 70% sobre SIDA).

En este cuadro al relacionar nivel de alfabetismo y conocimientos sobre SIDA se plantearon las siguientes hipótesis:

Ho: El nivel de alfabetismo (analfabeta o alfabetas) no influye directamente en el conocimiento menor o mayor sobre SIDA.

H: El nivel de alfabetismo (analfabeta o alfabetas) sí influye directamente en el conocimiento menor o mayor sobre SIDA.

Aplicando el test de significancia χ^2 , obtenemos un valor de 20.47 con un grado de libertad, equivalente a una probabilidad menor de 0.0001 ($P < 0.0001$); por lo tanto la probabilidad de que el nivel de alfabetismo sí influye directamente en el mayor o menor conocimiento sobre SIDA es mayor de 99.5%. La hipótesis nula se rechaza al nivel de significación 0.0001.

En conclusión: el analfabetismo se relaciona con un bajo conocimiento menor de 70% sobre SIDA y el alfabetismo se relaciona con un alto conocimiento mayor al 70% sobre SIDA siendo

esta relación altamente significativa.
Cuadro No. 2

Actitud en relación al nivel de conocimiento

Podemos observar que de las 97 trabajadoras del sexo (100%): el 29.9% (29) poseen un conocimiento mayor de 70% sobre SIDA y 70.10% (68) poseen un conocimiento menor de 70% sobre SIDA. En tanto, el 48.45% (47) adoptan una actitud negativa frente al SIDA.

- De las 29 trabajadoras del sexo con conocimiento mayor de 70% (29.9% del total) 20 adoptan una actitud positiva frente al SIDA (68.96% de las que tienen un conocimiento mayor de 70%) y 9 adoptan una actitud negativa frente al SIDA (31.03% de las que tienen un conocimiento mayor de 70%).
- De las 68 trabajadoras del sexo con conocimiento menor de 70% (70.10% de las 97 trabajadoras del sexo) 27 adoptan una actitud positiva frente al SIDA (39.7% de las que poseen un conocimiento menor de 70%) y 41 adoptan una actitud negativa frente al SIDA (60.29% de las que poseen un conocimiento menor de 70%).
- De las 47 trabajadoras del sexo que adoptan una actitud positiva (48.45% de las 97 trabajadoras del sexo) 20 poseen un conocimiento mayor de 70% (42.55% de las que adoptan una actitud positiva frente al SIDA) y 27 poseen un conocimiento menor de 70% (57.45% de las que adoptan una actitud positiva).
- De las 50 trabajadoras del sexo que adoptan una actitud negativa (51.54% de las 97 trabajadoras del sexo) 9 poseen un conocimiento mayor de 70% (18% de las que adoptan una actitud negativa) y 41 poseen conocimientos sobre SIDA menor de 70% (82% de las que adoptan una actitud negativa).

En este cuadro al relacionar el nivel de conocimiento mayor o menor de 70% con la actitud que adopta (positiva o negativa) las trabajadoras del sexo se plantearon las siguientes hipótesis:

H₀: El nivel de conocimiento mayor o menor no influye directamente en la actitud positiva o negativa que adoptan las trabajadoras del sexo frente al SIDA.

H : El nivel de conocimiento mayor o menor si influye directamente en la actitud positiva o negativa que adoptan las trabajadoras del sexo.

Aplicando el test de significancia χ^2 , obtenemos un valor de 6.96 con un grado de libertad equivalente a una probabilidad menor de 0.010 ($P < 0.010$); por lo tanto; la probabilidad de que el nivel de conocimiento si influye directamente en la actitud positiva o negativa frente al SIDA es mayor de 99%. La hipótesis nula se rechaza al nivel de significancia 0.010 .

H : La actitud positiva o negativa frente al SIDA si influye directamente en la modificación de las prácticas sexuales de menos o más riesgo.

Aplicando el test de significancia χ^2 . obtenemos un valor de 1.52 con un grado de libertad, equivalente a una probabilidad menor de 0.250 ($P < 0.250$); por lo tanto la probabilidad de que las actitudes positiva o negativa frente al SIDA no influye directamente en la modificación de prácticas sexuales de menos o más riesgo, es mayor de 75%. La hipótesis alterna al nivel de significación 0.250 se rechaza; es decir esta asociación es no significativa.

En conclusión: La actitud positiva no influye en la disminución de prácticas sexuales de alto riesgo en las trabajadoras del sexo.

Cuadro No. 4

Frecuencia del uso de condón y su relación con la confianza que inspira el cliente

Podemos observar que de las 97 trabajadoras del sexo (100%): el 72.16% (70) refieren utilizar siempre o la mayoría de las veces el condón y 27.04% (27) refieren utilizar el condón la mitad de las veces o menos. En tanto el 42.27% (41) refieren que el uso del condón si depende de la confianza que le inspire el cliente.

- De las 70 trabajadoras del sexo, (72.16% de las 97 trabajadoras del sexo) que utilizan siempre o la mayoría de veces el condón, 34 de ellos consideran que el uso del condón no depende de la confianza que inspire (48.57% de las que utilizan siempre o la mayoría de las veces el condón)
- De las 27 trabajadoras del sexo (27.84% de las 97 trabajadoras del sexo) utilizan el condón la mitad de las veces o menos, 7 de ellas respondieron que el uso del condón no depende de la confianza que le inspire el cliente (25.92% de las que utilizan condón en la mitad de sus relaciones o menos) y 20 de ellas respondieron que el uso del condón "si" depende de la confianza que le inspire el cliente (74.07% de las que hacen uso del condón en la mitad de sus relaciones o menos).
- De las 41 trabajadoras del sexo (42.27% de las 97 trabajadoras del sexo) respondieron que el uso del condón "no" depende de la confianza que le inspire el cliente, 34 (82.93% de las que el uso del condón siempre o en la mayoría de sus relaciones y 7 utilizan el condón en la mitad de sus relaciones o menos (17.07% de las que el uso del condón no depende de la confianza).
- De las 56 trabajadoras del sexo (57.73% de las trabajadoras del sexo) que respondieron que le uso del condón "si"

En conclusión: El nivel de conocimiento mayor de 70% respecto a SIDA se relaciona con la adopción de una actitud positiva frente al SIDA y el nivel de conocimiento menor de 70% respecto a SIDA se relaciona con una actitud negativa frente al SIDA, el cual es significativo.

Cuadro No. 3

Actitud en relación a prácticas sexuales

Podemos observar que de las 97 trabajadoras del sexo 100%: el 52.57% (51) adoptan una actitud positiva frente al SIDA y 47.42% (46) adoptan una actitud negativa frente al SIDA. En tanto el 24.74% (24) poseen prácticas sexuales con más de 60% de riesgo y 75.25% (73) poseen prácticas sexuales con menos de 60% de riesgo.

- De las 51 trabajadoras del sexo que adoptan una actitud positiva frente al SIDA (52.57% del total) 41 poseen prácticas sexuales con menos de 60% de riesgo (80.38% de las que adoptan una actitud positiva frente al SIDA) y 10 poseen prácticas sexuales con más de 60% de riesgo (19.61% de las que adoptan una actitud positiva).
- De las 46 trabajadoras del sexo que adoptan una actitud negativa frente al SIDA (47.42% del total) 32 poseen prácticas sexuales con menos de 60% de riesgo (69.56% de las que adoptan una actitud negativa frente al SIDA) y 14 poseen prácticas sexuales con más de 60% de riesgo (30.43% de las que adoptan una actitud negativa).
- De las 73 trabajadoras del sexo con prácticas sexuales con menos de 60% de riesgo, (75.25% de las 97 trabajadoras del sexo) 41 poseen una actitud positiva frente al SIDA (56.16% de las que poseen una práctica sexual con menos de 60% de riesgo) y 32 poseen una actitud negativa frente al SIDA (43.84% de las que poseen una práctica sexual con menos de 60% de riesgo).
- De las 24 trabajadoras del sexo con prácticas sexuales con más de 60% de riesgo, (24.74% de las 97 trabajadoras del sexo) 10 de ellas adoptan una actitud positiva frente al SIDA (41.66% de las que tienen una práctica sexual con más de 60% de riesgo) y 14 adoptan una actitud negativa frente al SIDA (58.33% de las que poseen práctica sexual con más de 60% de riesgo).

En este cuadro al relacionar las actitudes positivas y negativas frente al SIDA con las prácticas sexuales con menos y más de 60% de riesgo se plantearon las siguientes hipótesis:

H₀: La actitud positiva o negativa frente al SIDA no influye directamente en la modificación de las prácticas sexuales de menos o más riesgo.

depende de la confianza, 36 utilizan el condón siempre o en la mayoría de sus relaciones (64.28% de las que el uso del condón "si" depende de la confianza) y 20 utilizan el condón en la mitad de sus relaciones o menos (35.71% de las que el uso del condón "si" depende de la confianza).

- En este cuadro al relacionar la frecuencia del uso del condón y la confianza que le inspire el cliente se plantearon las siguientes hipótesis:

Aplicando el test de significancia χ^2 se obtuvo un valor de 4.09 con un grado de libertad equivalente a una probabilidad menor de 0.050 ($P < 0.050$); por lo tanto la probabilidad de que la frecuencia del uso del condón "si" depende de la confianza que le inspire el cliente es mayor a 95%. La hipótesis nula (H_0) se rechaza al nivel de significación de 0.050.

En conclusión: La frecuencia del uso del condón "si" depende de la confianza que le inspire el cliente.

Cuadro No. 5

Conocimientos sobre la transmisión del SIDA y su relación con la prevalencia de enfermedades de transmisión sexual(ETS).

Podemos observar que de las 97 trabajadoras del sexo (100%): 37.11% (36) poseen un conocimiento mayor de 70% sobre transmisión del SIDA y el 62.89%(61) poseen un conocimiento menor de 70% sobre transmisión de la enfermedad. En tanto el 74.23% (72) no admitieron haber padecido (ETS) enfermedad de transmisión sexual y 25.77% (25) si admitieron haber padecido enfermedad de transmisión sexual (ETS).

- De las 36 trabajadoras del sexo que poseen un conocimiento mayor de 70% sobre transmisión de la enfermedad (37.11% de las 97 encuestadas) 24 no admitieron haber padecido transmisión de la enfermedad (37.11% de las 97 encuestadas) 24% no admitieron haber padecido enfermedad de transmisión sexual (ETS) (66.67% de las que poseen un conocimiento mayor de 70% sobre formas de transmisión) y 12 si admitieron haber padecido enfermedad de transmisión sexual (ETS) (33.33% de las que poseen un conocimiento mayor de 70% de formas de transmisión).
- De las 61 trabajadoras del sexo que poseen un conocimiento menor de 70% sobre formas de transmisión (62.89% de las 97 encuestadas) 48 si admitieron haber padecido enfermedad de transmisión sexual (78.69% de las que poseen un conocimiento menor de 70% sobre transmisión de la enfermedad) 13 si admitieron haber padecido enfermedad de transmisión sexual (ETS) (21.31% de las que poseen un conocimiento menor de 70% sobre transmisión).
- De las 72 trabajadoras del sexo que no admitieron haber

padecido enfermedad de transmisión sexual, (ETS) (74.23% del total de las 97 encuestadas) 24 poseen un conocimiento mayor de 70% sobre transmisión (33.33% de las que admitieron haber padecido ETS) y 48 poseen un conocimiento menor de 70% sobre transmisión (66.37% de las que no admitieron ETS).

- De las 25 trabajadoras del sexo que si admitieron haber padecido ETS (25.77% del total de las 97 encuestadas) 12 poseen un conocimiento mayor de 70% sobre transmisión (48% de la que si admitieron ETS) y 13 poseen un conocimiento menor de 70% sobre transmisión (52% de las que si admitieron haber padecido ETS).

En este cuadro al relacionar el nivel de conocimiento sobre transmisión del SIDA y antecedentes de enfermedad de transmisión sexual (ETS) se plantearon las siguientes hipótesis:

Ho: Un nivel de conocimiento mayor de 70% sobre formas de transmisión del SIDA no se relaciona con antecedentes negativos de ETS.

H : Un nivel de conocimiento mayor de 70% sobre formas de transmisión del SIDA no se relaciona con antecedentes negativos de ETS.

Aplicando el test de significancia CHI^2 se obtuvo un valor 1.71 con un grado de libertad equivalente a una probabilidad menor de 0.250 ($P < 0.250$); por lo tanto, la probabilidad de que el nivel de conocimiento mayor de 70% sobre formas de transmisión de SIDA no se relaciona con antecedentes negativos de ETS es mayor de 75%. La hipótesis alterna se rechaza al nivel de significación de 0.250 .

En conclusión: Un mayor conocimiento sobre formas de transmisión del SIDA no se relaciona con antecedentes negativos de ETS.

VIII. ANALISIS Y DICUSION DE RESULTADOS
Análisis de CAP en trabajadoras del sexo
de la ciudad de Retalhuleu, abril 1, 1994

El presente análisis se realizó en base a los datos de CAP sobre SIDA en las trabajadoras del sexo, obtenidos durante la profilaxia sexual en el centro de salud de la cabecera de departamental de Retalhuleu en el mes de abril de 1994, para lo cual se utilizó como instrumento de recolección de datos una encuesta habiéndose descrito anteriormente los resultados de la misma se discuten y analizan aquí los resultados.

El analfabetismo es un factor de riesgo para todo grupo humano, que lo predispone a estar en desventaja económica y socioculturalmente. En este caso el grupo de trabajadoras del sexo, no escapa, de esta realidad, pues de ellas, aproximadamente el 40% son analfabetas, situación que hace que sus oportunidades en la vida sean limitadas, incidiendo en problemas económicos que finalmente hacen que adopten este tipo de trabajo para poder subsistir, predisponiendo a muchas de ellas, a trabajar antes de cumplir su mayoría de edad (en la muestra obtenida 23% son menores de edad), ser madres solteras (de la muestra 80% son solteras y 75% son madres), a migrar periódicamente (1/3 de ellas son salvadoreñas), no poseer práctica religiosa (más del 70% nego practicar alguna religión), a padecer enfermedades de transmisión sexual (1/4 de ellas tiene antecedentes de ETS).

Análizando el impacto que tiene el nivel de alfabetismo en los conocimientos sobre SIDA, es evidente que la condición de analfabeta predispone a tener un conocimiento bajo sobre SIDA (95% de las analfabetas tuvo conocimiento bajo sobre SIDA) y que la mayoría de las que tienen un conocimiento alto sobre SIDA son alfabetas (94% de las que tienen un alto conocimiento sobre SIDA); por lo tanto, el ser analfabeta es un factor de riesgo para adquirir la enfermedad, pues este grupo tiene un bajo conocimiento sobre SIDA, en tanto las alfabetas tienen acceso a mayor información disminuyendo así el riesgo de enfermar.

La mayoría de las trabajadoras del sexo poseen un bajo conocimiento sobre SIDA (aproximadamente 70% de ellas), en tanto un 30% de ellas tienen un alto conocimiento sobre SIDA.

Un alto porcentaje de las trabajadoras del sexo (63%) desconocen los mecanismos por los cuales se transmite el SIDA; sin embargo el 90% de ellas sabe que puede enfermar al tener relaciones sexuales con una persona que tenga SIDA sin uso de condón. La frecuencia de ETS no se modificó significativamente en relación, a si los conocimientos sobre transmisión del SIDA fueron altos o bajos, habiéndose observado que 25% de ellas tienen antecedentes de ETS distribuyéndose de la siguiente forma: 13.4% (13) gonorrea, 12.37% (12) papilomas y 2.06% (2) sífilis.

El conocimiento sobre formas de transmisión, fue más alto en relación a conocimientos generales del SIDA, ello se debe

probablemente, a la poca información e instrucción que específicamente sobre SIDA, se ha dado.

Aproximadamente el 70% refiere usar condón siempre o en la mayoría de sus relaciones sexuales y aproximadamente 30% refieren usarlo la mitad de las veces o nunca; sin embargo, a pesar del alto porcentaje que admitió usar condón regularmente, su uso está condicionado por la confianza que le inspira el cliente, (confianza que probablemente esté determinada por la exigencia machista del cliente a negarse a usar condón) situación que revela que las actitudes, aún cuando sean positivas y sustentadas sobre un buen conocimiento difícilmente modifican el comportamiento o práctica sexual en este grupo, pues su mismo trabajo las obliga a adoptar una práctica sexual de alto riesgo, so pena de ser despedidas por su patrón o a que sus servicios sexuales no sean utilizados por los clientes más exigentes.

En la actualidad lo efectivo y seguro es guardar las reglas de prevención, siendo una medida de prevención (si bien es cierto no con un 100% de seguridad) el uso del condón, que no solo contribuirá a la protección contra el VIH sino también a disminuir la prevalencia de ETS en este grupo, así como el mantener relaciones sexuales monógamas con persona no infectada.

El médico y la televisión son los principales medios por los cuales se han enterado del SIDA seguidos por la radio, siendo el periódico el menos utilizado (probablemente por el alto analfabetismo). El médico debe ser un instrumento de confianza accesible a este grupo que por sus mismas condiciones están expuestas a problemas psicoafectivos.

Respecto al uso de drogas 35.05% no admitió utilizar drogas, 32% utiliza alcohol, situación que contribuye aún más en el uso inadecuado o el no uso del condón, 10% utiliza tabaco y 23% utiliza alcohol y tabaco simultáneamente.

Es interesante observar que ninguna de ellas utiliza drogas inhaladas o inyectadas situación relativamente favorable, pues el uso de drogas inyectadas, constituye un mecanismo de transmisión de la infección, común en el comercio sexual de otros países.

Si analizamos la actitud que adoptan las trabajadoras del sexo frente al SIDA observamos que es levemente negativa y que está influida por el bajo o alto conocimiento que se tiene sobre SIDA. Observando el cuadro No. 2 (Actitud en relación a conocimientos) el 82% de las trabajadoras con actitud negativa tienen un conocimiento bajo referente al SIDA y aproximadamente el 70% de las que poseen un conocimiento alto adoptan una actitud positiva frente al SIDA.

La actitud que posee una persona respecto a determinada situación de vida, hará que ella adopte determinado comportamiento hacia esta situación particular, generalmente buscando su propio beneficio; es decir que las prácticas de una persona serán reflejo directo de la actitud positiva o negativa que ella adopte, en base a su experiencia de vida y conocimiento

respecto a dicha situación; por lo tanto, sería de esperar que en el caso de las trabajadoras del sexo al igual que toda persona las experiencias y conocimientos que ha adquirido en su trabajo determine sus actitudes, y que estas actitudes se reflejen en su comportamiento y práctica sexual; sin embargo, al analizar los datos obtenidos por la encuesta de CAP, vemos que este fenómeno no se cumple en ellas pues obtuvo como resultado al asociar las actitudes y las prácticas sexuales, que las actitudes positivas no se reflejan en un comportamiento o práctica sexual de bajo riesgo para adquirir la enfermedad. Este resultado, quizás no sea sorprendente considerando que por el mismo hecho de que es un comercio sexual, las prácticas y reglas del juego no son fijadas únicamente por las trabajadoras del sexo sino por sus clientes, la mayoría de ellos exigentes. Así mismo los problemas psicoafectivos a los que se exponen las trabajadoras del sexo les provoca fijaciones psíquicas impidiendo un desarrollo normal de su personalidad, distorcionando su actitud mental y llegando a confundir lo bueno con lo malo, lo verdadero con lo falso.

Datos interesantes sobre las prácticas sexuales de este grupo incluyen: más de 50% de ellas tienen entre 1 a 3 clientes por día; más de 50% de ellas trabaja todos los días; 60% de ellas tuvo su primera relación entre los 15 y 20 años; 15% fueron objeto de abuso sexual la mayoría de las veces por el novio; dos quintas partes de ellas nunca usan condón con su pareja; 7% de ellas utilizan las 3 vías en sus relaciones sexuales (vaginal, oral y anal). Considerando que el riesgo de enfermar aumenta por el número de contactos aproximadamente de 7 a 21 contactos por semana practicados por más del 50% de ellas, la edad temprana de inicio sexual, la no utilización de condón con sus parejas y el uso de la vía anal en el 9% de ellas. Deduciéndose de lo anteriormente expuesto el alto riesgo que tienen de adquirir la enfermedad.

Un plan educacional sobre características propias de la enfermedad como prevención e información del uso adecuado del condón fue evidentemente necesario, habiéndose motivando paralelamente a la aplicación de la encuesta, información sobre ellos.

IX. CONCLUSIONES

- 1.- El analfabetismo se relaciona con el bajo conocimiento sobre características y formas de transmisión del SIDA.
- 2.- Las trabajadoras del sexo que tienen un alto conocimiento sobre SIDA generalmente, adoptan una actitud positiva frente a la enfermedad.
- 3.- Las actitudes en las trabajadoras del sexo no influyen en la modificación del comportamiento y práctica sexual.
- 4.- Los antecedentes negativos de ETS en las trabajadoras del sexo, no se asocia con poseer un alto conocimiento sobre transmisión de ETS
- 5.- El 77% de las trabajadoras del sexo son mayores de edad; en tanto, un 23% son menores de edad.
- 6.- El 80% de las trabajadoras del sexo son solteras.
- 7.- El 38% de las trabajadoras del sexo son analfabetas; en tanto, un 62% son alfabetas.
- 8.- El 72% de las trabajadoras del sexo no practica ninguna religión, el 20% son católicas y el 8% son evangélicas.
- 9.- El 67% de las trabajadoras del sexo son guatemaltecas y 33% son salvadoreñas.
- 10.- El 60% de las trabajadoras del sexo tienen un conocimiento bajo sobre los mecanismos de transmisión del SIDA.
- 11.- El 70% de las trabajadoras del sexo refieren utilizar condón siempre o en la mayoría de sus relaciones.
- 12.- Más del 50% de las trabajadoras del sexo adoptan las siguientes actitudes positivas: permitirían que se les realizara una prueba de VIH; dejarían de trabajar y buscarían ayuda si se enteraran que tienen SIDA; ayudarían a una persona enferma de SIDA y les interesa adquirir información de todo lo referente a SIDA.
- 13.- Más del 50% de las trabajadoras del sexo adoptarían una actitud negativa como: no vivirían con un familiar enfermo de SIDA y el uso del condón dependería de la confianza que le inspire el cliente.
- 14.- Las prácticas sexuales de las trabajadoras del sexo que las expone al riesgo de adquirir y transmitir el SIDA son: el contacto con más de un cliente por día; relaciones sexuales diarias; relaciones sexuales antes de los 15 años; el uso del condón en la mitad o menos de sus contactos con clientes

y pareja; la utilización de las tres vías sexuales y el consumo de alcohol.

- 15.- Más de las 3/5 partes de las trabajadoras del sexo admitieron no utilizar nunca el condón en las relaciones con su pareja.
- 16.- Más de la cuarta parte de las trabajadoras del sexo tienen antecedentes de enfermedad de transmisión sexual (ETS).
- 17.- La droga más utilizada por las trabajadoras del sexo es el alcohol. Ninguna de ellas admitió utilizar drogas inyectadas e inhaladas.
- 18.- Los dos medios más importantes por los cuales las trabajadoras del sexo han adquirido información sobre SIDA son el médico y la televisión.

X. RECOMENDACIONES

- 1.- Proporcionar educación sobre características del SIDA y prevención utilizando material audiovisual diseñado para el nivel de cultura y educación de las trabajadoras del sexo, incluyendolo por lo menos cada tres meses en el programa de profilaxia sexual.
- 2.- Hacer accesible la realización de la prueba de VIH en forma confidencial, anónima y voluntaria. Creando programas especificos de vigilancia y control.
- 3.- Proporcionar a las trabajadoras del sexo semanalmente condones como parte del programa de profilaxia sexual.
- 4.- Proporcionar apoyo psicológico profesional a las trabajadoras del sexo.
- 5.- Incluir en los programas de educación desde el nivel primario cursos sobre ETS, SIDA y educación sexual.
- 6.- Hacer uso de los medios de comunicación más utilizados para informar sobre características y prevención del SIDA.
- 7.- Instruir a las trabajadoras del sexo sobre el uso adecuado del condón.
- 8.- Promover en las trabajadoras del sexo los comportamientos que permiten reducir la infección por VIH.

XI. RESUMEN

Para el presente trabajo de tesis titulado CAP en las trabajadoras del sexo de la cabecera departamental de Retalhuleu (estudio obsevacional descriptivo) realizada en el mes de abril de 1994, se encuestó a la totalidad de las trabajadoras del sexo que asistieron a su control de profilaxia sexual (97 trabajadoras del sexo) obteniéndose los siguientes resultados: El 68.04% de las encuestadas tienen un buen conocimiento sobre la prevención, transmisión y riesgo de contraer SIDA; 51.54% tiene actitud negativa en cuanto a la prevención del SIDA ; aproximadamente la cuarta parte tiene antecedentes de haber padecido ETS; el analfabetismo influye en el bajo conocimiento acerca de la enfermedad ; el bajo conocimiento sobre SIDA se asocia significativamente con la adopción de actitudes negativas frente a la enfermedad y por el contrario el buen conocimiento de las formas de transmisión no se asocia significativamnete con la ausencia de ETS.

Así mismo, paralelamente a la aplicación de la encuesta se les impartió educación sobre las características de la enfermedad y su prevención.

XII. BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Acevedo J. Una aproximación a la antropología médica en "Todos los santos Cuchumatanes" 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 Peru. 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. 579-583p.
- 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 estudiantate universitario de egreso. Guatemala 1,991 Tesis USAC.

- 12.- Gonepra-Bradi R. A., González 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 638-40.
- 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. 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 Tesis 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. Departament 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.

XIII. ANEXOS

ANEXO 1

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Fecha: _____

DATOS GENERALES.

Edad: _____ Religion: _____

Estado civil: _____ Lugar de Nac.: _____

Escolaridad: _____

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS.

Numero de gestas: _____. Numero de partos: _____.

Numero de abortos: _____.

CONOCIMIENTOS.

1. Sabe usted que es el SIDA:
A- Una enfermedad que se transmite sexualmente.
B- Una enfermedad que solo 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 condon:-----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 publico:-----F V
- USO DEL CONDON.
13. Se coloca cuando hay ereccion:-----SI NO
14. Si se rompe se debe continuar la relacion
sexual:-----SI NO
15. Se retira cuando aun hay ereccion:-----SI NO
16. Se puede utilizar por mas 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 enfermarse 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 enterara 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 busco 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- Mas de 6. |
28. Cuantos días a la semana trabaja usted:
- | |
|--------------------|
| A- 3-4. |
| B- 5-6. |
| C- Todos los días. |
29. Con que personas ha tenido relaciones sexuales:
- | |
|-------------|
| A- Hombres. |
| B- Mujeres. |
| C- Ambos. |

30. Al tener relaciones con clientes usa condon:
 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 condon:
 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 relacion sexual:
 A- Menor de 15 años.
 B- 15-20 años.
 C- Mayor de 20 años.
-
35. Con quién tuvo usted su primera relacion 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 transmision sexual como:
 A- Sifilis. D- Hepatitis.
 B- Papilomas. E- Otras._____
 C- Gonorrea.
39. Cual es el medio por el que mas se ha informado del SIDA
 A- Radio. D- Periodico.
 B- Television. E- Compañeras de trabajo.
 C- Médico. F-Otro._____.

ANEXO 2

CLAVE DE CORRECCION
DEL CUESTIONARIO

PREGUNTA	CORRECTO	INCORRECTO
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.

PREGUNTA	ACTITUD	
	POSITIVA	NEGATIVA
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

PREGUNTA	PRACTICAS	
	BAJO RIESGO	ALTO RIESGO
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.

ANEXO 3

MONOGRAFIA DEL MUNICIPIO DE RETALHULEU.

A) Organización Geométrica y Población:

A.1) El municipio de Retalhuleu, se encuentra ubicado en la zona suroccidental del país.

A.2) La altura de la cabecera del municipio de la ciudad de Retalhuleu es de 239.00 metros sobre el nivel del mar. Latitud 14 grados 32 minutos 10 segundos; longitud 91 grados 40 minutos 40 segundos; su extensión territorial es de 796 Kilometros cuadrados.

A.3) El municipio de Retalhuleu, departamento de Retalhuleu limita al norte con los municipios de San Sebastián, San Felipe, Nuevo San Carlos, El Asintal, Genova y Coatepeque; estos dos ultimos del municipio de Quetzaltenango; Al Sur con el municipio de Champerico y el Oceano Pacifico; Al Oriente con los municipios de Santa Cruz Muluá y San Andres Villa Seca; Al Occidente con el municipio de Ocos del departamento de San Marcos.

A.4) Vías de Comunicación: Retalhuleu cuenta con vías de comunicación, terrestres, ferreas y marítimas. Entre las terrestres tenemos las carreteras asfaltadas y de tierra entre las cuales tenemos la de Champerico, Mazatenango, Quetzaltenango, etc.

Las carreteras de tierra son lass que conducen a las fincas, aldeas y caseríos. En algunas fincas particulares hay campos de aterrizaje para avionetas. Entre las vías ferreas contamos con el ferrocarril llamado del Sur, que toca Retalhule. Desprendiendose de ahí un ramal para el puerto de Champerico y en el municipio de Santa Cruz Muluá se desprende otro ramal para San Felipe. (versión que ahora ha quedado caduca, pues el ferrocarril solamente llega a la cabecera del departamento). Entre las vías marítimas contamos con el Puerto de Champerico, que es uno de los importantes de la República, ya que en sus aguas atracan barcos de distintos países del Mundo. La ciudad de Retalhuleu está atravesada por carreteras asfaltadas de importancia, como ramales de la ruta Centroamericana II, que va hacia la frontera con la República de Mexico. Su ramal principal se aparta del lugar denominado "cuatro caminos", en jurisdicción de San Sebastián y a los seis Kms. se llega a la ciudad de Retalhuleu, en donde existe una circumvalación sobre el lado Oriente, por donde se puede seguir rumbo al Puerto de Champerico, sin adentrarse a la ciudad. Tambien se llega a la ciudad por el Boulevard Centenario, que tiene cuatro Kms. de extensión, el cual comunica la carretera Internacional Centroamericana II, en el lugar denominado "Ocosito", por el lado poniente, donde se conecta con el anillo periferico, que lleva hasta el complejo deportivo "Abaj Takalik".

A.5) Clima: los vientos alisios predominantes en esta región, hacen más benigno el clima de las zonas costeras bajas; la creciente y pronta elevación del terreno permite que el clima este sujeto a cambios, partiendo de los cálidos niveles de la

costa, pasando por los templados y húmedos de la boca costa, terminando en las frescas zonas colocadas a más de 3,000 pies brindando así variedad de climas confortables.

A.6) Accidentes Hidrográficos: Ríos, Bolas, Sis, Tzununá, Samalá, Ocosito, Ixpatz, Pucá y Xulá.

A.7) Población: La población del municipio, estimada para el año de 1,986 es la siguiente:

Urbana.....	22,001
Rural.....	24,651
Total.....	46,652