

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIONAL EN MUJERES
TRABAJADORAS DEL SEXO"

Estudio en 150 mujeres que se dedican al comercio sexual y asisten al Centro de Profilaxia Sexual de Ciudad Capital de Guatemala, noviembre - diciembre 1993. Guatemala.

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

P O R

MIGUEL ANGEL RAMIREZ MERIDA

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, OCTUBRE DE 1994.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Dirección General de Servicios de Salud
9a. Av. 14-65, zona 1 Tels. 21801 al 3 y 536071 al 5
Guatemala, C. A.

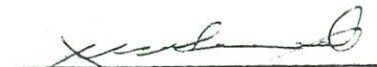
DL
05
T(72-86)

GUATEMALA 7 OCTUBRE 1994

DOCTOR
EDGAR DE LEON BARILLAS
COORDINADOR DE TESIS
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS

Estimado Dr. De Leon :

Por este medio me refiero al trabajo de investigación de tesis del Br. MIGUEL ANGEL RAMIREZ MERIDA titulado "EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIONAL EN MUJERES TRABAJADORAS DEL SEXO", dicho estudio se realizó en el CENTRO DE PROFILAXIA SEXUAL de la Ciudad Capital de Guatemala. Guatemala siete de octubre de mil novecientos noventa y cuatro.


DR. JOSE POLANCO

DIRECTOR
CENTRO DE PROFILAXIA SEXUAL





FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 23 de Septiembre de 1994

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

Se informa que el: BACHILLER EN CIENCIAS Y LETRAS MIGUEL ANGEL
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos
RAMIREZ MERIDA Carnet No. 80-12160
completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIONAL 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


Aseesor
Firma y sello personal

LICENCIADO
Luis Samuel Arica Solis
NUTRICIONISTA
COLEGIADO 692




Revisor
Firma y sello
Registro Personal 12191

Dr. MIGUEL ANTONIO CHACÓN BOLAÑOS
COL. No. 1433

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: MIGUEL ANGEL RAMIREZ MERIDA.-

Carnet Universitario No. 80-12160

Ha presentado para su Examen General Público, previo a optar al
Título de Médico y Cirujano, el trabajo de Tesis titulado:
EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIONAL EN TRABAJADORAS DEL SEXO

Trabajo asesorado por: LIC. LUIS ISAMEL ARIZA SOLIS

y revisado por: DR. MIGUEL ANTONIO CHACON BOLANOS
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, 23 de SEPTIEMBRE de 1994

DR. EDGAR DE LEON BARILLAS
Por Unidad de Tesis

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

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

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



I N D I C E

I.	INTRODUCCION	1
II.	DEFINICION DEL PROBLEMA	2
III.	JUSTIFICACION	3
IV.	OBJETIVOS	4
V.	REVISION BIBLIOGRAFICA	5
VI.	METODOLOGIA	15
VII.	EJECUCION DE LA INVESTIGACION	21
VIII.	PRESENTACION DE RESULTADOS	23
IX.	ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	30
X.	CONCLUSIONES	32
XI.	RECOMENDACIONES	34
XII.	RESUMEN	35
XIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	36
XIV.	ANEXOS	40

I. INTRODUCCION

La nutrición es fundamental para la vida, el trabajo y el bienestar. La nutrición inadecuada o malnutrición es responsable de baja productividad humana y económica de enormes proporciones. En las sociedades en desarrollo, la malnutrición predispone un número considerable de muertes, y el régimen alimenticio insuficiente y las enfermedades conexas afectan a la capacidad de aprender y trabajar, el comportamiento y el bienestar de vastos segmentos de la población. Por consiguiente la nutrición adecuada debe considerarse no solo como un objetivo, sino también, como un medio para lograr el desarrollo económico. Los esfuerzos para combatir el problema de la malnutrición deben centrarse en las necesidades de las personas de todas las edades y de ambos sexos, en oposición con la mayoría de los planes nacionales de nutrición que se dirigen exclusivamente a las necesidades de los niños, de las mujeres embarazadas y lactantes.

En la actualidad es evidente que el problema de la malnutrición en grandes poblaciones radica en la ingesta insuficiente de energía que se relaciona directamente con el problema de ingresos económicos insuficientes.

La bibliografía ha subrayado repetidamente que la malnutrición es causada por una combinación de factores, tales como bajos ingresos económicos, falta de instrucción, ambiente insano, servicios de salud inadecuados, malos hábitos de alimentación, baja productividad agrícola, etc., y que estos factores se afectan unos a otros de modo diferente de acuerdo con la situación particular.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

Diversos estudios han revelado la existencia de un gran problema nutricional, predominantemente por deficiencias en la ingesta de proteínas, calorías y otros micro y macronutrientes en la población guatemalteca en general. Tradicionalmente sólo se han evaluado el estado nutricional de la población materno-infantil, por tratarse de uno de los grupos más vulnerables. Se desconoce por lo tanto, la magnitud del problema en otras poblaciones adultas.

Las trabajadoras del sexo son un grupo muy especial por los muchos problemas sociales que presentan : (alcoholismo, drogadicción, deterioro físico por dicho trabajo, pobreza, bajo nivel educacional, embarazos, mal trato, etc.). Se desconoce, por lo tanto, la magnitud del problema de esta población. Unicamente se cuenta con algunos reportes sobre epidemiología de pacientes adultos hospitalizados con diagnóstico de desnutrición proteico-energética, la cual asciende hasta el 50%, siendo esto solo un reflejo de la severidad del problema a nivel general. Considerando que gran parte de la población no tiene accesos a los servicios de salud, la evaluación del estado nutricional debería ser, pues, parte del cuidado de la salud a todo nivel.

III. JUSTIFICACION

Desde hace muchos años se reconoce que la malnutrición es más prevalente como problema de salud pública en las poblaciones pobres que viven en condiciones socioeconómicas y ambientales adversas, que incluyen vivienda y saneamiento deficiente, exposición a enfermedades infecciosas y parasitarias, atención de salud inadecuados, disponibilidad limitada de alimentos, pocas oportunidades de educación y trabajo, familia numerosa, prácticas desfavorables en la alimentación. Todas estas condiciones pueden influir mucho en la limitación del crecimiento y desarrollo físico y psicológico.

Las trabajadoras del sexo reúnen casi todas esas características sociales, de donde se deduce por consiguiente, que el estado nutricional de ellas está afectado, debido a la naturaleza del trabajo y por causas de la marginación social a que son víctimas.

La evaluación del estado nutricional debería ser, parte del cuidado de salud a todo nivel y en nuestro medio considerando la escasez de recursos humanos, como materiales.

IV. OBJETIVOS

1.-) GENERALES

a) Evaluar el estado nutricional de las trabajadoras del sexo que asisten al Centro de Profilaxia Sexual del Departamento de Guatemala.

b) Determinar el grado de malnutrición en las trabajadoras del sexo que asisten al Centro de Profilaxia Sexual del Departamento de Guatemala.

2.-) ESPECIFICOS

a) Determinar el estado nutricional de las trabajadoras del sexo.

b) Aplicar ecuaciones para predecir el peso ideal.

c) Relacionar el estado nutricional con factores de riesgo como alcoholismo, drogadicción, tiempo de ejercer dicha actividad, anticonceptivos, embarazos, tabaquismo y drogadicción.

d) Recolectar medidas antropométricas en mujeres trabajadoras del sexo (peso, talla y pliegues).

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

Definición. El estado nutricional es la medida del grado en que el individuo alcanza sus necesidades fisiológicas de nutrimentos. Es el estado de balance entre el consumo de nutrimentos y el gasto o necesidad de los mismos en el individuo. McLaren, define el estado nutricional como el resultado del balance entre el aporte de nutrimentos al organismo y el gasto de los mismos.(23 33)

El estado nutricional del individuo tiene un efecto sobre su bienestar físico, mental y social, funcionamiento orgánico, resistencia a enfermedades y crecimiento, por lo que constituye uno de los componentes más importantes del estado de salud del individuo.(24 33)

Factores Condicionantes. El estado nutricional del individuo está condicionado por múltiples factores que afectan en última instancia el consumo de alimentos y la utilización biológica de los mismos, tales factores pueden englobarse en :(7 24 40 46)

Biológicos. Que incluye edad, sexo, estado de salud, fisiológico, herencia.

Sociales. Que comprenden políticas de producción y distribución de alimentos, sistemas de salud, educación y otros.

Económicos. Tales como los ingresos, capacidad de comprar, tenencia de la compra, vivienda y otros.

Culturales. Costumbres, creencias, hábitos alimentarios y otros.

Ambientales. Tales como condiciones sanitarias de la vivienda, sistemas de eliminación de excretas y basura, abastecimiento de agua, condiciones climatológicas y otros.

Son, pues, las causas y efectos de la situación nutricional variadas y complejas, y abarcan todos los sectores de la vida social y económica de un país.(46) Consecuentemente, para el estudio de la situación nutricional de una población o individuo y la búsqueda de soluciones a la problemática alimentario-nutricional, debe adoptarse a un enfoque integral que tome en cuenta todas las variables condicionantes, el grado de importancia de cada variable y el patrón de interrelacionarse entre todas ellas.(24 46)

Evaluación del Estado Nutricional.

Generalidades. Básicamente la evaluación del estado nutricional tiene los siguientes propositos: A) Mejorar el diagnóstico del individuo mediante la evaluación del problema nutricional específico. B) Evaluar las medidas dieto-terapéuticas a seguir y el grado de recuperación del individuo. C) Detectar temprnamente los casos de malnutrición y la población en riesgo, con el objeto de orientar las medidas preventivas.(23 33 34)

La evaluación del estado nutricional puede efectuarse mediante tres tipos de estudios nutricionales: A) Directos, B) Indirectos y C) Ecológicos.

Los métodos directos comprenden investigaciones clínicas, bioquímicas, dietéticas y antropométricas.(24)



Los métodos indirectos se basan en estadísticas vitales, es decir, tasas de morbilidad, mortalidad, natalidad y otras elaboradas por el sector público de salud.(24)

Los métodos ecológicos incluyen investigaciones sobre producción y distribución de alimentos, patrones socioculturales relacionados con hábitos alimentarios, situación económica, y todos aquellos factores que afectan directamente el consumo de alimentos.(24 29)

Métodos Directos.

Investigaciones Clínicas. Estas se basan en un examen físico completo y una historia médica detallada. En el examen clínico debe prestarse atención a la piel, el pelo, los dientes, las encías, la lengua, los ojos y los genitales en el hombre, ya que estas son las áreas principalmente afectadas por las deficiencias nutricionales.(24 29 43)

Investigaciones Bioquímicas y de Laboratorio. Las pruebas bioquímicas pueden reflejar cambios en el aporte de nutrimentos al organismo, ya sea por deficiencias o por excesos, puesto que se altera la composición bioquímica del mismo. Usualmente, las alteraciones bioquímicas preceden a los signos clínicos de la malnutrición, haciéndose entonces posible prevenir o disminuir los efectos nocivos que la misma puede ocasionar, mediante la detección y corrección temprana de la anomalía. Desde el punto de vista de su significado o interpretación, las pruebas bioquímicas y de laboratorio pueden dividirse en dos categorías: Una que indica solo cambios en el nivel relativo de un nutrimento, y otra que indica los cambios que la deficiencia o el exceso de un nutrimento a producido en el organismo. La primera categoría comprende determinaciones séricas y urinarias de nutrimentos o sus metabolitos; por ejemplo urea y creatinina. La segunda categoría incluye la evaluación de compuestos y reacciones que revelan daños funcionales, por ejemplo: proteína sérica total, hemoglobina, actividades enzimáticas, respuesta inmunológica y otros.(24 29 41 43)

Investigaciones Dietéticas. El estado nutricional del individuo se puede estimar mediante la determinación del consumo de alimentos, cuyo aporte nutritivo se calcula utilizando tablas de composición de alimentos, las cuales proporcionan el contenido de energía de cada uno. Luego se comparan las cantidades consumidas y las recomendadas, pudiéndose observar deficiencias o excesos que sugieran algún problema nutricional el cual será comprobado completando estudios clínicos, bioquímicos y antropométricos.

Investigaciones Antropométricas. La antropometría permite cuantificar las dimensiones, forma y proporciones físicas y la composición global del cuerpo humano y su variación a las diferentes edades, con especial referencia a tejidos susceptibles a influencias nutricionales. La antropometría constituye un instrumento útil en la evaluación nutricional del individuo, ya que permite determinar la intensidad de la malnutrición, mientras otros hallazgos clínicos y bioquímicos usualmente no muestran cambios hasta que el problema está bastante avanzado, además presenta ventajas como su bajo costo, rapidez y facilidad para tomar las medidas. (31 41 43)

La mejor evaluación antropométrica del estado nutricional referente a desnutrición proteico-energético en niños se basa en las medidas de peso y talla y los registros de edad para calcular tres índices : 1) Peso

para talla, como indicador del estado nutricional actual. 2) Talla para edad, como indicador de la historia nutricional pasada, y 3) Peso para edad, probablemente el indicador de uso más difundido, pero que no permite diferenciar entre un niño realmente con bajo peso (desnutrición actual), y otro de estatura corta, pero bien proporcionado en peso (desnutrición pasada).(37 47)

Para los adolescentes y adultos se usa generalmente el indicador peso para talla para establecer el estado nutricional. Este indicador se obtiene al relacionar el peso real del individuo y el peso ideal para su talla, y se expresa en porcentaje de adecuación.(43)

$$\frac{\text{peso real}}{\text{peso ideal para talla}} \times 100$$

Composición Corporal. El cuerpo humano se encuentra en un continuo estado de cambio y de renovación que mantiene un equilibrio dinámico. Este equilibrio resulta de una multiplicidad de factores que, actuando sobre el individuo, define su composición global o corporal al poner en juego todos sus mecanismos de regulación. El cuerpo es el producto resultante de la interacción de diversos factores, dentro de los cuales la nutrición desempeña un papel primordial; la nutrición comienza con los alimentos, los cuales mediante procesos y reacciones altamente complejas, llegan a formar parte del cuerpo viviente y sus funciones. (6 32)

El cuerpo humano es una masa heterogénea de compuestos la cual bioquímicamente puede ser dividido así: peso = agua + proteínas + minerales + grasa. Del aporte adecuado al organismo de estos y otros nutrimentos, dependerá el éxito en los procesos de crecimiento, desarrollo y maduración (que abarca alrededor de dos séptimos de la duración de la vida del individuo), así como todas las funciones orgánicas.(36)

Medidas Antropométricas. La antropometría, a pesar de sus limitaciones de precisiones, a facilitado la estimación de la composición del cuerpo humano fuera del laboratorio y donde se carece de otros métodos más exactos pero a la vez más costosos para el efecto. Las principales medidas antropométricas para estimar la composición corporal en los adultos son : peso, talla, pániclos adiposos, perímetros del tronco y las extremidades. (8 9 17 20 21 29 30 31 35 54)

Peso. El peso es la determinación antropométrica más utilizada; es una medida de masa corporal total del individuo, considerada como clave importante para evaluar el crecimiento y detectar desnutrición u obesidad. Para evaluar el significado del peso debe tenerse en cuenta la talla, la constitución física, las proporciones del músculo, grasa y hueso y observar la presencia de sobre peso patológico. (20 24 29 47)

El peso constituye además la base para el cálculo de las necesidades dietéticas diarias del individuo, tanto en estados fisiológicos normales como en estados especiales y patológicos.(33)

Las necesidades de energía están expresadas por kilogramo de peso y definidas por el metabolismo basal, la actividad física, la edad y el sexo puesto que el gasto energético está en función de la masa corporal.(36 52) El peso es también de importancia en la medicina y la farmacología ya que la administración de ciertos medicamentos y la disfunción se basan en la masa corporal que tienen los sujetos.

Talla. La talla o estatura es un indicador mayor del tamaño corporal general y de longitud ósea; el cráneo, la columna vertebral, la pelvis y las piernas. Es una medida importante para la interpretación del peso y para detectar enfermedad o desnutrición. El aumento de la estatura con relación con el tiempo es el mejor monitor del estado nutricional y de salud en niños y su déficit refleja desnutrición pasada.(15 20 24 37 47)

La herencia influye en la talla del individuo y las diferencias raciales en la estatura son bien conocidas. Se ha observado, sin embargo que actualmente en países desarrollados, los niños son más altos y pesados que aquellos de generaciones previas, siendo muy probablemente la mejor alimentación un factor decisivo. La talla también sufre modificaciones naturales conforme avanza la edad del individuo; una vez alcanzada la edad media, ocurre una declinación progresiva en la estatura, en una tasa que puede aumentar de 0.9 a 1.4 centímetro por década en la tercera edad.(16)

Panículos Adiposos. Los panículos adiposos, denominados también pliegues cutáneos, son en realidad el grosor de pliegues dobles de piel y tejido adiposo subcutáneo en lugares específicos del cuerpo. La utilidad de los panículos adiposos es doble: Primeramente, constituye un método relativamente simple y no invasivo para estimar la adiposidad en general; se han desarrollado numerosas ecuaciones para la predicción de la composición corporal a partir de medidas antropométricas, en las cuales se hacen uso panículos adiposos como componentes esenciales. El segundo uso principal de los panículos adiposos es en la caracterización de la distribución de tejido adiposo subcutáneo; hay evidencia de que no todos los depósitos de tejido adiposo subcutáneo son semejantes en términos de labilidad o de contribución a los riesgos de salud asociados con la obesidad.(18 24 30 33 35 50)

Puesto que los panículos adiposos son medidas de tejido blando, la estandarización de los sitios de medición es difícil, además, la comprensibilidad de la piel y el tejido adiposo varía con el estado de hidratación la edad, el tamaño y el individuo; sujetos muy obesos constituyen problemas especiales para la medición. (mientras más grueso es el panículo, más difícil de obtener una medida reproducible), así como estados extremos de hidratación (edema).(8 9 17 44)

Los panículos adiposos frecuentemente utilizados son el tricéptico, el pectoral, el subescapular, el supraíliaco y el abdominal. Para medir los panículos existen diferentes tipos de calibradores, inclusive, algunos hechos con material plástico; sin embargo, sólo aquellos dotados de un dispositivo que permite ejercer una presión estándar al momento de oprimir el tejido blando, son de utilidad para obtener datos confiables. (24 31)

Perímetros. Los perímetros son mediciones importantes que expresan el tamaño de dimensiones transversales y circunferenciales del cuerpo. Utilizados solos en combinación de medidas de pliegues o con otros perímetros, constituyen índices de crecimiento, estado nutricional y de patrones de distribución de grasa. (8 9 17 44 54)

El Problema Nutricional en Guatemala.

La principal actividad económica desarrollada por la población es la agricultura. Más de la mitad de la población económicamente activa depende del sector agropecuario para la obtención de remuneración de ingresos. Un porcentaje elevado de las familias rurales de Guatemala que se dedica preferentemente a actividades agrícolas, es afectada por problemas de pobreza. En base a la información más actualizada, deriva de la encuesta nacional de ingresos y gastos efectuada en 1980/81, y de las estimaciones de la composición de la "canasta básica de alimentos" y de sus respectivos costos, el 40% de la población total del país y el 52% en el área rural, viven en estado de pobreza extrema, es decir, no obtienen ingresos suficientes para satisfacer las necesidades de alimentación. En total, el 71% de la población del país y el 84% de los residentes en áreas rurales viven en estado de pobreza y pobreza extrema, con ingresos que no cubren el precio de la canasta mínima de alimentos y la de los bienes y servicios básicos. (12 26)

El país sigue siendo predominantemente rural, aunque en su proceso de urbanización creciente. De la población económicamente activa, un 43% aproximadamente es población de desempleo equivalente (subempleo más desempleo abierto). Este porcentaje es resultado del proceso expulsivo de la actividad agrícola y de la incapacidad de absorción del sector industrial. (25 27)

La estructura poblacional evidencia un alto porcentaje de población dependiente, la cual está constituida por más de la cuarta parte del total de la población. La población de mujeres en edad fértil conforma una proporción de más de 21% del total de la población. (25 27)

Las condiciones de desempleo, inflación y lento crecimiento de los salarios, estarían sugiriendo un mayor deterioro económico de las familias, o sea mayor porcentaje de pobreza. Los altos porcentajes de mortalidad y el bajo nivel de esperanza de vida, reflejan las condiciones de salud de la población. (25 27)

A pesar que el desempleo a tendido a incrementarse, es el subempleo el que constituye el principal problema ocupacional del país. Además, la fuerza de trabajo se caracteriza por un bajo nivel de calificación y de instrucción. En 1986, el 42% de la población económicamente activa no tenía ningún grado de escolaridad y el 25% había cursado únicamente los tres primeros años de primaria. (12 28)

En relación a la disponibilidad de calorías se podría señalar que no se cubre los requerimientos mínimos calóricos (2,250 calorías diarias per capita). Es importante señalar que la disponibilidad calórica muestra fluctuaciones marcadas de un año a otro, pero siempre está por debajo de

requerimiento, lo que podría ser un indicador de la inexistencia de una política nacional de abastecimiento alimentario que elimine el carácter fortuito del mismo. (25)

Prácticamente la tasa de desnutrición global no ha tenido variación significativa, consecuentemente se puede asumir que la población que generalmente ha sido afectada, es la que está entrando en una fase de desnutrición aguda, deteriorándose muy rápidamente, en un círculo vicioso cuyo proceso, a parte de poder ser mortal, hace que la calidad de vida de esta población no sea adecuada. Posiblemente es la población que vive en extrema pobreza. (1)

Proceso de Socialización. Se considera al individuo como una unidad biopsicosocial, resultado de la interacción de múltiples elementos entre sí, con una serie de necesidades tanto físicas como psicológicas que intenta satisfacer dentro de un contexto social específico, el cual a su vez determina en gran medida la forma en que aquél satisface dichas necesidades. Dicho de otra manera, es la sociedad la que contribuye en alto grado en la formación de determinados valores, intereses y patrones de conducta en el individuo, que facilitan el mantenimiento homeostático de dicha sociedad. (42)

Estos intereses, valores y pautas de conducta que son establecidos por la sociedad, en la medida en que tienen la función de preservar la misma, empiezan a ser conocidos y asimilados por el individuo, a partir del momento en que éste comienza a interactuar con los que le rodean, así como al establecer contacto con las diversas instituciones que forman parte de dicha sociedad. (42)

La Prostitución Femenina Como Fenómeno Social

Definición de Prostitución Femenina. La prostitución femenina es una actividad por medio de la cual una mujer tiene relaciones sexuales comerciales con el hombre que la solicita. Es una transacción comercial en la que la oferta está representada por la mujer, y la demanda lo está por el cliente que paga por la relación sexual. (42)

Definición de Prostituta. Prostituta es la mujer que tiene relaciones sexuales con diversos hombres a cambio de una remuneración económica.

Al estudiar la prostitución es preciso comprender tres factores básicos a saber: La prostituta, el intermediario y el cliente. (19) La primera es la que trabaja, la que vende la mercancía, y la que obtiene parte de la ganancia. El segundo, el intermediario, es el que ofrece, el que la administra y el que obtiene también parte de la ganancia, y a veces la mayor parte. El tercero, el cliente, es el comprador y el que paga. (19)

Cada día es más frecuente observar en nuestra comunidad formas diferentes de prostitución y eso nos lleva a tratar de establecer una clasificación. La siguiente nos parece útil para sistematizar el estudio.

En primer lugar distinguimos las prostitutas registradas o matriculadas, que hacen de su oficio el medio exclusivo de vida, su profesión. Cuando la prostituta esta reglamentada como es el caso de nuestro país, ellas tienen que sujetarse a diversas medidas de policía y sanidad.(19)

Otras prostitutas tambien matriculadas viven en calles especiales, cada una en su habitación. A la hora de más demanda, se exponen a las puertas adoptando poses de muy poco recato, como anunciando la mercadería.(19)

Hay algunas prostitutas registradas de alta categoría, a la cual han llegado después de una carrera llena de dificultades y de sacrificios. Viven en mejores ambientes, visten elegantemente y seleccionan su clientela entre hombres de posición. Sus precios desde luego suben proporcionalmente.(19)

Otro tipo de prostituta es la ambulante callejera o cruzadora. Aparece en ciertos lugares, en esquinas escogidas de los barrios de la ciudad, en las horas de la noche y esperando que la contraten. Se viste de manera llamativa y así también se maquilla. Cuando engancha un cliente, ofrecen el lugar, un hotel o una pensión o una casa previamente contratada.(19)

No todas, pero numerosas son empleadas de bar, las bailadoras de los clubes nocturnos o cabarets. Algunas son registradas pero la mayoría no lo están, son clandestinas. En esta categoría, las que ejercen la prostitución sin matricularse o registrarse, abundan en la actualidad. En Guatemala existen leyes relacionadas con el control de la prostitución, las cuales se encuentran contenidas en la sección de profilaxia sexual y enfermedades vénereas de la Dirección de Salud Pública. Es interesante hacer resaltar que dicho reglamento presenta ciertos requerimientos para aquellas que deseen inscribirse y así ejercer la prostitución forma legal.

Según el reglamento, se pueden inscribir únicamente las mujeres comprendidas entre los 18 y 45 años, no vírgenes, no embarazadas, divorciadas, con más de diez meses de separación, puesto que las casadas que conviven con hijos y esposo no pueden inscribirse, así como tampoco las débiles mentales, epilépticas, alcohólicas, adictas a drogas y portadorasde enfermedades vénereas, lepra y tuberculosis.(39)

Es importante señalar que existe un buen número de mujeres que practican la prostitución en forma clandestina debido a que en ese grupo de mujeres se encuentra un elevado índice de menores de edad, las que son víctimas de su ignorancia. Por otra parte, existe otro grupo de prostitutas extranjeras a las que se les tiene vedado el derecho a ejercer su profesión legalmente en nuestro país. Cuando son detenidas son deportadas a su lugar de origen, pero retornan nuevamente, porque consideran que en nuestro medio hay mejores perspectivas para desarrollar su profesión.(51)

Que es lo que a una mujer la empuja a ejercer la prostitución ???

Indudablemente opera un factor psicodinámico y muchos estudios se han hecho desde el punto de vista psicoanalítico. Se considera que se trata de una conducta adquirida dentro de un periodo más o menos largo y que abarcan diversas etapas.(42 51)

El análisis comienza teniendo en consideración que las etapas tempranas de la vida, con sus experiencias adyacentes determinan en gran medida el desarrollo de los principales rasgos de personalidad que posteriormente presentarán las prostitutas y como dichas experiencias van repercutiendo en el tipo de interacción que las meretrices intentan establecer con el medio social en que se desenvuelven. La persona no nace prostituida, sino que sus patrones de conducta van variando de acuerdo con la socialización que alcanza en los grupos con los que trata y en la sociedad en general. Por ello, para entender el fenómeno, hay que analizar las diferentes etapas de socialización por las que ha pasado la prostituta, los ambientes que la han influido, así como la subcultura o subculturas a las que ha pertenecido, sus características y los cambios que ha tenido de una posición a otra en el sistema sociocultural existente.(42)

Con base a lo anterior, se han establecido diversas etapas que se consideran importantes en la adopción de la prostitución como forma de vida.

Primera Etapa. Factores predisponentes que favorecen la prostitución.
Etapa temprana de la vida: infancia y adolescencia.

Segunda Etapa. Factores precipitantes que favorecen el comenzar a trabajar como prostituta.

Tercera Etapa. Factores que favorecen el que continúe siendo prostituta y su actividad se convierta en su modo de vida. (ver cuadro pagina

El problema de las mujeres que ejercen la prostitución en nuestra sociedad se caracteriza por provenir de hogares desintegrados, acosados por un número elevado de hijos, insuficientes ingresos económicos, y por consiguiente hacinamiento, mala nutrición, baja o nula escolaridad, desocupación.

En los estudios realizados, se habla de que uno de los principales factores que predisponen a la adopción de la prostitución como forma de vida es el hecho de que, durante la infancia, estas mujeres han tenido un fuerte rechazo por parte de la figura paterna, o bien, la falta de una figura materna de identificación más o menos positiva, lo que les impide la internalización de un rol femenino, claro y definido, que a su vez les permita relacionarse con el hombre en forma adecuada. (42)

Paralelamente a la ausencia de marcos de referencia en relación con los papeles asignados al hombre y a la mujer (al menos socialmente), se encuentra un deseo inconsistente de agresión y venganza hacia el padre que la privó de su amor y que proyecta a la gran mayoría de los hombres que conoce y trata.

Por otro lado, el hecho de que la prostituta le saque dinero al hombre a cambio del contacto sexual, indica también un deseo de castración hacia éste, sobre todo si consideramos lo que el dinero significa dentro de esta sociedad, es decir, representa el símbolo del poder viril.(42)

Se menciona también que las prostitutas generalmente provienen de hogares inestables o prácticamente deshechos, en los que la ausencia física y/o psíquica de uno o de ambos padres es muy común y que, en consecuencia, repercutirá en los hijos en el sentido de que no tendrán modelos de identificación congruentes y estables que les permita desarrollar posteriormente una identidad propia.(42)

Si se tiene en consideración que las familias del nivel socioeconómico bajo se caracterizan en su mayoría por un alto índice de desintegración e inestabilidad, se infiere que la mujer perteneciente a este estrato socioeconómico se halla (debido a las condiciones mencionadas), más expuesta a la adopción de este tipo de conductas, por que, además de carecer del apoyo del núcleo familiar, ni cuentan con un mínimo de recursos económicos con los que pueda satisfacer sus necesidades vitales, lo que favorece la adopción de la prostitución como su principal trabajo y medio de ganarse la vida. (42)

Ahora bien, si a las consiciones anteriores se les añade el hecho de que si en el ambiente en que se desarrollan estas mujeres ha predominado una atmósfera perversa, en la que se han sentido víctimas de la superioridad del hombre (sea por seducción, ataque sexual o violencia, o por burla en su trato con los hermanos y amigos), ellos ocasionan que desde niñas empiecen a revelarse contra su papel femenino. Sienten su femineidad como algo denigrante, y desean cada vez más conducirse como los hombres, rechazando las conductas propias de la mujer tradicional (modestia, pudor, etc.)

La adopción de su rol femenino como mujeres, que las conduce al matrimonio maternidad, etc., les parece indigno y devaluado. En cambio, encuentran cierta gratificación (a nivel inconciente), en ser ellas quienes elijan al novio o cliente (según el caso), de deshacerse de él cuando se les antoje, devaluarlo, explotarlo, despreciarlo y vengar en él todas las humillaciones que ha tenido que soportar de los hombres en general. Manifiestan un profundo desprecio por la mujer tradicional que se casa y cumple con el rol socialmente asignado, porque la consideran como el mayor símbolo de la debilidad femenina. Según la prostituta, se ha conquistado una libertad masculina, pero sin la protección de los derechos que acompañan a la del varón. Ha tenido que conquistar sus libertades a cambio del destierro social, vive aislada, separada y repudiada socialmente.

La Prostituta Como Desviada Social. Debido a su actividad, la prostituta generalmente es rechazada por la sociedad; su ocupación no es reconocida como trabajo y no goza de las prestaciones, derechos y obligaciones que la sociedad ha creado para las distintas actividades económicas; se le señala como persona transgresora de las normas sociales; en consecuencia, se le margina socialmente. A causa de la posición que adopta la sociedad ante la prostituta, esta puede ser considerada como desviada social. (42)

MODELO SECUENCIAL PARA EL ANALISIS DE LA PROSTITUCION

<u>Primera Etapa</u>	<u>Segunda Etapa</u>	<u>Tercera Etapa</u>
Factores predisponentes que favorecen la prostitución. Etapa temprana de la vida: Infancia y adolescencia.	Factores precipitantes que favorecen el comenzar a trabajar como prostituta.	Factores que favorecen el que la prostitución se convierta en modo de vida.
1.-Situación económica familiar.	1.-Grupo o subcultura a la que pertenece. - Papel que desempeña dentro de la estructura.	1.-Interracción con desviados más experimentados.
2.-Dinámica familiar: *Grado de integración familiar. *Relación entre los miembros de la familia. *Figura materna y paterna. *Papel de la entrevistada en la estructura familiar.	2.-Exigencias contradictorias sobre su posición social.	2.-Desarrollo de motivaciones a intereses desviados.
3.-Relaciones sociales y contacto con instituciones. * Escuela * Vecinos * Amistades de los padres * Amistades de la prostituta	3.-Canales institucionalizados ce- rrados.	3.-Participación en la subcultura de la prostitución: * Aprende a rechazar a la sociedad. * Justificación de la desviación. * Lealtad a las normas del grupo. * Aislamiento de grupos convencionales. * Rechazo a las reglas y pautas sociales.
4.-Valores, actitudes y motivaciones de la familia de origen. * Actitudes y conducta respecto al sexo. Tabús, virginidad, etc., * Valores respecto a los roles de hombre y mujer. * Valor de lo económico. * Valor del trabajo. * Valores religiosos.	4.-Situación económica en el momento de la desviación. 5.-Grado de compromiso con las conductas convencionales.	4.-Relación con el cliente.
5.-Principales rasgos: de personalidad desarrollados durante estas etapas.	6.-Primeros actos de desviación de las normas convencionales. 7.-Conciencia de la situación de desviación: Intencional, no intencional. 8.-Condiciones ambientales en el momento de ser descubierta y calificada como prostituta. 9.-Actitud de la sociedad hacia la prostituta. 10.-Cambios en el status social. 11.-Estado emocional actual.	5.-Principales rasgos de personalidad manifestados en esta etapa. 6.-Principales síntomas sobre su estado emocional actual.

VI: METODOLOGIA

1.-) Tipo de Estudio.

El tipo de estudio que se realizó fue exploratorio descriptivo. Se seleccionó a un grupo de mujeres, a las cuales se les tomó la información necesaria.

2.-) Selección del Sujeto de Estudio.

Se evaluó el estado nutricional a mujeres trabajadoras del sexo que asistieron a control al Centro de Profilaxia Sexual que se encuentra localizado en la zona cinco de la ciudad capital. También se tomó para el estudio a las mujeres que no padecieran enfermedad metabólica y que aceptaron participar voluntariamente y que fueran comprendidas entre los 18 a 45 años de edad.

3.-) Selección de Medidas Antropométricas.

Pliegue Tricipital. El pliegue tricipital fue medido en la línea media de la cara posterior del brazo, sobre el músculo del tríceps, a la mitad de la proyección lateral de la escápula acromial y el margen inferior de la proyección del olecrano, en la parte más larga del brazo. El nivel de medición está determinado por la medida de la distancia entre la proyección lateral de la proyección olecraneana de la parte más larga del brazo, usando una cinta para medir el codo doblado a 90° . La cinta es colocada en el punto cero, sobre el acromio y estirada sobre la parte superior del brazo extendiéndose por debajo del codo. La parte media está marcada en lado lateral del brazo.

Esta medición se efectuará con la persona de pie. Los pliegues son medidos con el brazo colgando libre y confortablemente. El calibrador se detiene en la mano derecha. El medidor se para detrás del sujeto y coloca la palma de su mano sobre el brazo del sujeto próximo al nivel marcado con el pulgar y el índice dirigidos inferiormente. Los pliegues tricipitales son recogidos con el pulgar izquierdo y el dedo índice, aproximadamente un centímetro próximo al nivel marcado, y los del calibrador son aplicados a los pliegues de la piel al nivel marcado.

Pliegue Subescapular. Los pliegues subescapular son recogidos en diagonal aproximadamente de forma inferior inclinada a 45° al plano horizontal. La vista es solamente inferior al ángulo inferior de la escápula. El sujeto se para confortablemente erecto, con las extremidades superiores relajadas a lado del cuerpo. Para localizar la vista, el medidor palpa la escápula corriendo los dedos inferiormente y lateralmente alrededor de los bordes vertebrales, hasta que el ángulo inferior es localizado. Para algunos sujetos, especialmente obesos, un colocamiento suave de su propio brazo detrás de la espalda ayuda a identificar. Las mandíbulas del calibrador son colocadas a un centímetro inferior lateral a el pulgar y el dedo levantado el pliegue, y el grosor es gravado al más cercano que es 0.1 centímetro.

Peso. Los sujetos fueron pesados con ropa adecuada (con una bata liviana solamente) para mayor exactitud. Estos fueron colocados rectos, sobre el centro de la plataforma de la balanza, dando la espalda a la base de la balanza. La lectura se realizó frente a su escala.

Ecuaciones a Utilizar.

$$\text{Porcentaje de Grasa} = 0.55(A) + 0.31(B) + 6.13$$

donde A = Pliegue Tricipital

B = Pliegue subescapular (8)

Fórmula para obtener el patrón de Peso Ideal según talla.

$$Y = X(1.25407) - 78.20853 = \text{Peso Ideal}$$

donde Y = peso en libras

X = talla en centímetros(1)

Fórmula para Obtener Valores Significativos.

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\text{dif}}$$

$$z = \frac{X_1 - X_2}{\text{dif}}$$

donde : T y Z significan el valor para el número de casos errados que se utilizan de acuerdo al número menor o bien, sea mayor de la muestra en estudio, el resultado se compara con los valores de la tabla del nivel de significancia.

$$F = \frac{C}{\text{dentro}}$$

donde " F " nos sirve para comparar la variación entre los grupos y la variación dentro de los grupos.

Tamaño de Muestra Significativa.

$$M = \frac{Z^2 N P Q}{Z^2 P Q + (E^2 \times N)}$$

Donde : M = muestra

Z = confiabilidad 95%	1.96
N = tamaño de la población	300
P = probabilidad de desnutrición	0.42
Q = probabilidad de no desnutrición	0.58
E = error	0.1

Tamaño de la muestra significativa = 72

Nota : Se tomaron 150 casos que es el 50% de la población estudiada.

CRITERIOS

Criterios de Inclusión.

- 1.-) Mujeres que asisten al Centro Profilaxia Sexual.
- 2.-) Mujeres comprendidas en las edades de 18 a 45 años.
- 3.-) Mujeres que no padezcan enfermedad metabólica.
- 4.-) Mujeres que deseen participar voluntariamente.

Criterios de Exclusión.

- 1.-) Se excluirán a las mujeres menores de 18 años y a las mayores de 45 años.
- 2.-) A la mujer trabajadora del sexo que presente antecedentes de alguna patología crónica, enfermedad venerea o enfermedad metabólica.
- 3.-) A la mujer trabajadora del sexo que no acepte participar en el estudio.
- 4.-) A la mujer trabajadora del sexo en estado de gravidez.

DEFINICION DE VARIABLES

<u>Variable</u>	<u>Definición Conceptual</u>	<u>Escala</u>	<u>Definición Operacional</u>
<u>Peso</u>	Resultado de la acción de la gravedad sobre los cuerpos.	En libras.	Se efectuará con la Pte. en la clínica y una balanza calibrada
<u>Talla</u>	Estatura o altura del cuerpo humano desde la planta de los pies al vértice de la cabeza.	En centímetros	Será considerada la talla de la Pte. según lo indique el tallímetro con la Pte. en posición vertical. (de pie)
<u>Edad</u>	Tiempo que una persona ha vivido a contar desde que nació.	Edad comprendida entre 18 a 45 años.	Será considerada la edad en años cumplidos y de acuerdo a documentos legales.
<u>Pliegues ó Panículos Adiposos</u>	Grosor de pliegues dobles de la piel y tejido adiposo subcutáneo.	En milímetros	Se tomará por medio de un clipómetro. Tricipital y subescapular.
<u>Tabaquismo</u>	Hábito de fumar.	Positivo ó negativo.	Datos que se tomarán de la boleta contestada por la Pte.
<u>Alcoholismo</u>	Hábito de ingerir bebidas alcohólicas.	Positivo ó negativo.	Dato que se tomará de la boleta contestada por la Pte.
<u>Anticonceptivos</u>	Uso de métodos o medicamentos para evitar los embarazos.	Positivo ó negativo "pastilla".	Tiempo y método de anticonceptivos, principalmente orales.
<u>Drogadicción</u>	Uso de cualquier substancia de efecto estimulante, deprimente o narcótico.	Positivo ó negativo.	Dato que se tomará de la boleta contestada por la Pte.
<u>Embarazos</u>	Estado preñez de la mujer.	Número de embarazos.	Dato que se tomará de la boleta contestada por la Pte.
<u>Tiempo de ejercer el comercio sexual</u>	Comercio sexual como forma de vida y trabajo.	meses, años.	Dato que se tomará de la boleta contestada por la Pte.

RECURSOS

Físicos.

- 1.-) Centro de Profilaxia Sexual.
- 2.-) Departamento de Nutrición y Alimentación de la Dirección General de Servicios de Salud.
- 3.-) Balanza de piso marca Detecto calibrada de 0 a 200 Kgs.
- 4.-) Cinta métrica.
- 5.-) Plicómetro.
- 6.-) Boleta de recolección de datos.

Humanos.

- 1.-) Director del Centro de Profilaxia Sexual.
- 2.-) Director del Departamento de Nutrición y Alimentación de la Dirección General de Servicios de Salud.
- 3.-) Nutricionista del Hospital General San Juan de Dios.

EJECUCION DE LA INVESTIGACION

El estudio se realizó en el Centro de Profilaxia Sexual. Este se encuentra ubicado en la 33 avenida 21-58 de la zona cinco de la Ciudad Capital de Guatemala, y para lo cual se contó con la ayuda del Director de dicho centro.

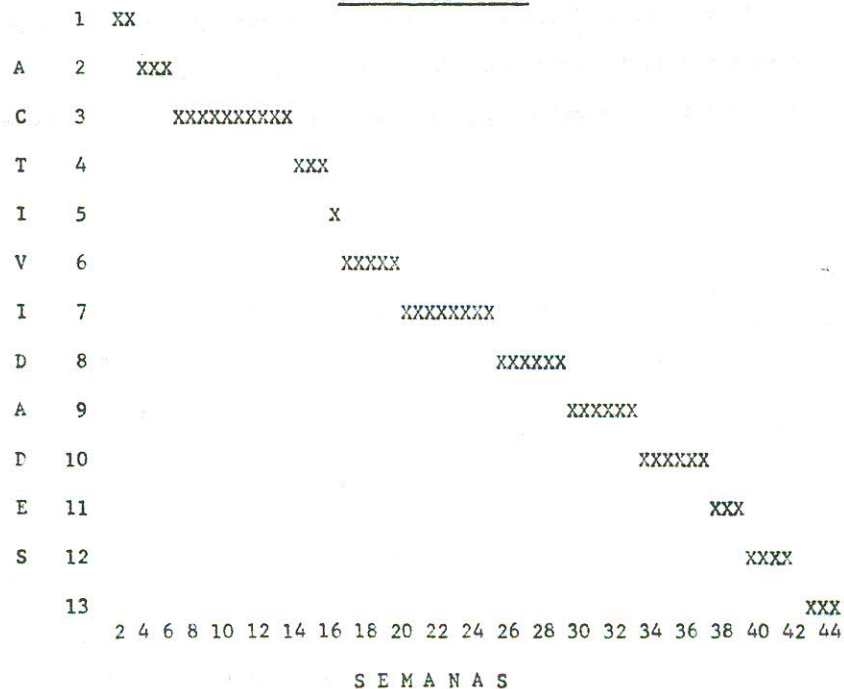
Se recopiló la información directamente de las mujeres trabajadoras del sexo que llegaron a su control profilactico sexual, y se anotaron en una boleta, la cual se llenaron con los datos solicitados.

Toda la información obtenida fué tabulada y agrupada en cuadros estadísticos, para el análisis e interpretación de los datos obtenidos en el muestreo y la elaboración de los cuadros correspondientes. Se les realizó un tratamiento estadístico para determinar el grado de significancia.

ACTIVIDADES PRESENTADAS EN LA GRAFICA DE GANTT

- 1.-) Selección del tema del proyecto de investigación.
- 2.-) Elección del asesor y revisor.
- 3.-) Recopilación del material bibliográfico
- 4.-) Elaboración del proyecto conjuntamente con el asesor y el revisor.
- 5.-) Aprobación del proyecto por la coordinadora de tesis.
- 6.-) Diseño de los instrumentos que se utilizaron para la recopilación de la información.
- 7.-) Ejecución del trabajo de campo.
- 8.-) Procesamiento de datos.
- 9.-) Análisis y discusión de resultados.
- 10.-) Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
- 11.-) Presentación del informe final.
- 12.-) Impresión del informe final
- 13.-) Examen público en defensa de la tesis.

GRAFICA DE GANTT



VIII. PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No.1

PORCENTAJE DE GRASA EN TRABAJADORAS DEL SEXO
CENTRO DE PROFILAXIA SEXUAL, GUATEMALA
NOVIEMBRE - DICIEMBRE 1,993

INTERVALOS	Fx	%
13.63 - 17.60	31	20.66
17.60 - 21.57	48	32.00
21.57 - 25.54	51	34.00
25.54 - 29.51	14	9.33
29.51 - 33.48	6	4.00
$\bar{X} = 21.57$	150	100.00%
DS = 3.97		

Fuente : Boleta de recolección de datos.

CUADRO No.2

PESO IDEAL EN TRABAJADORAS DEL SEXO
CENTRO DE PROFILAXIA SEXUAL, GUATEMALA
NOVIEMBRE - DICIEMBRE 1,993

INTERVALOS	Fx	%
100.52 - 106.02	2	1.33
106.02 - 111.52	24	16.00
111.52 - 117.02	53	35.33
117.02 - 122.52	49	32.66
122.52 - 128.02	20	13.33
128.02 - 133.52	2	1.33
$\bar{X} = 117.02$	150	100%
DS = 5.5		

Fuente : Boleta de recolección de datos.

CUADRO No.3

PREVALENCIA DE TABAQUISMO EN TRABAJADORAS
DEL SEXO, CENTRO DE PROFILAXIA SEXUAL
GUATEMALA, NOVIEMBRE - DICIEMBRE 1993

TABAQUISMO	Fx	%
SI	130	86.66
NO	20	13.33
	150	100 %

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No.4

PREVALENCIA DE ALCOHOLISMO EN TRABAJADORAS
DEL SEXO; CENTRO DE PROFILAXIA SEXUAL.
GUATEMALA, NOVIEMBRE - DICIEMBRE 1993

ALCOHOLISMO	Fx	%
SI	114	76
NO	36	24
	150	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No.5

PREVALENCIA DE INGESTA DE ANTICONCEPTIVOS ORALES
EN TRABAJADORAS DEL SEXO, CENTRO DE PROFILAXIA
SEXUAL, GUATEMALA, NOVIEMBRE - DICIEMBRE 1993

ANTICONCEPTIVO ORAL	Fx	%
SI	108	72
NO	42	28
	150	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No.6

PORCENTAJE DE GRASA EN TRABAJADORAS DEL SEXO SEGUN
PREVALENCIA DE TABAQUISMO, CENTRO DE PROFILAXIA
SEXUAL; GUATEMALA, NOVIEMBRE - DICIEMBRE 1993

TABAQUISMO	\bar{X}	DS	No.
SI	21.71	4.75	130
NO	20.63	1.98	20

150

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No.7

PESO IDEAL EN TRABAJADORAS DEL SEXO SEGUN PREVALENCIA
DE TABAQUISMO; CENTRO DE PROFILAXIA SEXUAL, GUATEMALA
NOVIEMBRE - DICIEMBRE 1993

TABAQUISMO	\bar{X}	DS	No.
SI	117.18	5.76	130
NO	116.50	2.80	20

T = 0.51 P = \leq 0.05 150

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No.8

PORCENTAJE DE GRASA EN TRABAJADORAS DEL SEXO SEGUN
INGESTA ALCOHOLICA; CENTRO DE PROFILAXIA SEXUAL
GUATEMALA, NOVIEMBRE - DICIEMBRE 1993

ALCOHOLISMO	\bar{X}	DS	No.
SI	21.79	4.16	114
NO	20.84	3.15	36

150

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No.9

PESO IDEAL EN TRABAJADORAS DEL SEXO SEGUN INGESTA
ALCOHOLICA; CENTRO DE PROFILAXIA SEXUAL, GUATEMALA
NOVIEMBRE - DICIEMBRE 1993

ALCOHOLISMO	X	DS	No.
SI	117.58	5.58	114
NO	115.28	4.80	36
Z = 2.39 P = ≤ 0.05			150

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No.10

PORCENTAJE DE GRASA EN TRABAJADORAS DEL SEXO SEGUN
INGESTA DE ANTICONCEPTIVO ORAL; CENTRO DE PROFILAXIA
SEXUAL, GUATEMALA, NOVIEMBRE - DICIEMBRE 1993

ANTICONCEPTIVO ORAL	X	DS	No.
SI /	20.9	3.87	108
NO	23.0	3.87	42
Z = 3.0 P = ≤ 0.05			150

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No.11

PESO IDEAL EN TRABAJADORAS DEL SEXO SEGUN INGESTA DE
ANTICONCEPTIVO ORAL; CENTRO DE PROFILAXIA SEXUAL
GUATEMALA, NOVIEMBRE - DICIEMBRE 1993

ANTICONCEPTIVO ORAL	X	DS	No.
SI .	116.74	4.08	108
NO	117.76	5.18	42
			150

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No.12

PORCENTAJE DE GRASA EN TRABAJADORAS DEL SEXO CON ANTECEDENTE DE EMBARAZO; CENTRO DE PROFILAXIA SEXUAL, GUATEMALA, NOVIEMBRE - DICIEMBRE 1993

No.	\bar{X}	DS	No.
EMBARAZOS			
1	19.98	2.62	35
2 — 3	21.53	4.27	77
> 3	23.33	3.46	36

F = 7.11 TUKEY = 1.013 P = \leq 0.05 148*

Fuente: Boleta de recolección de datos.

* Dos trabajadoras del sexo no presentaron antecedente de embarazo.

CUADRO No. 13

PESO IDEAL EN TRABAJADORAS DEL SEXO CON ANTECEDENTES DE EMBARAZOS; CENTRO DE PROFILAXIA SEXUAL, GUATEMALA NOVIEMBRE - DICIEMBRE 1993

No.	\bar{X}	DS	No.
EMBARAZOS			
1	115.0	4.89	35
2 - 3	117.0	6.02	77
> 3	119.1	4.20	36

148 *

F = 57.74 TUKEY = 1.33 P = \leq 0.05

Fuente: Boleta de recolección de datos

* Dos trabajadoras del sexo no presentaron antecedente de embarazo.

CUADRO No.14

PORCENTAJE DE GRASA EN TRABAJADORAS DEL SEXO SEGUN
EL TIEMPO DE EJERCER; CENTRO DE PROFILAXIA SEXUAL
GUATEMALA, NOVIEMBRE - DICIEMBRE 1993

TIEMPO DE EJERCER	\bar{X}	DS	No.
1	22.33	4.24	19
2 - 3	20.87	3.89	92
> 3	22.80	3.60	39
			150
F = 3.71	TUKEY = 1.06	P = ≤ 0.05	

CUADRO No.15

PESO IDEAL EN TRABAJADORAS DEL SEXO SEGUN EL TIEMPO
DE EJERCER LA PROFESION; CENTRO DE PROFILAXIA
SEXUAL, GUATEMALA, NOVIEMBRE - DICIEMBRE 1993

TIEMPO DE EJERCER	\bar{X}	DS	No.
1	115.8	4.53	19
2 - 3	116.1	5.53	92
> 3	119.6	4.96	39
			150
Fuente: Boleta de recolección de datos.			

IX. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Cuadro No.1

De acuerdo con el porcentaje de grasa de las pacientes en estudio, la más alta frecuencia corresponde al intervalo que va de 21.57 a 25.54 con un 34% del total de las pacientes, y la más baja frecuencia corresponde al intervalo de 29.51 a 33.48 con el 4% de la población.

Cuadro No.2

El mayor porcentaje de peso ideal de las pacientes en estudio se encuentra entre 111.52 a 117.02 con el 35.33%, mientras que las que tienen bajo peso ideal y las de alto peso ideal presentan el 2% cada una, lo que indica una tendencia uniforme.

Cuadro No.3

Con respecto a la prevalencia de tabaquismo en las mujeres trabajadoras del sexo hay 130 con tabaquismo positivo, con el 86.66%, mientras que las mujeres que no presentan esta variable son solamente 20 con un 13.33% solamente.

Cuadro No.4

Con relación a la prevalencia de alcoholismo en las mujeres trabajadoras del sexo, se puede decir que es muy significativo ya que 114 presentan positivo la prevalencia, dando un 76%, mientras que las mujeres que no presentan alcoholismo son 36 casos, dando el 24%.

Cuadro No.5

En este cuadro se refiere a la ingesta de anticonceptivos orales o "pildora" por las mujeres que ejercen el comercio sexual, el cual 108 de la población en estudio la utiliza como el método anticonceptivo de elección, o sea el 72%, mientras que la población que no la utiliza o usa algún otro método son 42 dandonos el 28%. Estas mujeres que no utilizan los anticonceptivos orales han sido operadas o utilizan otro método como los preservativos.

Cuadro No.6

En este cuadro se observa que el mayor desgaste lo presentan las mujeres trabajadoras del sexo que no presentan consumo de tabaquismo, mientras que el mayor porcentaje de grasa lo presentan las mujeres que si presentan prevalencia de tabaquismo. En general, se puede decir que ambos grupos presentan porcentaje de grasa aceptable.

Cuadro No.7

Con respecto al peso ideal en las trabajadoras del sexo que si presentan prevalencia de tabaquismo es mayor que el grupo que no presenta prevalencia de tabaquismo, aunque ambos grupos hay poca diferencia.

Cuadro No.8

En el cuadro se observa que las mujeres trabajadoras del sexo con ingesta alcohólica presentan menor desgaste con una media de 21.79, mientras que las que no presentan ingesta alcohólica hay mayor desgaste.

Cuadro No.9

El peso ideal de las trabajadoras del sexo con respecto a la ingesta alcohólica se observa que es mayor en las que lo ingieren, mientras que las mujeres trabajadoras del sexo que no presentan alcoholismo es menor su peso ideal. Aquí se realizó el valor "Z" con 2.39 por lo que es significativa un 95%.

Cuadro No.10

El porcentaje de grasa en trabajadoras del sexo que si ingieren anticonceptivos orales es más bajo con respecto al grupo que no ingiere anticonceptivos orales. Se realizó el valor "Z" con valor de -3.00 lo que es significativa en un 99%.

Cuadro No.11

Con respecto al peso ideal de las trabajadoras del sexo con la variable de ingesta de anticonceptivos orales, se observa que las que ingieren los anticonceptivos orales presentan más bajo peso ideal con relación a las que no ingieren anticonceptivos orales.

Cuadro No.12

En el cuadro se observa que el número total de la muestra es de 148 debido a que dos trabajadoras del sexo no presentaron antecedente de embarazo. Con respecto al porcentaje de grasa, es menor en las trabajadoras del sexo que presentan un embarazo, mientras que las que presentan mayor porcentaje de grasa son las que tienen más de tres embarazos.

Cuadro No.13

En este cuadro se observa que la totalidad de la población es de 148 debido a que dos trabajadoras del sexo no presentaron antecedente de embarazo. Con respecto al peso ideal, se observa que las que presentan antecedente de un solo embarazo son las que presentan peso ideal más bajo con respecto a las mujeres trabajadoras del sexo que presentan más de tres embarazos, ya que estas últimas presentan mejor peso ideal.

Cuadro No.14

El porcentaje de grasa en trabajadoras del sexo según el tiempo de ejercer el comercio sexual, se observa que el mayor porcentaje lo presentan las trabajadoras del sexo que tienen menos de un año de ejercer y las que tienen más de tres años de comercio sexual. El menor porcentaje de grasa lo presentan las trabajadoras del sexo que tienen de uno a tres años de ejercer dicho trabajo.

Cuadro No.15

En el cuadro se observa que las trabajadoras del sexo que tienen más de tres años de actividad son las que presentan el más alto peso ideal, mientras que las que tienen menos de un año en el comercio sexual son las que presentaron más bajo peso ideal.

X. CONCLUSIONES

- 1.-) El promedio de adecuación en relación al porcentaje de grasa en las trabajadoras del sexo que asisten a control al Centro de Profilaxia Sexual de la Ciudad Capital de Guatemala, es aceptable para la mayoría de acuerdo al patrón de referencia.
- 2.-) El promedio de adecuación en relación al Peso Ideal en las trabajadoras del sexo que asisten a control al Centro de Profilaxia Sexual de la Ciudad de Guatemala, es aceptable para la mayoría de acuerdo al patrón de referencia.
- 3.-) Existe una alta prevalencia de tabaquismo en la población de las trabajadoras del sexo de la Ciudad de Guatemala.
- 4.-) También existe una alta prevalencia de alcoholismo en la población de las trabajadoras del sexo de la Ciudad de Guatemala.
- 5.-) Existe una alta ingesta de anticonceptivos orales en la población de las trabajadoras del sexo de la Ciudad de Guatemala.
- 6.-) El tabaquismo y el alcoholismo son variables que en relación a la media no presentaron deterioro por su prevalencia en la población de las trabajadoras del sexo que asisten a control al Centro de Profilaxia Sexual.
- 7.-) En el grupo de mujeres trabajadoras del sexo evaluadas en el presente estudio, presentaron mejor adecuación de porcentaje de grasa las que no presentan ingesta de anticonceptivos orales.
- 8.-) Existe muy poco el uso de métodos de anticonceptivos mecánicos como el preservativo por parte de las mujeres trabajadoras del sexo de la Ciudad de Guatemala que asisten al Centro de Profilaxia Sexual.
- 9.-) Las trabajadoras del sexo que tienen como antecedente un embarazo son las que presentaron el menor porcentaje de grasa con relación a las que tienen de dos a tres embarazos y más de tres embarazos.
- 10.-) En relación al tiempo de ejercer el comercio sexual, presentaron menor porcentaje de grasa las que tienen de uno a tres años de actividad, mientras que las que tienen menos de un año y las que tienen más de tres años de ejercer el comercio sexual presentaron mejor adecuación al porcentaje de grasa.
- 11.-) De las mujeres trabajadoras del sexo estudiadas presentaron mayor desgaste de peso ideal las que tienen menos de un año de ejercer el comercio sexual, y el aumento del peso ideal se va dando conforme continúa en dicha actividad, ya que las que tienen más de tres años de ejercer el comercio sexual son las que mejor peso ideal presentaron.

12.-) En lo que respecta a la variable de drogadicción, llama la atención que no se reportó ningún caso sobre esta, aunque esto no es confiable, pues en el ambiente en que se desenvuelven las mujeres trabajadoras del sexo hay alta prevalencia de drogadicción, por lo que se cree que en la entrevista, un alto porcentaje de las mujeres trabajadoras del sexo no fueron realistas con respecto a la pregunta sobre el uso de drogas.

XI. RECOMENDACIONES

- 1.-) Tomar en cuenta los datos de la presente investigación para desarrollar un estudio mayor que permita a nivel nacional obtener conclusiones globales.
- 2.-) Realizar estudios cronológicos similares en poblaciones de iguales características con el fin de evaluar el desgaste de esta población.
- 3.-) Realizar programas educativos para la población de las mujeres trabajadoras del sexo, principalmente de las áreas urbanas con el fin de informar los diferentes métodos anticonceptivos, sus ventajas y desventajas de cada uno de ellos.
- 4.-) Realizar estudios posteriores para la evaluación del estado nutricional de las trabajadoras del sexo, con énfasis en la ingesta diaria de calorías.
- 5.-) Realizar programas educativos en las mujeres trabajadoras del sexo sobre el uso del preservativo como método profiláctico contra las enfermedades de transmisión sexual y del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

XII.. RESUMEN

La presente investigación se efectuó con el objeto de conocer el estado nutricional de las trabajadoras del sexo que asisten a control a el Centro de Profilaxia Sexual de la Ciudad de Guatemala en los meses de noviembre y diciembre de 1993.

El estudio se realizó con 150 mujeres que aceptaron voluntariamente a participar y se excluyeron a las que padecían de alguna enfermedad o se encontraban en estado de gravidez.

Para valorar el estado nutricional se aplicaron un conjunto de índices antropométricos que permitieron de una manera directa evaluar el estado nutricional de las mujeres trabajadoras del sexo, por lo que se procesó información sobre medidas antropométricas (peso, talla, pliegue tricípital y pliegue subescapular), previamente recolectadas en boletas, así como la adquisición de conocimientos teórico-prácticos previo a la realización de la investigación.

Así también, podemos decir que se encontró cierta proporción de menor porcentaje de grasa en las mujeres trabajadoras del sexo que ingieren anticonceptivos orales, las que tienen antecedente un solo embarazo, las que tienen actividad en el comercio sexual de uno a tres años; no así en las prevalencias de tabaquismo y alcoholismo que no se presentó desgaste energético por su consumo.

XIII. BIBLIOGRAFIA

- 1.-) Ariza L. Perfil del Proyecto Metodología para Evaluar el Estado Nutricional de la Mujer Embarazada y la Lactante. Departamento de Nutrición y Alimentación, DGSS 1988 pp 243 - 247
- 2.-) Ariza L. Informe de Alarma Sub-sistema de Vigilancia Nutricional Sector Salud Guatemala. Departamento de Nutrición y Alimentación DGSS. Guatemala, abril 1990 7pp. apendices
- 3.-) Ariza L. Informe de Validación del Sub-Sistema de Vigilancia Nutricional Junio - Julio de 1990. Departamento de Nutrición y Alimentación DGSS. Guatemala, agosto 1990; 10pp
- 4.-) Aun, Wear S. Mujeres sin trabajo en su: Transformación Social 5ta. edición. Colombia, Troquel 1979, (pp 186 - 189)
- 5.-) Berg, Alan Los Malnutridos. Examen sobre la pobreza y las necesidades básicas. Junio 1981, Washington D. C.
- 6.-) Beghin, Ivan Guía para Evaluar el Estado Nutricional. Washington D. C. OPS 1989 (publicación científica No. 515) OPS
- 7.-) Brosek, J. "Human body composition", Annals Ny Acad Science. 110:1-9 1963
- 8.-) Burgess, A. y R.F. Dean, eds. La Malnutrición y los Hábitos Alimentarios. Washington:OPS / OMS, 1963 (publicación No.91)
- 9.-) Carter, Andres; et al Body Composition. 1ra. Edición. Washington D. C. 1987
- 10.-) Callaway, C. W. et al,"Circunferencias", in Lohman, T. G., A.F. Roche & R. Martorell, eds. Anthropometrics Standardization Reference Manual. Illinois: Human Kinetics Books, 1988 pp 39 - 54
- 11.-) Cote, R. W. and J. H. Wilmore, practical assessment of body composition in young women, J Sports Med. 26:427-430 1986
- 12.-) Chua Lopez, C. Desnutrición: Causas y Consecuencias. San José Costa Rica. CSUCA, 1983 123pp.
- 13.-) Chumlea, W. C. et al. Nutritional Assessment of the Elderly Through Anthropometry. Ohio: Ross Laboratories, 1987 pp 3-12
- 14.-) Delgado, H. Situación Alimentaria-Nutricional de Guatemala. División de Nutrición y Salud INCAP. Guatemala, julio 1987 14 pp. apendices.
- 15.-) Delgado Hernan y Victor E. Valverde Manual de Encuestas de Antropometría Física. Serie de manuales de capacitación en metodos de investigación de campo No.3 INCAP 1986 cap. 4 - 9

- 16.-) Ellis A. y A. Abarbanel Enciclopedia de Comportamiento Sexual Mexico, Editorial Diana. 1970 Tomo II.
- 17.-) Estrada Franco, Edna. Factores Psicosociales que Inciden en la Prostitución. Tesis (Lic. en Psicología) USAC Escuela de Ciencias Psicológicas. Guatemala, 1987
- 18.-) Falkner, F. "Criteria for the Selection and use of anthropometric measurements on nutritional and health status", in Methodologies For Human Population Studies in Nutrition Related to Health. Bethesda: NIH, 1982 (publ. No.82 - 2462) pp 92-95
- 19.-) Forbes, G. B. "Body Composition: Influence of Nutrition, Disease, Growth and Aging", in Shils, M. E. & U. R. Young, eds. Modern Nutrition in Health and Disease. 7th. ed. Philadelphia: Lea & Febiger, 1988 pp533-556
- 20.-) Frankel, H. M. "Determination of Body Mass Index" JAMA 255(10) 1986 pp 1292
- 21.-) Frisancho, A. R. "New Norms of Upper Limb Fat and Muscle Areas for assessment of Nutritional", Am J Clin Nutr. 34:2540-2545 1981
- 22.-) Frisancho, A. R. and P. N. Flegel. "Relative Merits of old and New Indices of Body Mass with Reference to Skinfold Thickness" Am J Clin Nutr. 36:697-699 1982
- 23.-) Gaich, Luis F. La Prostitucion. Asociacion Pro-bienestar de la Familia en Guatemala, APROFAM 1989
- 24.-) Gordon, C.C., W. C. Chumlea and A. F. Roche "Statures Recumbent Length and Weight", in Lohman, T. G. , A. F. Roche & R. Martorell, eds. Anthropometric Standardization Reference Manual. Illinois: Human Kinetics Books, 1988 pp 3-8
- 25.-) Hechter, H. "The Relationship Between Weight and Some Anthropometric Measurements in Adults Males" Hum Biol. 31(3): 235- 243, 1959
- 26.-) Heymsfield, S. B. "Anthropometric Measurements in Acute and Chronic Illness", in Lohman, T. G., A. F. Roche & R. Martorell, eds. Anthropometric Standardization Reference Manual. Illinois, Human Kinetics Books, 1988 pp. 137-142
- 27.-) Himes, J. H. "Purposeful Assessment of Nutritional Status", in Nutritional Anthropology. New York: Alan R. Liss, Inc. 1987 pp 85-89
- 28.-) Icaza, S. J. y M. Behar Nutrición. 2da. Ed. México, Editorial Interamericana 1981 pp 99-106
- 29.-) Instituto de Nutrición de Centroamerica y Panama. Memorias del Seminario Sobre Programas de Alimentación a Grupos. Su integración en programas y estrategias de desarrollo en Centro America y Panama INCAP, Guatemala, 1986 182pp.

- 30.-) Instituto de Nutrición de Centroamerica y Panama. Programas Alimentarios Nacionales. INCAP. documento tecnico No.8 (reproducción), Guatemala: noviembre 1987 152pp anexos.
- 31.-) Instituto de Nutrición de Centroamerica y Panama. Programa de Ayuda Alimentaria. INCAP documento tecnico No.3 (reproducción) Guatemala, mayo 1987 114pp.
- 32.-) Instituto de Nutrición de Centroamerica y Panama. Seguridad Alimentaria, Ayuda en Alimentos y Nutrición. INCAP documento tecnico No.4 Guatemala, agosto 1987 56pp.
- 33.-) James, W.P.T. Ferro-Luzzi A. Waterlow, J.C."Definition of Chronic Energy Deficiency in Adults". in European Journal of Clinical Nutrition. 92 1988 pp 969-981
- 34.-) Jelliffe, D.B. Evaluación del Estado Nutricional de la Comunidad. Ginebra: OMS, 1968 pp 10-19
- 35.-) Katch, F. I., A.R. Benhke and V. L. Katche, "The Ponderal Somatogram: evaluation of body size and shape from anthropometric girths on stature" Hum Biol. 59(3): 439-458 1987
- 36.-) Kaufer, M. y E. Casanueva. "Para evaluar el estado de nutrición: Los cómo, cuándo y dónde de la antropometría", Cuadernos de Nutrición. 9(2):13-16 1986
- 37.-) Keys, A. and F. Grande "Body weight, body composition and calorie status", in Godhart, R.S. & M.E. Shils, eds. Modern Nutrition in Health and Disease. 5th. ed. Philadelphia: Lea & Febigar, 1973
- 38.-) Krauje, M.V. and L.K. Mahon Food, Nutrition and Diet Therapy. 7th. Ed. Philadelphia: Saunders, 1984 pp. 192-214
- 39.-) Lasser, N.L. "Critical factors in the design, management, evaluation and interpretation of epidemiologic studies", in Methodologies for Human Population Studies in Nutrition Related to Health. Bethesda: NIH, 1982 (publ. No.82-2462) pp.3-34
- 40.-) Lukaski, H.C. "Methods for the assessment of human body composition: traditional and new". Am J Clin Nutr. 36:727-728 1987
- 41.-) Malina, R.M. "Nutrition and growth", in Nutritional Anthropology New York: Alan R. Liss, Inc. 1987 pp. 173-196
- 42.-) Organización Mundial de la Salud. Medición del Efecto Nutricional de Programas de Suplementación Alimentaria a Grupos Vulnerables. Ginebra: OMS 1980 pp.22-25
- 43.-) Organización Panamericana de la Salud. Ambiente, Nutrición y Desarrollo Mental. OPS publicación científica No.450 Washington D.C. 20037 EUA 1983
- 44.-) Ortiz, Rivera Silvia Causas Psicosociales que Inducen a las Menores de Edad a la prostitución. Estudio prospectivo en 100 mujeres menores que están recluidas en centros de tratamiento por delito de la prostitución. Tesis (Lic. en psicología) USAC Escuela de Ciencias Psicologicas 1987

- 45.-) Pradilla, A. et al. "Modelos Interpretativos para la Selección de Prioridades de Nutrición". Arch Lat Nutr. 37(2): 89-107 supl. 1 1977
- 46.-) Ramírez S. Mariza; Modelo Antropométrico para la Predicción de Peso Corporal en Pacientes Adultos del Hospital General San Juan de Dios Tesís (Lic. en nutrición) USAC Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia, Guatemala, noviembre 1990
- 47.-) Romero A. L. y A. M. Quintanilla; Prostitución y Drogas. Editorial Trillas, México 1976
- 48.-) Russel R.M., Sahyoun, NR. Adults in: Paige, DM. ed. Clinical Nutrition. Part III: Evaluation Nutritional Status. 2da. Ed. Pleantsuille, NJ: the C.V. Mosby Company, 1988 pp 137-153
- 49.-) Shakir, A. "Arm Circumference in the surveillance of protein-calorie malnutrition in Baghdad", Am J Clin Nutr. 28:661-665 1975
- 50.-) Suskin, R. et al. "Assessment of nutritional status" Pediatric Rev. 5:195-201 1981
- 51.-) Teller, C.H. et al. La Demografía de la Desnutrición en Guatemala. Presentado en el seminario Nacional de Demografía, Desarrollo y Medio Ambiente, Guatemala 26 y 27 junio 1978. Guatemala: INCAP/SGCNPE, 1978
- 52.-) Torun, B. and F.E. Viteri; "Protein-energy malnutrition", in Shils, M.E. y V.R. Young, eds. Modern Nutrition in Health and Disease. Philadelphia: Lea & Febiger, 1988 pp. 746-773
- 53.-) Turcios, Adolfo G. Evaluación del Efecto de la Alimentación Complementaria del Binomio Madre-Niño Lactante en el Centro de Salud de la Colonia Primero de Julio. Tesis (médico y cirujano) USAC Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala, Septiembre 1991
- 54.-) Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Area de Ciencias Clínicas. Nutrición Normal. Folleto mineografiado, Guatemala 1982 21pp.
- 55.-) Van Itallie, T.B. "Topography of body fat: Relation Ship to risk of cardiovascular and other disease", in Lohman, T.G., A.F. Roche & R. Martorell, eds. Anthropometric Standarization Reference Manual. Illinois: Human Kinectics Books, 1988 pp.143-149
- 56.-) Vasquez G. Juan, La Explotación Sexual de la Niña en Situación Irregular en la Ciudad de Guatemala. Tesis (médico y cirujano) USAC. Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala, octubre 1990
- 57.-) Venezuela. Guías de Alimentación-Bases para su Desarrollo en America Latina. Bengoa, J.M. et al. eds. Guatemala INCAP 1980 pp.15-43
- 58.-) Viteri, F.E. and J. Alvarado "The creatinine height index: its use in the estimation of the degree of protein depletion and repletion in protein-calorie malnourised children". Pediatrics 46:696-706 1970

XIV. ANEXOS

BOLETA

Edad _____

Peso _____

Talla _____

Pliegue Tricipital _____

Pliegue Subescapular _____

Fuma SI NO

Ingiere bebidas alcohólicas SI NO

Usa Anticonceptivos SI NO

Tipo de Anticonceptivo _____

Usa algún tipo de drogas SI NO

Tipo de Drogas _____

Ha estado usted embarazada ? SI NO

Cuántas veces ha estado Ud. embarazada. (números de hijos vivos, número de hijos muertos, abortos_)

Tiempo que tiene Ud. de ejercer el Comercio Sexual _____
