

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

Seroprevalencia de VIH/SIDA

**Estudio observacional descriptivo transversal realizado en
Trabajadoras Comerciales del Sexo y Mujeres en Atención Prenatal
en Ciudad Tecún Umán, Ayutla, San Marcos, Frontera México, durante
el periodo de octubre a diciembre del año 2002.**

René Hipp Robles

Tesis

**Presentada ante las autoridades de la
Facultad de Ciencias Médicas / Maestría en Salud Pública
Para obtener el grado de
Maestro en Salud Pública con énfasis en Epidemiología**

Guatemala, febrero de 2005

AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mis sinceros agradecimientos a la gloriosa y tricentenaria Universidad de San Carlos de Guatemala, a la Facultad de Ciencias Médicas y a la Especialidad en Maestría en Salud Pública, donde me he formado como un profesional para el servicio de mi país.

A los maestros de la Maestría en Salud Pública y Profesionales invitados por haber compartido sus conocimientos y, de esta forma, haberme formado en el campo de la Salud Pública.

Deseo patentizar mi agradecimiento al Dr. Augusto López por la asesoría brindada en mi trabajo de tesis, así como al Dr. Mario Salazar y Dr. Alfredo Moreno, por su apoyo que me brindaron para realizar esta investigación, así como al Dr. Mario Gudiel Lemus, por su tiempo dedicado en su aporte de conocimientos y al Lic. Carlos Valdez, por su apoyo para finalizar esta Maestría, también al Sr. Hugo Molina, por el permiso que me dio para seguir adelante y poderme graduar de Epidemiólogo; al Director del Centro de Salud de Ciudad Tecún Umán, Ayutla, San Marcos, Dr. Emilio Callen por haberme permitido el permiso, para realizar la investigación, así como al personal de enfermería y laboratorista de dicho centro, por su apoyo a esta investigación.

A los compañeros de la Tercera Cohorte de la Maestría en Salud Pública de la USAC, en especial, a los compañeros de la especialización de Epidemiología.

A mi esposa Elizabeth Méndez y a mis hijos: Bryan René, Brandon René Jeffrey René y Michael René, de apellidos Hipp Méndez. Por quienes decidí superarme para que me vean como un ejemplo.

Y a todas aquella persona que me apoyaron en esta etapa de mi investigación.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO II ANTECEDENTES.....	6
CAPÍTULO III JUSTIFICACIÓN.....	35
CAPÍTULO IV OBJETIVOS.....	37
CAPÍTULO V MATERIAL Y MÉTODOS.....	38
CAPÍTULO VI RESULTADOS.....	51
CAPÍTULO VII DISCUSIÓN.....	78
CONCLUSIONES.....	91
RECOMENDACIONES.....	93
BIBLIOGRAFÍA.....	95
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	100

ÍNDICE DE TABLAS

CUADRO No. 1	Seroprevalencia de VIH/SIDA. Según grupo de riesgo estudiado	51
CUADRO No. 2	Distribución proporcional de mujeres trabajadoras comerciales del sexo, según grupo de edad.	52
CUADRO No. 3	Distribución de mujeres trabajadoras comerciales del sexo, según nacionalidad.	53
CUADRO No. 4	Distribución de mujeres trabajadoras comerciales del sexo, según nivel de alfabetismo.	54
CUADRO No. 5	Distribución de mujeres trabajadoras comerciales del sexo, según grado de escolaridad	55
CUADRO No. 6	Distribución de mujeres en atención prenatal, según grupo de edad.	56
CUADRO No. 7	Distribución de mujeres en atención prenatal, según nacionalidad.	57
CUADRO No. 8	Distribución de mujeres en atención prenatal, según nivel de Alfabetismo.	58
CUADRO No. 9	Distribución de mujeres en atención prenatal, según grado de escolaridad.	59
CUADRO No. 10	Distribución proporcional de mujeres en atención prenatal, según ocupación.	60
CUADRO No. 11	Distribución de mujeres trabajadoras comerciales del sexo, según tiempo de laborar en un mismo lugar.	62
CUADRO No. 12	Distribución de mujeres trabajadoras comerciales del sexo, según edad en que recibió por primera vez dinero a cambio de relación sexual.	63
CUADRO No. 13	Distribución de mujeres trabajadoras comerciales del sexo, según número de clientes en la última semana de trabajo.	64
CUADRO No. 14	Distribución de mujeres trabajadoras comerciales del sexo, según número de clientes en el último día de trabajo.	65
CUADRO No. 15	Distribución de mujeres en atención prenatal, según número de parejas sexuales.	67
TABLA No. 1	Seroprevalencia VIH/SIDA, en mujeres trabajadoras comerciales del sexo, asociación, según tener pareja sexual.	72
TABLA No. 2	Seroprevalencia VIH/SIDA, en mujeres trabajadoras comerciales del sexo, asociación, según antecedentes de infección de transmisión sexual.	73
TABLA No. 3	Seroprevalencia VIH/SIDA, en mujeres trabajadoras comerciales del sexo, asociación según oportunidad de haber utilizado alguna droga inhalada.	74
TABLA No. 4	Seroprevalencia VIH/SIDA, en mujeres trabajadoras comerciales del sexo, asociación, según uso de drogas inyectadas.	75
TABLA No. 5	Seroprevalencia VIH/SIDA, en mujeres trabajadoras comerciales del sexo, asociación, según consumo de alcohol al estar trabajando.	76
TABLA No. 6	Seroprevalencia VIH/SIDA, en mujeres trabajadoras comerciales del sexo, asociación, según conocimiento sobre la protección del VIH, usando el preservativo al tener relaciones sexuales.	77

ÍNDICE DE GRÁFICAS

GRÁFICA No. 1. Distribución de mujeres trabajadoras comerciales del sexo, según lugar de trabajo anterior al actual.	61
GRÁFICA No. 2. Distribución de mujeres en atención prenatal, según antecedente de haber padecido de infección de transmisión sexual.	66
GRÁFICA No. 3. Distribución de mujeres en atención prenatal, según conocimiento sobre la protección del VIH usando el preservativo al tener relaciones sexuales.	68
GRÁFICA No. 4. Distribución de mujeres en atención prenatal, según oportunidad de haber recibido transfusión sanguínea.	69
GRÁFICA No. 5. Distribución de mujeres en atención prenatal, según conocimiento sobre VIH.	70
GRÁFICA No. 6. Distribución de mujeres en atención prenatal, según protección así misma del VIH al ser fiel a su pareja	71

RESUMEN

Se realizó un estudio transversal con el objetivo de determinar la seroprevalencia del VIH/SIDA en trabajadoras comerciales del sexo y mujeres embarazadas que se encuentran en atención Prenatal en el Centro de Salud de Ciudad Tecún Umán, Ayutla, San Marcos; durante el periodo de octubre a diciembre del 2002.

Este estudio se realizó en un grupo de mujeres que acudió a su control a dicho Centro de Salud, siendo un total de 159 TCS y en otro grupo de 162 mujeres en atención prenatal de quienes, se obtuvo información sobre características sociodemográficas y factores de riesgo a que han estado expuestas.

Los resultados encontrados indican que el 3 por ciento de las Trabajadoras Comerciales del Sexo (TCS) son VIH positivas, mientras que en las mujeres que asisten a la atención de control prenatal, la seroprevalencia de VIH es de cero por ciento. Además, se observa que el 94 por ciento de las TCS tiene conocimientos sobre el VIH/SIDA, mientras que únicamente el 76 por ciento de las mujeres que asiste a atención prenatal en el servicio de salud, conoce sobre este problema de salud pública. Y, en cuanto al conocimiento que tienen las mujeres en Tecún Umán sobre el uso del preservativo como método de prevención del VIH/SIDA, 96 por ciento de las TCS y 91 por ciento de las mujeres en atención prenatal tiene dicho conocimiento.

Además, se encontró asociación de prevalencia de riesgo sobre el conocimiento del uso del preservativo sobre la protección contra el VIH, en donde se determinó que las que no conocen el uso del preservativo como protección del VIH tienen 19.87% más riesgo de infectarse que aquellas que sí conocen el uso del preservativo.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

El VIH, el Virus de Inmunodeficiencia Humana, es el virus que causa el SIDA. Este se transmite de una persona a otra a través del contacto sanguíneo y sexual. Cuando una persona desarrolla el SIDA, el virus, generalmente, ha dañado las defensas del cuerpo (Sistema inmunológico) cayendo en inmunodepresión (8, 24, 30, 32, 33).

El caso índice de SIDA en Guatemala se reportó en junio de 1984, en un varón homosexual de 28 años de edad, guatemalteco, proveniente de Estados Unidos. Todos los casos de adultos reportados entre junio de 1984 y abril de 1988 fueron diagnosticados en Estados Unidos, en guatemaltecos residentes en dicho país. (9, 17, 28, 34, 41)

A partir del primer caso de SIDA en Guatemala, hasta el mes de abril del 2003, se han reportado 5,619 casos, representando una tasa de prevalencia de 45.68 por 100,000 habitantes. Siendo el grupo más afectado el sexo masculino con una tasa de 65.84 por 100,000 habitantes, mientras que el sexo femenino ha presentado una tasa de 25.06. La razón de masculinidad (H:M) ha variado, en 1987 fue de 7:1 y en el 2003 hasta el mes de abril ha sido de 2.07:1 lo que demuestra el avance de la epidemia en el grupo de mujeres (21,22).

Originalmente, el VIH/SIDA se identificó entre la población homosexual de los Estados Unidos. En nuestra región todavía es considerada como una dolencia que afecta a ese grupo en particular sin tomar en cuenta que en el caso de la mujer, la vulnerabilidad al

VIH/SIDA, es mayor debido a la ignorancia, falta de control sobre su vida sexual y ausencia de métodos de protección al practicar relaciones sexuales. Lo cierto es que el VIH se transmite en lo fundamental por la vía heterosexual. (32,34)

En Guatemala se han realizado varios estudios de seroprevalencia de VIH en TCS, varían desde 0% en 1987 hasta 5.88% en el año 1997, estos cambios procedentes, hasta la fecha, han sido estadísticamente significativos, lo cual refleja el aumento de la epidemia (2,3,5,13,26,51,52).

Así mismo, en mujeres de atención prenatal, en Guatemala se han realizado varios estudios de seroprevalencia de VIH; durante el año 1998 se realizó en los municipios de los Amates y Livingston, del departamento de Izabal y la seroprevalencia encontrada fue de 0%; de igual manera, en el mismo año en el municipio de Escuintla del departamento de Escuintla la seroprevalencia encontrada fue de 1.7%; lo cual llama la atención que este dato encontrado supera a los otros lugares estudiados, debido especialmente a la falta de fidelidad y de protección por parte de los esposos cuando tienen varias parejas sexuales (5).

La falta de información de este proceso infeccioso y de los factores de riesgo a las cuales están expuestas las TCS y mujeres en atención prenatal en la Ciudad de Tecún Umán, Ayutla, San Marcos, por ser una región fronteriza con la República de México, hace que sea el punto más importante de tránsito de todo migrante de ambos sexos hacia América del Norte o de regreso, lo cual ha provocado un incremento del comercio sexual en esta zona fronteriza lo que justifica la realización del presente estudio

observacional, descriptivo, de tipo transversal, para lograr determinar la seroprevalencia de VIH en las trabajadoras comerciales del sexo y en mujeres en atención prenatal, especialmente, en estos subgrupos de población que asistieron a control en el Centro de Salud de la localidad durante el período de octubre a diciembre del año 2002, teniendo en cuenta, además, determinar las características sociodemográficas e identificar los factores de riesgo de VIH/SIDA en estos grupos de población.

Se logró establecer que el 3 por ciento de las Trabajadoras Comerciales del Sexo (TCS) es VIH positivo, mientras que en las mujeres que asisten para la atención prenatal, la seroprevalencia de VIH fue de cero por ciento.

El 84 por ciento de las trabajadoras comerciales del sexo que asiste a control en el centro de salud de la localidad se encuentra en un rango de 18 a 32 años de edad, en su mayoría son de origen guatemalteco, 25 por ciento de ellas no sabe leer ni escribir, algunas han laborado en otros lugares siendo éstos, especialmente, Guatemala (9.4%), otros municipios de San Marcos (8.8%) y Escuintla (8.2%), es importante hacer notar que el 70% de estas trabajadoras tiene menos de un año de laborar en la Ciudad de Tecún Umán, Ayutla, San Marcos. Entre los antecedentes de este grupo de población encontramos que 13 por ciento de ellas había recibido dinero por primera vez a cambio de relaciones sexuales en un rango de 7 a 16 años y el 45 por ciento recibió dinero por primera vez, en el rango de edad, de 17 a 21 años.

El 64 por ciento de las TCS, en la última semana, tuvo entre 1 y 10 clientes y en el último día de trabajo, 70 por ciento de ellas había tenido entre este mismo número de clientes. 75 por ciento de ellas no tiene pareja sexual fija, 13 por ciento de éstas TCS han tenido alguna vez contagio de infección de transmisión sexual, así mismo, se estableció que 20 por ciento ha utilizado drogas inyectadas y 77 por ciento consume alcohol durante su trabajo. 9 por ciento de ellas ha estado expuesto a una transfusión sanguínea.

Se estableció, además, que el 94 por ciento de las TCS tiene conocimientos sobre el VIH/SIDA, pero, 8 por ciento de ellas no utilizó condón en la última relación sexual, y, se pudo determinar asociación entre la falta de conocimiento que el uso del preservativo protege contra el VIH/SIDA y ser seropositivo a éste (OR 19.87 IC95% 1.78 – 213.18 p. 0.000080)

En las mujeres que asisten para su atención prenatal se estableció que el 0 por ciento de ellas era seropositivas, 83 por ciento se encuentran entre el rango de edad de los 14 a 28 años, la mayoría es de origen guatemalteco, 20 por ciento es analfabeto, 94 por ciento de oficios domésticos, estableciéndose que el 5 por ciento de ellas ha tenido alguna vez contagio con infecciones de transmisión sexual; 3 por ciento ha estado expuesto a transfusiones sanguíneas, 87 por ciento solamente tiene una pareja sexual, 91 por ciento de estas mujeres conoce sobre la protección del VIH/SIDA usando preservativo al tener relaciones sexuales, pero en general solamente 76 por ciento tiene conocimientos generales sobre el VIH/SIDA y 95 por ciento de ellas consideran que la fidelidad es una protección contra el VIH/SIDA.

CAPÍTULO II

ANTECEDENTES

VIH Y SIDA

El VIH, virus de inmunodeficiencia humana, es el virus que causa el SIDA. Éste pasa de una persona a otra a través del contacto sanguíneo y sexual. (5, 8, 15, 46, 52)

El SIDA, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, es el resultado de la infección por el VIH. La infección la causa un virus conocido como el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Para cuando una persona desarrolla el SIDA, el virus generalmente ha dañado las defensas del cuerpo (sistema inmunológico). (8, 29, 32, 37, 46, 48, 49, 50)

Por lo tanto, personas con el SIDA desarrollan enfermedades que la mayoría de la gente sana puede normalmente resistir o controlar, como son: la neumonía parasitaria, el afta, o, recaídas de infecciones de la niñez. Como el virus puede entrar al cerebro y otros órganos en el cuerpo, mucha gente con el SIDA tiene problemas con sus movimientos, memoria y funciones naturales. (8, 29, 37, 48)

Actualmente, las personas con el SIDA generalmente mueren en pocos años, no solamente porque tienen el VIH, sino también porque sus sistemas inmunológicos están debilitados lo cual permite desarrollar infecciones que no pueden sobrevivir. (13, 34, 46, 48).

Las infecciones de transmisión sexual sirven tanto como indicadores de conductas de alto riesgo relacionadas con la infección por VIH y como factores biológicos para la adquisición de la infección por VIH. Estudios recientes también han demostrado que, en personas infectadas por el VIH, la presencia de inflamación genital causada por ITS tiene como resultado una mayor liberación del VIH. Esta liberación puede persistir

durante varias semanas después de la erradicación de las ITS, incrementando así la potencial transmisión del VIH a parejas sexuales. (40)

AGENTE, TRANSMISIBILIDAD Y SUSCEPTIBILIDAD

El agente infeccioso del SIDA, el Virus de la Inmunodeficiencia Humana es un lentivirus perteneciente a la familia de los retrovirus. Hasta este momento se ha detectado dos tipos de virus, VIH-1 y VIH-2. Estos virus son serológicamente diferentes y tienen una distribución geográfica distinta, pero, presentan unas características epidemiológicas y patogénicas semejantes. (1, 29, 30)

Está perfectamente establecido que el VIH infecta y se replica preferentemente en linfocitos CD4, pero también infecta a las células de origen macrófago/linfocitario. Al estar el virus presente en los linfocitos y los macrófagos, éste puede detectarse en cualquier fluido del cuerpo o tejido que contenga a estas células, por ello, el VIH ha sido aislado: de la sangre, de los productos de la sangre, del semen, de las secreciones genitales femeninas, de la leche materna, del líquido cerebroespinal, de las lágrimas, de la saliva, etc. Pero los estudios llevados a cabo entre personas que conviven con pacientes del SIDA nos indican que la saliva, lágrimas y la orina, aunque contengan virus, usualmente, no transmiten la infección. (29, 30, 47)

MODOS DE TRANSMISIÓN

El virus se ha encontrado en la mayoría de los fluidos corporales, sin embargo, en la transmisión sólo están implicados: la sangre, el semen, la leche materna y las

secreciones vaginales. Como una consecuencia de ello se ha demostrado la transmisión por trasplantes de órganos y tejidos infectados. (7, 8, 15, 29, 30, 35, 37)

No se ha probado la transmisión a través de lágrimas, la saliva y el sudor de los enfermos y, por tanto, a través de besos o mordeduras, no por vasos ni alimentos que pudieran estar en contacto con saliva, pudiendo concluir que no hay evidencia de contagio por lágrimas, saliva o sudor o por picaduras de mosquitos o por contactos casuales, domésticos o sociales. (15, 29)

La evidencia epidemiológica indica que la transmisión del VIH se produce por contacto sexual, por compartir agujas o jeringuillas contaminadas, a través de transfusiones de sangre infectada o sus componentes y, de forma perinatal, el virus se trasmite de la madre infectada al hijo. (2, 29)

Diversos estudios epidemiológicos han permitido determinar algunos de los factores más importantes que influyen en el contagio y qué factores de riesgo están implicados en las distintas formas de transmisión del VIH, que van a depender, como ya hemos expuesto anteriormente, de la capacidad infectiva del agente, de la posibilidad y la eficacia de los mecanismos de contagio y de la vulnerabilidad o receptibilidad del huésped. De acuerdo con todo esto, los modos de transmisión los agrupamos como sigue: (6, 29, 33, 38)

TRANSMISIÓN SEXUAL

La vía más importante de transmisión del VIH en el mundo es la vía sexual, tanto homosexual como heterosexual. En la transmisión sexual, las prácticas homosexuales son las que mayormente se asocian a la infección, y, fundamentalmente, las relaciones ano-genitales, siendo el compañero receptivo el más expuesto. La relación anal insertiva, aunque puede conferir algún riesgo, no se ha podido establecer la magnitud del mismo. En prácticas receptivas anales donde se introduce en el recto el dedo y otros objetos pueden favorecer la transmisión debido a microtraumatismos de la mucosa rectal que favorece el paso del virus al organismo. (12, 13, 15, 19, 23, 24, 26, 29, 30, 37, 46)

La transmisión heterosexual es bidireccional tanto del hombre a la mujer como de mujer a hombre, aunque parece que la eficacia en la transmisión es menor de mujer a varón que el contrario. En algunos estudios se ha observado que la probabilidad de transmisión de mujer a hombre es del 1% comparada con el 20% en la transmisión del hombre infectado a su pareja mujer. (15, 24, 29)

TRANSMISIÓN PARENTERAL

La transmisión parenteral por inoculación de sangre contaminada o productos derivados está, fundamentalmente relacionada con la utilización de agujas y jeringas contaminadas para la auto-administración intravenosa de drogas. (13, 15, 29, 35, 37, 38, 46)

La utilización de drogas por vía intravenosa es el mecanismo de transmisión más frecuente en nuestro país y la segunda gran grupo de riesgo en los países occidentales. La transmisión de VIH en usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) está relacionada: con la utilización compartida de agujas y jeringuillas, con el número de inyecciones de drogas y con la proporción de inyecciones en Shooting Galeries (donde se alquilan agujas y jeringuillas) (13, 15, 29, 46)

TRANSMISIÓN POR SANGRE Y PRODUCTOS SANGUÍNEOS

En la mayoría de los países existen dos grupos de población expuestos a la infección por VIH, bien, por ser receptores de concentrados de factores de coagulación. El descubrimiento de casos de SIDA en ambos grupos sin otro tipo de riesgo puso de manifiesto, al principio de la epidemia, que la sangre era un vehículo de transmisión importante, sugiriendo que el agente causal podría ser un virus. (11, 12, 13, 15, 29, 30, 37)

La transmisión del VIH en el personal sanitario es posible, pero el riesgo es extremadamente bajo. La exposición de trabajadores sanitarios con material médico contaminado está relacionada con pinchazos, y la tasa de ser conversión es menor del 0.3%; el riesgo a través de erosiones de la piel o de mucosas es mucho menor. Sin embargo, al existir cada vez mayor número de enfermos de SIDA, la probabilidad de exposiciones accidentales puede aumentar, por lo que se deben adoptar las precauciones universalmente recomendadas en el cuidado de todos los enfermos. (29)

La transmisión de trabajadores sanitarios a los pacientes es todavía mucho más baja. Se ha informado que en Florida (EE.UU.) 5 pacientes se habían infectado mientras recibían atención médica por un dentista con SIDA y en ninguno de ellos se ha confirmado otra posible exposición. Todos ellos habían sido tratados con procedimientos invasivos por el dentista. Asimismo, la cepa del virus procedente de los pacientes era semejante entre sí y semejante a la cepa procedente del dentista. (29)

TRANSMISIÓN PERINATAL

La transmisión del VIH de la madre infectada al hijo se produce durante el embarazo, parto o post - parto. En el embarazo por vía transplacentaria, en el parto a través del contacto con la sangre materna y secreciones vaginales y en el post - parto a través de la leche materna. (5, 15, 29, 30)

No está claramente definido qué factores afectan en la transmisión del VIH de la madre al niño, viremia persistente, síntomas clínicos, porcentaje de células infectadas, factores todos ellos que pueden incrementar el riesgo de transmisión. (15, 24, 29)

OTRAS VÍAS DE TRANSMISIÓN

Como consecuencia de la transmisión parenteral, existen casos de SIDA debido a trasplantes de diversos órganos, riñón, corazón, páncreas, médula ósea, hueso, córnea, piel etcétera, así como a través de inseminación artificial. (9, 29, 30)

El VIH va destruyendo, gradualmente, una parte muy importante del sistema inmunológico. El virus ataca y destruye, primordialmente, las células de la sangre

conocidas como CD4, las cuales normalmente protegen al cuerpo de las infecciones. El sistema inmunológico se deteriora paulatinamente y la persona se vuelve cada vez más vulnerable a las infecciones. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al SIDA como la infección por VIH y el diagnóstico de uno o más síntomas específicos como la tuberculosis, la neumonía producida por la pneumocystis carinii, y pérdida acelerada de peso, entre otros. Estas enfermedades se denominan infecciones oportunistas. Tarde o temprano, el sistema inmunológico se ve agobiado por estas dolencias y el individuo fallece a causa de una de ellas o de varias combinadas. (5, 15, 22, 29)

El período de incubación promedio del VIH (desde el momento de contagio hasta el desarrollo del SIDA) oscila entre siete y 10 años. (8, 15, 24, 37)

Es posible que algunas personas desarrollen la enfermedad antes de los siete años, pero, muy pocas lo hacen durante los primeros tres años después de haber adquirido la infección. Otras, por su parte, pueden tardar hasta 20 años en desarrollar la dolencia una vez contraído el virus. El periodo que transcurre desde el momento en que la enfermedad se manifiesta hasta la muerte del individuo oscila entre algunas semanas hasta muchos años, según la clase de enfermedad oportunista y el tratamiento disponible. Se estima que el 95% de quienes contraen el VIH tarde o temprano fallecen a causa del SIDA. (8, 15)

No se sabe con exactitud por qué algunas personas se mantienen saludables más tiempo que otras después de la infección inicial con el VIH. Una razón puede ser que el VIH, frecuentemente, sufre varias mutaciones y algunas de sus formas son más

dañinas y tienden a reproducirse más rápidamente que otras. Una posibilidad adicional es que el individuo en cuestión tenga debilitado de antemano su sistema inmunológico a consecuencia de otras infecciones -como la malaria y la tuberculosis, o, por causa de la desnutrición- y como resultado de lo anterior sucumba más rápidamente a los efectos de la infección por VIH. (15, 24)

PANORAMA MUNDIAL DE LA EPIDEMIA

Se estima que, en todo el mundo, cinco millones de personas contrajeron la infección en 2001, entre ellas 800,000 niños. Durante el próximo decenio, si no reciben un tratamiento y asistencia eficaz, pasarán a engrosar las filas de los más de 20 millones de personas que ya han fallecido a causa de la enfermedad desde que en 1981 se comunicaron las primeras pruebas clínicas del VIH/SIDA. Es igualmente obvio que la inmensa mayoría de las personas –incluidas las que viven en países con una alta prevalencia nacional del VIH- todavía no ha contraído el virus. (15, 29, 41, 43, 44, 47, 48, 51)

RESUMEN MUNDIAL DE LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA, FINAL DE 2001



América Latina
1 500 000

5 600 000

**África
Subsahariana**
28 500 000

**Australia y
Nueva Zelandia**
15 000

NÚMERO ESTIMADO DE ADULTOS Y NIÑOS QUE VIVEN CON EL VIH/SIDA:

Nuevas Infecciones por el VIH en 2001	TOTAL	5 millones
	Adultos	4,2 millones
	Mujeres	2 millones
	Menores de 15 años	800,000

Personas que viven con el VIH/SIDA	TOTAL	40 millones
	Adultos	37,1 millones
	Mujeres	18,5 millones
	Menores de 15 años	3 millones

<i>Defunciones causadas por el SIDA en 2001</i>	<i>TOTAL</i>	<i>3 millones</i>
	Adultos	2,4 millones
	Mujeres	1,1 millones
	Menores de 15 años	580,000

Número total de niños huérfanos* por el SIDA, y con vida, final de 2001 14 millones

* Definidos como los niños de 0-15 que para final de 2001, habían perdido a uno de los padres o ambos por causa de SIDA.

ÉPIDEMIA DEL VIH EN LATINOAMÉRICA

A pesar de que la epidemia de VIH en Latinoamérica ha causado alrededor de 80,000 muertes, el SIDA está situándose como la causa más importante de muerte en hombres entre 25 y 44 años de edad en Brasil, México y Venezuela. Debido a que el SIDA afecta a este importante segmento de la fuerza productiva de un país, el impacto

de esta epidemia en la productividad futura de estos países puede llegar a ser muy importante. Al igual que en otras regiones del mundo, la epidemia de SIDA en Latinoamérica y el CARIBE se está convirtiendo en un problema prioritario de salud pública. (11, 17, 18, 33, 42, 51)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y ONUSIDA estiman que para finales de 1997 había 2.6 millones de personas infectadas en Latinoamérica y el Caribe. Nueve países: Brasil (110,845), México (30,970), Argentina (10,669), Colombia (7,953), Venezuela (6,916), Honduras (6,406), República Dominicana (3,940), Perú (5,958) y El Salvador (2,019) representan el 88% de los casos en la región. Durante 1,996 las tasas más altas de incidencia acumulada de SIDA (por millón de habitantes) fueron reportadas en Bahamas (1,335), en el Caribe, en Brasil (100), en el Istmo Centroamericano (75.6), en Argentina (59), y, en México (44). Las rutas de transmisión varían entre países. En América Central y el Caribe la mayor proporción de casos se presenta en personas con prácticas heterosexuales, mientras que en Argentina y Brasil hay una creciente proporción de casos con antecedentes de uso de drogas intravenosas. (17)

VIH/SIDA EN CENTRO AMÉRICA

La información disponible sugiere que el VIH/SIDA está incrementando en Centro América. Sin embargo, debido a la falta de vigilancia adecuada, el número actual de casos de VIH/SIDA en la región es desconocido. Estimados de ONUSIDA (2000) sugieren que cerca de 200,000 adultos y niños en Belice, Costa Rica, Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Panamá pudieran estar infectados. (17, 31, 36, 51)

Las tasas de prevalencia en la región oscilan desde 0.20% en Nicaragua hasta 2.01% en Belice (ONUSIDA, 2000) Los desafíos más importantes incluyen incrementar la cantidad y calidad de vigilancia de los datos y promover la prevención entre grupos de alto riesgo de la región. (17)

DESCRIPCIÓN GENERAL DE GUATEMALA

Guatemala cubre un área aproximada de 109,000 Km². Con, aproximadamente, 12,640,000 habitantes, está dividida entre indígenas (Mayas) (48.6%), habitantes mestizos (46.3%) y habitantes definidos como blancos o negros (5%) (PNUD, 2000). La natalidad es del 35 por 1000, la tasa de mortalidad de 6.9 por 1000 y el crecimiento poblacional es del 2.6%. La tasa de fertilidad es de 4.9, y, el 40% de la población es menor de 15 años. Setenta y cinco por ciento de la población vive bajo la pobreza y el 44% de los adultos es analfabeto. (21, 24, 32, 33)

VIH/SIDA EN GUATEMALA

Para el año de 1999, 71,000 adultos fueron diagnosticados VIH positivo y 3,400 fueron diagnosticados con SIDA en Guatemala (ONUSIDA, 2000). Cerca del 94% de los casos reportados con SIDA fueron contagiado por relaciones sexuales, el 2,5% por medio de transfusiones de sangre y el 4% fue transmitido de madre a hijo (Aguilar, 2000). En el año 2000, la tasa de prevalencia en adultos con VIH fue estimada en 1.38% y la mitad de estos adultos vive en la capital de la ciudad de Guatemala. (25, 31)

Estudios realizados con TCS, entre 1989 y 1998 sugieren una tasa de infección creciente con variación de una localidad a otra. Sólo el 0.2% de las TCS en la ciudad de Guatemala fueron positivo en 1989, pero, para el año 1998 el porcentaje se incrementó a 4.7% (ONUSIDA 2000). No se encontraron casos de VIH/SIDA entre las TCS en las ciudades montañosas durante el periodo de estudio, mientras que el 11% de las TCS fue VIH positivo en la costera ciudad de Puerto Barrios. (31, 49).

INICIO DE LA EPIDEMIA DE VIH-SIDA

El caso índice de SIDA en Guatemala se reportó en junio de 1984, en un varón homosexual de 28 años de edad, guatemalteco, proveniente de Estados Unidos. Todos los casos de adultos reportados entre junio de 1984 y abril de 1988 fueron diagnosticados en Estados Unidos. (5)

En abril y julio de 1986 se reportaron los primeros dos casos en mujeres. Se trataba de guatemaltecas de 34 y 31 años, respectivamente, residentes en Estados Unidos y que referían haber sido hemotransfundidas. (2, 5, 11, 21, 24, 49, 50, 51, 52)

INCIDENCIA Y PREVALENCIA

En Guatemala, desde el año 1984 al mes de abril del presente año se cuenta con una frecuencia de datos acumulados, reportados al Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA de 5,619 casos, con lo que se establece una tasa de prevalencia de 45.68 por 100,000 habitantes. El grupo más afectado ha sido el sexo masculino con una tasa de 65.84 por 100,000 habitantes, mientras que el sexo femenino ha presentado una tasa de 25.06. El grupo de edad donde se registra el mayor número de casos es el comprendido entre los 15 a 49 años de edad

representando un 84% del total de la población afectada; y, de este porcentaje, el grupo de edad más afectado es el de los 30 a 34 años, seguidamente de los 20 a 24 años (128 y 118 por 100,000 habitantes respectivamente). Esto puede obedecer al comportamiento sexual de riesgo de las personas en este grupo de edad que los hace más vulnerables. (28, 29)

La vía de transmisión más frecuente es la sexual (86%) seguida de la transmisión madre-hijo 4.03%. La notificación de casos inicia con 2 casos reportados en 1984, teniendo un notable incremento a partir del año 1996 en donde se reportan, en promedio, 600 casos al año, esto puede ser porque se ha detectado más casos a través del sistema de vigilancia a pesar que éste es pasivo, incluyendo únicamente a las personas que asisten a los servicios. (8, 15, 20, 25, 33, 47, 48)

La razón de masculinidad (H:M) de los casos de SIDA reportados al Programa Nacional del SIDA por las áreas del salud de país, ha disminuido a través del tiempo: en 1987 fue de 7:1 y en el 2003, hasta el mes de abril, ha sido 2,07:1, lo que demuestra el avance de la epidemia en el grupo de mujeres. (28, 29)

Cuando se analiza el SIDA por departamentos, se determina que la mayor prevalencia se encuentra en el departamento de Guatemala con tasa de 94 por 100,000 habitantes. Seguidos del departamento de Suchitepéquez (89), Escuintla (87) y Retalhuleu (72). El departamento con la tasa más baja es Alta Verapaz (4.67). Es importante hacer notar que existe subregistro, pues, no se cuenta con un sistema de información que incluya

al sector privado y otras organizaciones que realizan acciones de atención de dichos casos. (27, 31, 35, 49)

Hasta octubre e 1989, 112,241 personas en los Estados Unidos habían sido diagnosticadas con el SIDA. Se estima que hasta 1.5 millones de personas tienen el VIH. (4) Desde los primeros años de la epidemia, el número total de casos ha aumentado cada año. Más de 24,000 nuevos casos del SIDA fueron diagnosticados durante 1987, y, sobre 39,000 nuevos casos en 1988, un incremento del 62 %. Los científicos han dicho que no están seguros de cómo y dónde el VIH infectó por primera vez a los seres humanos. (8)

SEROPREVALENCIA DE VIH

En el cuadro se muestran algunos de los estudios efectuados en Trabajadoras Comerciales del Sexo (TCS). (2, 3, 5, 13, 26, 51, 52)

Departamento	Año	Tamaño muestral	% Seroprevalencia
Guatemala, Gt.	1987	509	0
Guatemala, Gt	1989	163	0
Guatemala, Gt	1992	1312	0.45
Guatemala, Gt	1994	600	1
Guatemala, Gt	1996	283	1.76
Guatemala, Gt	1997	264	4.17
Guatemala, Gt	1998	470	4.68
P. Barrios, Izabal.	1991	191	0
P. Barrios, Izabal.	1998	117	11.1
La Antigua, Sacatepéquez.	1997	60	3.33
La Antigua, Sacatepéquez.	1997	51	5.88
Escuintla, Esc.	1991	800	0

Escuintla, Esc.	1994	89	2.2
Escuintla, Esc.	1998	204	2.4
Mazatenango, Such.	1994	89	4.5
Mazatenango, Such.	1997	60	1.67
Zacapa, Zacapa.	1991	27	0
Quetzaltenango, Quet.	1988	96	1.04
Quetzaltenango, Quet.	1988	100	0
San Marcos.	1992	493	0.40
T. Umán, San Marcos.	1996	124	0

La tasa más elevada encontrada, hasta el momento, es Puerto Barrios, Izabal, departamento que por cien mil habitantes ocupa el segundo lugar en número de casos reportados. En el mismo departamento, la tasa seroprevalencia encontrada en el municipio de Morales, es la segunda más elevada de las que hasta 1998 se había contabilizado en trabajadoras del sexo. En este segundo caso, la cantidad de mujeres estudiadas es de 46, pero, son todas las que laboran en ese municipio. (5)

FACTORES DE RIESGO EN LAS MUJERES ASOCIADOS AL VIH/SIDA

POBREZA

La pobreza a nivel nacional, familiar e individual hace a la mujer más vulnerable al VIH. A nivel nacional, la carencia de recursos afecta negativamente la disponibilidad de servicios de salud para el tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) A nivel individual, la pobreza obliga a ciertas mujeres y niñas a utilizar sus cuerpos como fuentes de ingreso, lo cual las pone en peligro inminente de contraer el VIH. (15)

ANALFABETISMO

Las mujeres sin educación o analfabetas tienen muy pocas oportunidades para enterarse de los peligros que representa el VIH, cómo se transmite y cómo se previene. En la República Dominicana, así como en muchas partes de México y Centroamérica, entre una de cada 10 y una de cada tres personas en la población no puede leer. En El Salvador, Guatemala y México la tasa de analfabetismo es mucho más alta en las mujeres que en los hombres. Las tasas más altas de analfabetismo se encuentran entre las mujeres indígenas, para quines la falta de materiales informativos y servicios educativos en sus propias lenguas limita aun más su acceso a la información sobre el VIH/SIDA. (15)

MACHISMO Y LA BISEXUALIDAD MASCULINA

El papel preponderante que el hombre cumple en la sociedad limita, significativamente, el control que la mujer pueda ejercer sobre su propia vida sexual y económica. Toda sociedad tiene ciertas normas respecto al comportamiento sexual: sobre cómo y cuándo el hombre y la mujer pueden tener relaciones sexuales, y, sobre la forma de hacerlo. (15)

En México y Centroamérica, en el Caribe de habla hispana, y, en muchas otras partes del mundo, la regla es que la mujer sólo debe tener relaciones sexuales dentro del matrimonio, en cambio, a los hombres se les permite a que las tengan dentro y fuera de éste. Si bien es cierto que muchos hombres tienen relaciones con otras mujeres, el machismo oculta el hecho de que algunos hombres, casados o no, también tienen

relaciones con hombres. Muchos de ellos no se identifican como bisexuales u homosexuales. Sea cual sea el sexo de sus otras parejas, los hombres que mantienen múltiples relaciones sexuales sin la protección del condón corren el riesgo de contraer el VIH/SIDA, y, de transmitírselo a sus compañeras. (10, 14, 15)

RELIGIÓN

Los preceptos de la iglesia católica y de otras denominaciones predominantes en la región se oponen al uso del condón, reconocido como el medio más importante para prevenir la transmisión sexual del VIH, aparte de la abstinencia y la fidelidad mutua, así, la única protección que les queda a muchas mujeres que se someten a las exigencias de su fe es la esperanza de que sus parejas también se sometan a tales exigencias y no tengan relaciones extramatrimoniales. (15)

GUERRA Y LA MIGRACIÓN

Durante los períodos de confrontación civil las normas sociales se desestabilizan, las familias se desintegran, se crea un gran número de refugiados de guerra y hay un desplazamiento constante de personal militar de ambos bandos. Estas circunstancias dan lugar al aumento de las violaciones y, por lo tanto, las oportunidades para la transmisión de toda clase de ITS, entre ellas, el VIH. La migración de corto o largo plazo, bien sea como producto de la guerra o de la necesidad económica, también está relacionada con la transmisión del VIH. Los viajes al interior de la región, hacia fuera, o, hacia ella, desde otros puntos por vía del turismo, el comercio y otros negocios, pueden contribuir a la propagación del VIH. La separación prolongada puede socavar la estabilidad familiar y contribuir al incremento del comercio sexual y de la incidencia de

las ITS. Todos los viajeros y visitantes que se infectan con el VIH u otras ITS ponen a sus parejas en peligro de contagio cuando regresan a sus hogares. (15)

RELACIONES SEXUALES VAGINALES SIN PROTECCIÓN

En la transmisión heterosexual, el coito vaginal sin la protección del condón es la situación de riesgo más común. Varios estudios conducidos en Europa y Estados Unidos muestran que en el 80% de los casos de mujeres infectadas, el único riesgo establecido era la relación sexual vaginal sin protección con un hombre infectado. (10, 14, 15)

Estudios conducidos en Europa y Norteamérica han determinado que entre un 10% y un 30% de las mujeres que tiene una relación estable con un hombre infectado adquiere el contagio, mientras que la proporción de hombres que son infectados por la mujer oscila entre un 5% y un 15%. (15)

Las mujeres jóvenes y las adolescentes corren un riesgo de infección aun mayor porque su tracto genital es menos maduro y, por lo tanto, menos efectivo como barrera protectora. Se sabe que la membrana mucosa pasa de tener una sola capa a tener capas múltiples, una transición que no concluye hasta los 18 a 20 años de edad. (15)

RELACIONES SEXUALES ANALES SIN PROTECCIÓN

Aunque el coito anal se asocia más con las relaciones sexuales entre hombres, las parejas heterosexuales también lo practican, bien sea como método de control natal, para proteger la virginidad de la mujer o por placer. Según algunos investigadores, la

relación anal sin protección es dos veces más riesgosa para la mujer que la relación vaginal desprotegida. El epitelio es más delgado en el ano que en la vagina y en consecuencia más susceptible a sufrir pequeñas rupturas. (15)

CONTACTO SEXUAL ORAL

La infección por VIH se puede adquirir por contacto sexual oral, ya sea que se lo practique el hombre a la mujer o a la inversa, ya que el semen y los flujos vaginales portan el virus y la existencia de pequeñas cortadas en la boca puede facilitar su entrada. Aun así, esta modalidad se considera menos riesgosa que las precedentes. Se recomienda el uso del condón para practicar el fellatio (cuando se le práctica al hombre), pero no existe una alternativa específica para el cunnilingus (cuando se le práctica a la mujer.) (15, 46)

RELACIONES SEXUALES ENTRE MUJERES

Se cree que el riesgo de transmitir el VIH mediante relaciones sexuales entre mujeres es muy bajo. Como en el caso del contacto sexual oral entre hombres y mujeres, existen contadas instancias en que esta modalidad ha sido sugerida como el vehículo de transmisión. Muy poco se sabe sobre la prevalencia de las relaciones sexuales entre mujeres en México y Centroamérica, así como en el Caribe de habla hispana. Por lo general, las presiones sociales obligan a muchas lesbianas a casarse o a no reconocer su propia orientación sexual. (15)

CLASIFICACIÓN DE LAS EPIDEMIAS DEL VIH Y SIDA

□ EPIDEMIA DE BAJO NIVEL

Principio: si bien, la epidemia del VIH lleva muchos años, nunca ha alcanzado un grado significativo de infección en ningún subgrupo de población. La infección registrada se concentra mayormente entre individuos con comportamiento de más riesgo, por ejemplo, trabajadores sexuales, usuarios de drogas inyectables y hombres que tienen relaciones homosexuales. Una epidemia en este estadio indicaría que las redes de riesgo son, más bien, difusas (con poco intercambio de parejas y de uso compartido de equipo de inyección de drogas) o que el virus se introdujo muy recientemente. Sustituto numérico: la prevalencia del VIH no ha superado el 5% en ningún subgrupo de población definido. (16, 38, 39)

□ EPIDEMIA CONCENTRADA

Principio: el VIH se ha difundido rápidamente en un subgrupo de población determinado, pero no así entre la población general. Este estado de la epidemia señala la presencia de redes activas de riesgo entre uno o más de los subgrupos de población

afectados. La Trayectoria de la epidemia estará determinada por la frecuencia y naturaleza de las relaciones entre los subgrupos de población con alto grado de infección y la población general. Sustituto numérico: la prevalencia del VIH se ha mantenido constante, por encima del 5% en, por lo menos, un subgrupo de población. La prevalencia del virus es menor del 1% entre las mujeres embarazadas de las zonas urbanas. (16, 38, 39)

❑ **EPIDEMIA GENERALIZADA**

Principio: en este tipo de epidemia, el VIH se encuentra bien establecido entre la población general. Si bien, es posible que los subgrupos de población aún promuevan la difusión del VIH de manera desproporcionada, las redes sexuales que existen entre la población general son suficientes para mantener una epidemia independiente de las de los subgrupos de población de mas alto riesgo. Sustituto numérico: la prevalencia del VIH se encuentra constantemente por encima del 1% entre las mujeres embarazadas. (16, 38, 39)

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE CASO CLÍNICO

Definición de la OMS de caso clínico de SIDA en la persona adulta cuando los medios de diagnósticos son limitados.

El diagnóstico de SIDA en una persona adulta está basado en la existencia de, por lo menos, dos signos mayores, combinados, por lo menos, con un signo menor, ante la ausencia de causas conocidas de inmunosupresión, como cáncer, malnutrición grave u

otras enfermedades conocidas. La presencia de sarcoma de Kaposi generalizado o de meningitis criptocócica es suficiente para diagnosticar el SIDA. (45)

Signos mayores

Pérdida del 10% o más del peso corporal.

Diarrea crónica durante más de un mes.

Fiebre prolongada durante más de un mes (intermitente o constante) (45)

Signos menores

Tos persistente durante más de un mes*

Dermatitis pruriginosa generalizada.

Herpes zoster recurrente

Candidiasis bucofaríngea.

Infección crónica durante más de un mes.

Fiebre prolongada durante más de un mes (intermitente o constante) (45)

La presencia de Sarcoma de Kaposi generalizado o meningitis criptocócica son suficientes para sí mismas y establecer el diagnóstico de SIDA con fines de vigilancia. (45)

CLASIFICACIÓN DE LOS ESTADIOS DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1990)

Ésta es la clasificación más reciente. Su utilidad radica en la combinación de variables clínicas y de laboratorio. Permite realizar el seguimiento de los pacientes con SIDA a través de cuatro estadios, para lo cual se consideran manifestaciones clínicas y tres grupos constituidos, según la cifra de linfocitos totales o de células CD4. (45)

HALLAZGOS CLINICOS	RESULTADOS DE LABORATORIO		
	A	B	C
	Linfocitos > 2000	CD4 < 500 Linfocitos 1000-2000	CD4 200-500 Linfocitos 1000-2000 CD4 >200
Estadio I Asintomático	IA	IB	IC
Linfadenopatía persistente			
Actividad física: asintomático, normal			
Estadio II Enfermedad temprana (leve)	2A	2B	2C
Pérdida de peso <10 % manifestaciones cutáneas leves (por ej. Dermatitis seborreica, prurito, dermatomicosis, aftas orales recidivantes, queilitis angular, etc.) Herpes zoster (en los últimos 5 años) Infecciones recurrentes del tracto respiratorio superior.			
Actividad física: sintomático, actividad normal			
Estadio III Enfermedad intermedia (moderada)	3A	3B	3C
Pérdida de peso > 10 % Diarrea crónica de causa desconocida > 1 mes, fiebre prolongada, constante o intermitente, de causa desconocida > 1 mes, candidiasis oral, Leucoplasia vellosa, Tuberculosis pulmonar (en el último año) Infecciones bacterianas graves (por ej. Neumonía, piomiosis, etc.)			
Actividad física: en cama < 50 % del día durante el último mes			
Estadio IV Enfermedad tardía grave (esencialmente SIDA)	4A	4B	4C
Síndrome de desgaste, Neumonía por P. carinii, Toxoplasmosis cerebral. Criptosporidiasis con diarrea > 1 mes, Criptococosis extra-pulmonar. Enfermedad por CMV en órganos que no sean hígado, bazo o ganglios linfáticos. Herpes simple mucocutáneo > 1 mes o visceral de cualquier duración. Leucoencefalopatía multifocal progresiva. Micosis diseminada (por ej. Histoplasmosis) Candidiasis esofágica, traqueobronquial o pulmonar. Micobacteriosis atípica diseminada. Septicemia por Salmonella no Typhi. Tuberculosis extra-pulmonar. Linfoma. Sarcoma de Kaposi. Encefalopatía por el VIH.			

Actividad física: en cama > 50 % del día durante el último mes.			
--	--	--	--

ESQUEMA GENERAL DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica está dirigida a determinar si la persona presenta síntomas de infección por el VIH, como fiebre, sudor nocturno, pérdida de peso, anorexia, diarrea, tos, cefaleas de intensidad creciente, síntomas y signos neuropsicológicos o respiratorios, linfadenopatía difusa, prurito, úlceras genitales, lesiones cutáneas, disfagia u odinofagia, o, cualquier otra manifestación. (45, 50)

En la historia se le debe preguntar, específicamente, al paciente si está tomando algún medicamento.

El examen físico debe comprender: (45)

Aspecto general:	Pérdida de peso, fiebre, etc.
Neurológico:	Afasia, trastornos cognoscitivos, trastornos sensitivos y motores, neuropatía periférica, etc
Piel y mucosas:	Herpes zoster, herpes simple, foliculitis, tiña, sarcoma de Kaposi, prurigo, dermatitis seborreica, psoriasis grave, etc.
Cavidad bucal:	Candidiasis, leucoplasia, gingivitis, sarcoma de Kaposi, linfoma, etc.
Ojos:	Fundoscopía (menos útil que en los pacientes sintomáticos)
Ganglios linfáticos:	Linfadenopatía (explorar todos los territorios ganglionares), agrandamiento local o difuso.
Pulmón:	Estertores crepitantes, derrame pleural, etc.
Abdomen:	Hepatoesplenomegalia, etc.

Genitales:	Chancro, úlceras, etc.
Ano:	Úlceras, verrugas, etc.

ANÁLISIS DE LABORATORIO Y RADIOGRAFÍAS (45, 50)

El conocimiento del grado de inmunodeficiencia facilita la adopción de decisiones en cuanto a:
La interpretación de los síntomas. La profilaxis primaria (por ej., Neumonía por <i>P. carinii</i>) El comienzo del tratamiento contra los retrovirus (AZT, ddI, ddC)
Entre los mejores estudios para determinar el grado de inmunodeficiencia y la evolución de la infección por el VIH se encuentran: Marcadores inmunológicos: Recuento total de linfocitos. Recuento porcentaje de linfocitos CD4 Microglobulina alfa-2
Marcadores metabólicos: Neopterina (orina o suero)
Marcadores Víricos: Antígeno P24

El recuento de linfocitos CD4 es, especialmente, útil para detectar el grado de inmunodeficiencia, tiene valor pronóstico ayuda a determinar la frecuencia de las consultas, que deberían aumentar a medida que descienda el recuento. (15, 45, 47, 50)

Las pruebas periódicas de laboratorio deberán limitarse en los lugares donde los recursos sean escasos.

Entre las pruebas para diagnosticar una posible infección se encuentran: (45)

- ❑ Serología: toxoplasma, citomegalovirus, sífilis, hepatitis B.
- ❑ Prueba cutánea de la tuberculina.
- ❑ Hemograma completo velocidad de sedimentación globular.
- ❑ Pruebas de la función hepática.
- ❑ Radiografías de tórax.

PRUEBAS RÁPIDAS DE SEROLOGÍA

EL SIDA (Síndrome de inmunodeficiencia adquirida) se caracteriza por los cambios en la población de linfocitos. T. El virus reduce el número de linfocitos T colaboradores, lo que provoca que los individuos infectados sean más vulnerables a infecciones y enfermedades oportunistas. El virus causante del SIDA es de 2 tipos relacionados entre sí, denominados VIH-1 y VIH-2. La presencia del virus del SIDA provoca la producción de anticuerpos específicos frente a ellos. (53)

PRINCIPIOS BIOLÓGICOS DEL PROCEDIMIENTO

PRUEBA DETERMINE

La muestra se añade en la superficie absorbente. Mientras la muestra traspasa el área del conjugado, lo reconstituye y se mezcla con el conjugado de coloide de selenio-antígenos. Esta mezcla traspasa la fase sólida hasta llegar a los antígenos recombinantes y péptidos sintéticos inmovilizados en la ventana de resultados del paciente. (53)

Si los anticuerpos frente al VIH-1 y/o al VIH-2 están presentes en la muestra, se unen al coloide de selenio-antígenos y a los antígenos de la ventana de resultados del paciente tomándose una barra roja en esta ventana.

Si los anticuerpos frente al VIH-1 y/o al VIH-2 no están presentes, el coloide de selenio-antígenos traspasa la ventana de resultados del paciente y no aparece ninguna barra roja en esta ventana.

Para asegurar la validez de los resultados, este ensayo incluye una barra de control del procedimiento. (53)

PRUEBA DE ELISA

(Análisis Inmunoabsorbente Ligado a Enzimas)

La prueba consiste en una serie de reacciones entre el antígeno viral y el anticuerpo del paciente, cuyo producto final proporciona una reacción de color. Es positivo cuando se obtiene un nivel de color similar o mayor a uno preestablecido como positivo. La técnica es rápida, los resultados se obtienen, generalmente, antes de tres horas, es económica y permite estudiar gran número de muestras. (8, 46)

Al individuo que posee anticuerpos contra el VIH, se denomina seropositivo. El tiempo se toma para que el individuo se vuelva seropositivo, a partir del contagio es de dos a doce meses, tiempo conocido como “ventana” y su importancia radica en que el estudio practicado durante este momento resulta negativo, con las consecuencias

consiguientes. El momento en que el individuo se vuelve seropositivo se conoce como seroconversión. (15, 46)

La técnica puede dar falsos positivos y falsos negativos. Los falsos positivos pueden presentarse en pacientes politransfundidos, pacientes con cirrosis, pacientes con trastornos autoinmunes, mujeres con embarazos múltiples y otros. Los falsos negativos pueden deberse a que el estudio sea práctico antes que el individuo produzca anticuerpos. (6, 46, 47, 53)

CAPÍTULO III

JUSTIFICACIÓN

Originalmente, el VIH/SIDA se identificó entre la población homosexual de los Estados Unidos. Mucha gente de nuestra región todavía lo considera como una dolencia que afecta a ese grupo en particular, sin tomar en cuenta que el caso de la mujer, la vulnerabilidad al VIH/SIDA, es mayor, debido a la ignorancia, falta de control sobre su vida sexual y la ausencia de métodos de protección al tener relaciones sexuales. Lo cierto es que el VIH se trasmite en lo fundamental por la vía heterosexual. (17, 43)

La población guatemalteca ha sido golpeada por el VIH/SIDA. El año 1999 enfrentó con un total de personas notificadas de 71,000 adultos con VIH positivo y 3,400 con SIDA. (25, 31)

Se han realizado varios estudios de seroprevalencia de VIH/SIDA en Trabajadoras Comerciales del Sexo, uno en la Ciudad de Quetzaltenango en el año 2000, encontrándose una seroprevalencia de 1.2% (4). Otro estudio de seroprevalencia en La Antigua Guatemala en el año 2000 con 4.7% (4) y otro en el Centro de Salud de la zona 3, Ciudad de Guatemala, en el año 2000 con un 2.27% de seroprevalencia (4)

Estudios de Seroprevalencia en mujeres de atención prenatal en el año de 1998 en los Centro de Salud de los Amates y de Livingston, del departamento de Izabal fue de 0%.

(3)

La razón de masculinidad (H:M) de los casos de SIDA reportados, al Programa Nacional del SIDA por las áreas de Salud del país, ha disminuido a través del tiempo: en 1987 fue de 7:1 y en el año 2003, hasta el mes de abril ha sido 2.07:1 lo que demuestra el avance de la epidemia en el grupo de mujeres.

Por ser Ciudad Tecún Umán, una región fronteriza con la República de México, hace que sea el punto más importante de tránsito de todo migrante de ambos sexos hacia América del Norte o de regreso. Por la situación geográfica y económica de esta ciudad hace que la población migrante femenina y masculina permanezca por tiempo prolongado; de esta forma las mujeres resultan siendo contratadas para ejercer la prostitución en donde se pueden infectar con el VIH, considerándolas de esta forma personas con conductas de alto riesgo, y, por existir en esta ciudad fronteriza un grupo considerado de bajo riesgo, como son las mujeres que se encuentra en atención prenatal en el Centro de Salud de esta ciudad, por lo que los dos grupos fueron estudiados en el mismo lugar, para determinar la seroprevalencia de VIH en estos subgrupos de población y de esta manera determinar en qué nivel se encuentra la epidemia en este municipio, así mismo, podemos determinar las características sociodemográficas de estos grupos de población y los factores de riesgo a que están expuestos, con la finalidad de propiciar la toma de decisiones para establecer acciones de promoción, prevención y control costo efectivas.

CAPÍTULO IV

OBJETIVOS

GENERAL

- Determinar la seroprevalencia del VIH/SIDA, en Trabajadoras Comerciales del Sexo y Mujeres embarazadas con atención prenatal en el Centro de Salud de Ciudad Tecún Umán, Ayutla, San Marcos, durante el periodo de octubre a diciembre del año 2002.

ESPECÍFICOS

1. Establecer el nivel de frecuencia y prevalencia de la epidemia en la población de Tecún Umán, Ayutla, San Marcos.
2. Determinar algunas características Socio-Demográficas, de las Trabajadoras Comerciales del Sexo y de Mujeres en Atención Prenatal.
3. Medir la presencia de anticuerpos de VIH en suero de trabajadoras comerciales del sexo y en mujeres en atención prenatal.
4. Identificar factores de riesgo de VIH/SIDA, en mujeres trabajadoras comerciales del sexo y mujeres en atención prenatal.

CAPÍTULO V

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

Observacional, descriptivo de tipo transversal, es un estudio que se realizó en un centro de salud a donde acudían trabajadoras comerciales del sexo y, por otro, mujeres embarazadas en atención prenatal y durante el periodo de tres meses para medir seroprevalencia de VIH/SIDA y factores de riesgo.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

En esta investigación se estudiaron trabajadoras comerciales del sexo que acudieron a su profilaxis sexual, en el Centro de Salud de Ciudad Tecún Umán, municipio de Ayutla, del departamento de San Marcos y a las mujeres embarazadas que se encontraron en Atención Prenatal en el mismo Centro de Salud. Durante el período de octubre a diciembre del año 2002, se estudiaron 159 trabajadoras comerciales del sexo y 162 mujeres en atención prenatal.

UNIDAD DE ANÁLISIS

Trabajadoras comerciales del sexo que asisten a control de profilaxis sexual al Centro de Salud, y, mujeres embarazadas que asisten a atención prenatal en el servicio de salud de Tecún Umán, Ayutla, San Marcos.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

➤ **Trabajadoras Comerciales del Sexo**

o **Criterios de Inclusión**

Trabajadoras comerciales del sexo que acuden a un Centro de Salud.

o **Criterios de Exclusión**

Trabajadoras comerciales del sexo que no acudan a un Centro de Salud.

Menores de edad (según el reglamento de ETS en los servicios de salud no está permitido realizar control de profilaxis sexual a menores de edad).

Trabajadoras comerciales del sexo que no quieren participar

➤ **Mujeres en Atención Prenatal**

o **Criterios de Inclusión**

Mujeres en Atención prenatal que acuden a un Centro de Salud.

o **Criterios de Exclusión**

Mujeres que no llevan Atención Prenatal en un Centro de Salud.

Mujeres en Atención Prenatal que no quieren participar.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable.	Escala de Medición
Seroprevalencia	Presencia o ausencia de anticuerpos en suero.	Resultado de la prueba de ELISA. Positivo. Negativo.	Cualitativa	Nominal
Características sociodemográficas	Características del individuo relacionados con: Edad, Nacionalidad, Nivel de alfabetismo, Escolaridad y Ocupación	➤ Edad. Tiempo en años referido por la entrevistada.	Cuantitativa	Discreta
		➤ Nacionalidad. País referido en la boleta por la entrevistada	Cualitativa	Nominal
		➤ Nivel de Alfabetismo. Grupo de personas que sin asistir a una institución educativa sistemática aprendieron a leer y escribir. Alfabeto Grupo de personas que no realizaron ningún esfuerzo. Analfabeto.	Cualitativa	Nominal
		➤ Escolaridad Grado escolar alcanzado establecido en la entrevista. Primaria. Diversificado. Superior.	Cualitativa.	Ordinal

		➤ Ocupación. Actividad laboral que indique la entrevistada en la boleta de encuesta. Ama de casa. Empleada doméstica. Comerciante. Otros.	Cualitativa	Nominal
Factores de riesgo	Son características de los individuos que los hacen propensos a la probabilidad de presentar o no un problema de salud.	➤ Pareja sexual. Condición de relación con pareja sexual fija. Si. No.	Cualitativa.	Nominal.
		➤ Lugar donde trabajó anteriormente al actual. Haber laborado en otro lugar al actual. País. Departamento. Ambulante.	Cualitativa	Nominal
		➤ Tiempo de laborar en el mismo lugar. Lapso de tiempo transcurrido desde que inició a laborar en el lugar actual. Años	Cuantitativa	Discreta

--

➤ Edad en que recibió dinero por primera vez a cambio de relación sexual. Edad en que tuvo relación sexual a cambio de dinero por primera vez. Años.	Cuantitativa	Discreta
➤ Número de clientes en la última semana de trabajo. Número de clientes con quien tuvo relaciones sexuales la última semana de trabajo	Cuantitativa	Discreta
➤ Número de clientes en el último día de trabajo. Número de clientes con quien tuvo relaciones sexuales el último día de trabajo.	Cuantitativa	Discreta
➤ Antecedentes de infecciones de transmisión sexual. Enfermedades de transmisión sexual referidas por la entrevistada. Si. No.	Cualitativa.	Nominal

	➤ Consumo de drogas. Sustancias químicas utilizadas por la entrevistada. Inhalados. Intravenosas. No intravenosas Ingeridas.	Cualitativa.	Nominal
	➤ Número de parejas. Número de parejas referidas por la entrevistada.	Cuantitativa	Discreta
	➤ Uso de preservativo. Las trabajadoras del sexo y mujeres en atención prenatal indicaran la utilización del preservativo en la última relación sexual. Si. No.	Cualitativa	Nominal
	➤ Transfusión sanguínea. Respuesta dada en la boleta por la entrevistada. Si. No.	Cualitativa	Nominal
	➤ Conocimiento sobre el VIH. Entrevistada conoce los modos de transmisión y de prevención del VIH/SIDA.. Si. No.	Cualitativa	Nominal

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

- a) En el Centro de Salud de Coatepeque, Quetzaltenango, el cual tiene las mismas características del Centro de salud de Tecún Umán, Ayutla, San Marcos, se procedió a realizar una validación de la boleta de recolección de información en 20 trabajadoras comerciales del sexo y 20 mujeres embarazadas que asisten a su atención prenatal.
- b) A través del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA y el Departamento de Epidemiología, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, el Proyecto de Fortalecimiento para la Vigilancia del VIH/SIDA, el Center for Disease Control –CDC- y la Universidad del Valle del Guatemala se brindó el apoyo en la obtención de los reactivos de las dos pruebas (Determine y Elisa), en la capacitación del personal que recolectó la información y al personal de laboratorio que procesó y analizó las muestras.
- c) Participación en el estudio de las trabajadoras comerciales del sexo: las trabajadoras comerciales del sexo asisten a control de profilaxia sexual en el Centro de salud de la localidad los días martes.
- d) Participación en el estudio de las mujeres que asisten a atención prenatal: las mujeres embarazadas asisten a control prenatal de lunes a viernes en el centro de salud de la localidad.
- e) Orientación Preprueba en ambos subgrupos de población: se procedió a ayudar a estos subgrupos de población para entender qué es la infección del VIH/SIDA,

cómo se transmite y cómo se previene, así mismo, a reconocer el riesgo personal de contraerlo, evaluar si se está preparada para recibir su resultado de la prueba y prepararse, emocionalmente, para cualquier resultado; además, establecer compromisos y límites de confidencialidad.

- f) Consentimiento Informado: posteriormente a la información recibida en la orientación especialmente sobre la forma de transmisión y prevención del VIH/SIDA, los posibles resultados y sus consecuencias y el compromiso de recibir la orientación posterior, previo a dar el resultado de la prueba, se estableció la autorización para que se efectúe la prueba de anticuerpos al VIH, estableciéndose el compromiso por parte del investigador que la información, resultados y conversaciones se manejarán con total confidencialidad.
- g) Recolección de información sociodemográfica, conocimientos, prácticas y factores de riesgo relacionados con el VIH/SIDA: luego de haber firmado el consentimiento informado, se procedía a entrevistar a la trabajadora comercial del sexo o a la mujer que asistía a control prenatal, las respuestas se procedían a transcribirlas en la boleta que para el efecto se había efectuado (ver anexo 1 y 2).
- h) Recolección de muestra de sangre: al consentimiento informado se le estableció un número de registro el cual coincide con el número con que fue rotulado el tubo de ensayo, se llenó la boleta de solicitud de examen de prueba de VIH/SIDA, en la cual no se reporta el nombre, sino, el número de registro del consentimiento informado y del tubo de ensayo.

- i) Transporte de la muestra al laboratorio del Centro de salud: la orientadora transporta el tubo de ensayo al laboratorio, en el cual en el libro respectivo, se registra el número del tubo de ensayo, la fecha y el resultado.
- j) Técnica de laboratorio: la muestra se centrifugó para separación del suero, dicho suero se traspasó a crioviales y se les colocó el mismo número que el tubo de ensayo, las muestras en crioviales se mantuvieron en cadena de frío, procediéndose posteriormente a realizárseles la prueba de Determine, la cual se estableció que estuviera sellada, procediéndose a despegar el protector para dejar descubierta la tira, luego, con una pipeta desechable de bomba se dejaba caer una gota de suero en la ventana de la prueba; se esperaron de cinco a diez minutos para leerla. La prueba Determine HIV-1/2 es un ensayo inmunocromatográfico para la detección cualitativa de anticuerpos frente al VIH-1 y al VIH-2. La muestra se añade en la superficie absorbente. Mientras la muestra traspasa el área del conjugado, lo reconstituye y se mezcla con el conjugado de coloide de selenio-antígenos. Esta mezcla traspasa la fase sólida hasta llegar a los antígenos recombinantes y péptidos sintéticos inmovilizados en la ventana de resultados del paciente. Si los anticuerpos frente al VIH-1 y/o VIH-2 están presentes en la muestra, se unen al coloide de selenio-antígenos y a los antígenos de la ventana de resultados del paciente formándose una barra roja en esta ventana. Si los anticuerpos frente al VIH-1 y/o VIH-2 no están presentes, el coloide de selenio-antígenos traspasa la ventana de resultados del paciente y no aparece ninguna barra roja en esta ventana. Para asegurar la validez de los resultados, este ensayo incluye una barra de control del

procedimiento. Esta prueba tiene una especificidad de 99.75% y sensibilidad de 100.00%.

- k) Confirmación de la prueba: las muestras que fueron positivas a la prueba determine, se les efectuó una prueba confirmatoria para lo cual se utilizó la prueba ELISA, en vista que en el centro de salud de la localidad no se podía efectuar dicha prueba se procedió a trasladar al Hospital Nacional de Coatepeque llevando un control de la cadena de frío, la muestra fue rotulada con el mismo número del consentimiento informado, la boleta de recolección de datos y de la solicitud de la prueba. Las pruebas de ELISA pueden presentarse bajo varias formas y pueden ser usadas tanto para la detección de anti-VIH como para la del Ag., sin embargo, la manera más habitual es la primera. Para la detección de anti-VIH estas pruebas utilizan, generalmente, antígenos del VIH fijados a un medio sólido, este medio sólido suele ser una micropoza de poliestireno. Las pruebas iniciales o de primera generación, usaban antígenos parcialmente purificados obtenidos de cultivos celulares. Desde 1990, la mayor parte de las pruebas ELISA usan antígenos recombinantes (2ª. generación), o péptidos sintéticos (3ª. generación).

PRUEBA	Sensibilidad	Especificidad
ELISA 1ª generación	95%*	98%*
ELISA 2ª generación	98%*	99%*
ELISA 3ª generación	99.8%*	99.8%*

* Valores promedios.

Los resultados de esta prueba fueron reportados ocho días después de haber sido recibidos los sueros, en vista que el laboratorio del hospital no realiza las pruebas diariamente.

- l) Orientación postprueba: en ambos subgrupos de población, independientemente de su resultado, la orientación al momento de dar el resultado tuvo como objetivo que las mujeres a las cuales se les había realizado la prueba aclaran la información del resultado, asimilarán la información sobre los resultados de la prueba, expresarán sus sentimientos y reacciones y analizarán la conveniencia de comportamientos preventivos alternativos y de decisiones inmediatas o futuras al respecto de su vida.

PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Luego de recolectar la información se procedió de la siguiente manera:

- a) limpieza de los datos,
- b) se diseñó un cuestionario en Epi-info versión 6.04,
- c) se ingresaron los datos ingresados, con lo cual se generó la base de datos,
- d) se realizó una limpieza de los datos ingresados, utilizando el comando validate de epi-info,
- e) se realizó un análisis de los datos, utilizando el comando analysis de epi-info,
- f) se obtuvo la frecuencia y proporción de cada una de las variables, edad, nacionalidad, lugar de trabajo anterior al actual, uso de condón en la última relación sexual, tiempo de laborar en un mismo lugar, contagio de enfermedades de transmisión sexual, escolaridad, antecedente de tener cónyuge, esposo o pareja sexual fija, edad de haber recibido por primera vez dinero a cambio de

relaciones sexuales, número de clientes en la última semana, número de clientes en el último día de trabajo, conocimientos sobre VIH, conocimiento sobre la protección contra el VIH usando el preservativo al tener relaciones sexuales, haber recibido transfusión sanguínea, uso de drogas inyectadas, consumo de alcohol al estar laborando, uso de drogas inhaladas, número de pareja sexual, ocupación,

- g) se utilizaron tablas de dos por dos para buscar asociación de prevalencia de los factores de riesgo estudiados y ser VIH positivo,
- h) se determinó la significancia estadística, calculando intervalos de confianza al noventa y cinco por ciento de confiabilidad y el valor de p.

ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Cuando a las trabajadoras comerciales del sexo y a las mujeres en atención prenatal se les realizó la entrevista, se les tomó la muestra de sangre en el Centro de Salud, se hizo saber que el tipo de estudio es una prueba voluntaria confidencial y que el resultado lo habrían de conocer, habiendo firmado la boleta de investigación como prueba de su aceptación. Los resultados de las pruebas fueron manejados con confidencialidad.

CAPÍTULO VI

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Con el fin de presentar los resultados de la investigación, este capítulo ofrece datos descriptivos y analíticos, sobre el estudio realizado en 159 trabajadoras comerciales del sexo y 162 mujeres que asisten a atención prenatal en el centro de salud de Ciudad Tecún Umán, Ayutla, San Marcos. No se trata de realizar una comparación entre ambos grupos, pero sí de caracterizarlos por separado.

Se presentan por cada grupo de población estudiada tres apartados, el primero relacionado con datos de seroprevalencia, el segundo características sociodemográficas y el tercero con factores de riesgo.

A. DESCRIPCIÓN

- **Seroprevalencia de Mujeres Trabajadoras Comerciales del Sexo y Mujeres en Atención Prenatal**

CUADRO 1

Seroprevalencia de VIH/SIDA, según grupo de riesgo estudiado. Tecún Umán, Ayutla, San Marcos 2002

Grupo Estudiado	Cantidad de Población estudiada	No. De Sueros VIH Positivo prueba Determine	No. de Sueros VIH Positivo Prueba Elisa	Seroprevalencia VIH %	Límite de Confianza 95%
Mujeres Trabajadoras Comerciales del Sexo	159	5	5	3.1	1.0 – 7.2
Mujeres en Atención Prenatal	162	0	0	0	

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

La Seroprevalencia de VIH/SIDA en mujeres trabajadoras del sexo fue de 3.1%, con limite de confianza al 95% y que puede oscilar de 1.0% a 7.2%, siendo así la Seroprevalencia de 0 en Mujeres en Atención Prenatal.

- **Características sociodemográficas de Mujeres Trabajadoras Comerciales del Sexo.**

CUADRO 2

Distribución de Mujeres Trabajadoras Comerciales del Sexo, según grupo edad. Tecún Umán, Ayutla, San Marcos, 2,002.

Grupo de edad	Frecuencia	Proporción
	51	32.1

18 – 22		
23 – 27	50	31.4
28 – 32	33	20.8
33 – 37	18	11.3
38 – 42	06	3.8
43 – 47	01	0.6
TOTAL	159	100

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

El rango de edad mas frecuente de las mujeres trabajadoras del sexo fue de 18 a 22 años (32.1 %), seguido por el grupo de 23 a 27 años (31.4%), luego, el de 28 a 32 (20.8%), mientras que la edad menos frecuente fue de 43 a 47 años con un 0.6%.

Mientras que la edad frecuente en aquellas mujeres trabajadoras comerciantes del sexo seropositivas al VIH fue de 28 a 32 años con un 40% seguido de 18 a 22, de 33 a 37 y de 38 a 42 años, ambas edades con un 20%.

CUADRO 3

Distribución de Mujeres Trabajadoras Comerciales del Sexo, según nacionalidad. Tecún Umán, Ayutla, San Marcos, 2,002.

Nacionalidad	Frecuencia	Proporción
--------------	------------	------------

Guatemalteca	108	67.9
Hondureña	13	8.2
Nicaragüense	2	1.3
Salvadoreña	36	22.6
Total	159	100

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

El 68 por ciento de mujeres trabajadoras comerciales del sexo que acude al servicio de salud de la localidad es de origen guatemalteco, 23 por ciento es de origen salvadoreño y 8 por ciento de origen hondureño.

CUADRO 4

Distribución de Mujeres Trabajadoras Comerciales del Sexo,
según nivel de alfabetismo. Tecún Umán, Ayutla, San Marcos, 2,002.

Nivel de alfabetismo	Frecuencia	Proporción
Analfabeta	39	24.5
Alfabeto	10	6.3
Con escolaridad		69.2

	110	
Total	159	100

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

El 25 por ciento de las trabajadoras comerciales del sexo no sabe leer y escribir.

CUADRO 5

Distribución de Mujeres Trabajadoras Comerciales del Sexo, según grado de escolaridad. Tecún Umán, Ayutla, San Marcos 2,002.

Escolaridad	Frecuencia	Proporción
Primaria	86	54.1
Diversificado	21	13.2
Superior	3	1.9
Sin escolaridad	49	30.8
TOTAL	159	100

FUENTE: Instrumento de recolección de datos

15 por ciento de las trabajadoras comerciales del sexo tiene estudios diversificados y superiores, mientras que 54 por ciento tiene educación primaria. Aquellas que han resultado VIH positivas 20 por ciento de ellas tiene estudios diversificados y 40 por ciento son analfabetas.

➤ **Características sociodemográficas de Mujeres en Atención Prenatal.**

CUADRO 6

Distribución de Mujeres en Atención Prenatal, según grupo edad. Tecún Umán, Ayutla, San Marcos, 2,002.

Grupo de edad	Frecuencia	Proporción
14 – 18	45	27.8
19 – 23	51	31.5
24 – 28	39	24.1
29 – 33	16	9.9
34 – 38	6	3.7

39 – 43	4	2.5
44 – 48	1	0.6
TOTAL	162	100

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

59 por ciento de las mujeres que asiste a atención prenatal en el centro de salud de la localidad se encuentra en el rango de 14 a 23 años de edad y 24 por ciento en el rango de 24 a 28 años.

CUADRO 7

Distribución de Mujeres en Atención Prenatal, según nacionalidad. Tecún Umán, Ayutla, San Marcos, 2,002.

Nacionalidad	Frecuencia	Proporción
Guatemalteca	156	96.3
Hondureña	2	1.2
Mexicana	2	1.2
Nicaragüense	1	0.6
Salvadoreña	1	0.6
Total	162	100

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

96 por ciento de las mujeres que acude al servicio de salud de Tecún Umán, Ayutla, San Marcos para su atención prenatal en el periodo de estudio era guatemalteco y 1.2 por ciento de origen mejicano y hondureño, respectivamente.

CUADRO 8

Distribución de Mujeres en Atención Prenatal, según nivel de alfabetismo. Tecún Umán, Ayutla, San Marcos, 2,002.

Nivel de alfabetismo	Frecuencia	Proporción
Analfabeta	33	20.4
Alfabeto	1	0.6
Con escolaridad	128	79
Total	162	100

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

20 por ciento de las mujeres que asiste para la atención prenatal en el servicio de salud no sabe leer y escribir.

CUADRO 9

Distribución de Mujeres en Atención Prenatal, según grado de escolaridad. Tecún Umán, Ayutla, San Marcos 2,002.

Escolaridad	Mujeres en Atención Prenatal	Porcentaje
Primaria	106	65.4
Diversificado	16	9.9
Superior	6	3.7
Sin escolaridad	34	21
TOTAL	162	100

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

65 por ciento de las mujeres que asiste al servicio de salud para la atención prenatal tiene un grado de escolaridad primario, 10 por ciento diversificado y 4 por ciento superior, el cien por ciento de ellas tiene esposo, cónyuge o pareja.

CUADRO 10

Distribución proporcional de Mujeres en Atención Prenatal, según ocupación. Tecún Umán, Ayutla, San Marcos, 2,002.

Ocupación	Frecuencia	Proporción
Ama de casa	150	92.6
Empleada doméstica	2	1.2
Comerciante	1	0.6
Otros	9	5.6
Total	162	100

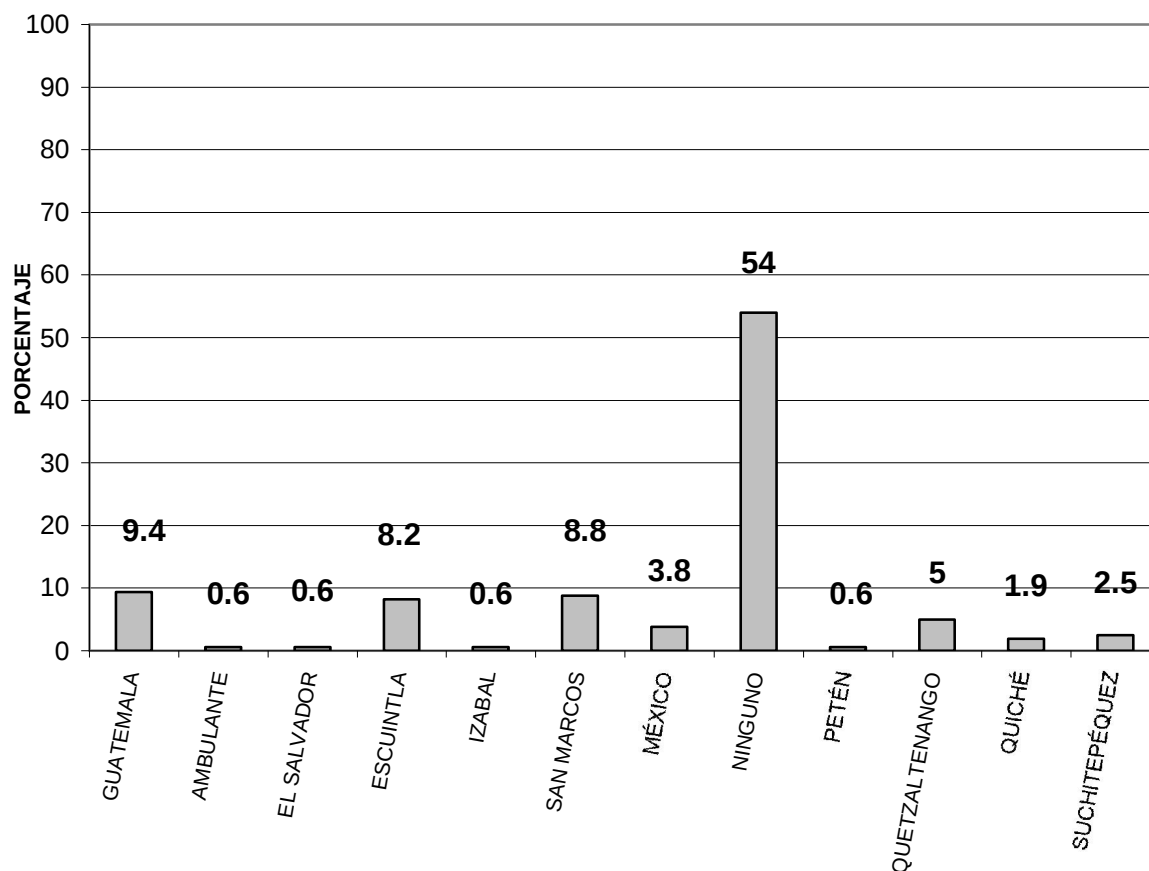
FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

94 por ciento de las mujeres que asiste para la atención prenatal en el servicio de salud se ocupa de los oficios domésticos.

➤ **Factores de riesgo de Mujeres Trabajadoras Comerciales del Sexo.**

GRÁFICA 1

Distribución de Mujeres Trabajadoras Comerciales del Sexo, según lugar de trabajo anterior al actual. Tecún Umán, Ayutla, San Marcos, 2,002.



Fuente: Instrumento de recolección de datos

54 por ciento de las Trabajadoras Comerciales del Sexo indicaron que no había trabajado en otro lugar, que no fuera Tecún Umán, San Marcos y el resto ha trabajado en otros lugares, especialmente, Guatemala, Escuintla y San Marcos; dentro del grupo de VIH seropositivas el 60% ha laborado únicamente en la Ciudad de Tecún Umán. San Marcos.

CUADRO 11

Distribución de Mujeres Trabajadoras Comerciales del Sexo, según tiempo de laborar en un mismo lugar. Tecún Umán, Ayutla, San Marcos, 2,002.

Tiempo	Frecuencia	Proporción.
--------	------------	-------------

< 1 año	112	70.4
1 – 5	40	25.2
6 – 10	7	4.4
Total	159	100

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

Dentro de las mujeres trabajadoras comerciales del sexo, la mayoría (70%) tienen menos de 1 año que se dedica a este tipo de trabajo; y, dentro de las del grupo con VIH Positivo 4 indicaron tener menos de un año de estar laborando en este tipo de actividad (80%).

CUADRO 12

Distribución de Mujeres Trabajadoras Comerciales del Sexo, según edad en que recibió por primera vez dinero a cambio de relación sexual. Tecún Umán, Ayutla, San Marcos 2,002.

	VIH +	VIH -	Total
--	-------	-------	-------

Grupo de edad			
7 – 11	0	2 (1.3%)	2 (1.3%)
12 – 16	0	18 (11.7%)	18 (11.3%)
17 – 21	2 (40%)	70 (45.45%)	72 (45.3%)
22 – 26	0	39 (25.32%)	39 (24.5%)
27 – 31	2 (40%)	19 (12.34%)	21 (13.2%)
32 – 36	1 (20%)	5 (3.25%)	6 (3.8%)
37 – 41	0	1 (0.65%)	1 (0.6%)
TOTAL	5 (100%)	154	159 (100%)

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

El rango de edad más frecuente en que la trabajadora comercial del sexo recibió dinero por primera vez a cambio de tener relación sexual fue de 17 a 21 años (45%) y dentro de las Trabajadoras Seropositivas con VIH/SIDA, la edad fue de 17 a 21 años y de 27 a 31 con 40% cada grupo de edad.

CUADRO 13

Distribución de Mujeres Trabajadoras Comerciales del Sexo, según número de clientes en la última semana de trabajo. Tecún Umán, Ayutla, San Marcos 2,002.

Clientes última semana	VIH +		VIH -		TOTAL	
	FREC	%	Frec	%	Frec	%
0	0	0	25	16.2	25	15.7
1 – 5	3	60	45	29.2	48	30.2
6 – 10	2	40	52	33.8	54	34.0
11 – 15	0	0	13	8.4	13	8.2
16 – 20	0	0	12	7.8	12	7.5
21 – 25	0	0	5	3.2	5	3.1
26 – 30	0	0	2	1.3	2	1.3
TOTAL	5	100	154	100	159	100

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

Las trabajadoras comerciales del sexo en promedio, 34 por ciento de ellas tuvo 6 a 10 clientes y 30 por ciento de ellas entre 1 a 5 clientes, no existiendo marcadas diferencias con aquellas trabajadoras comerciales del sexo que resultaron positivas a la prueba de VIH.

CUADRO 14

Distribución de Mujeres Trabajadoras Comerciales del Sexo, según número de clientes en el último día de trabajo. Tecún Umán, Ayutla, San Marcos 2,002.

	VIH +	VIH -	Total
--	-------	-------	-------

Cientes último día			
0	0 (0%)	46 (28.9%)	46 (28.9%)
1 – 5	5 (100%)	98 (63.6%)	103 (64.8%)
6 – 10	0 (0%)	9 (5.8%)	9 (5.7%)
11 – 15	0 (0%)	1(0.65%)	1(0.6%)
16 – 20	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
21 – 25	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
26 – 30	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
TOTAL	5 (100%)	154 (100%)	159 (100%)

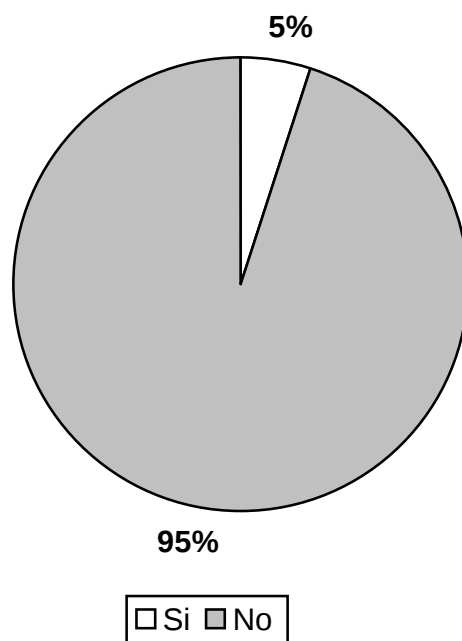
FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

El 64 por ciento de las trabajadoras comerciales del sexo en el último día tuvo entre un rango de 1 a 5 clientes, siendo éste el promedio, tanto en aquellas que fueron negativas a la prueba de VIH, como en las que resultaron positivas.

➤ Factores de riesgo de Mujeres en Atención Prenatal

GRÁFICA 2

Distribución de Mujeres en Atención Prenatal, según antecedente de haber padecido de infección de transmisión sexual. Tecún Umán, Ayutla, San Marcos, 2,002.



5 por ciento de las mujeres que asiste al centro de salud de la localidad para recibir atención prenatal tiene antecedentes de infección de transmisión sexual.

CUADRO 15

Distribución de Mujeres en Atención Prenatal, según número de parejas sexuales.
Tecún Umán, Ayutla, San Marcos, 2,002.

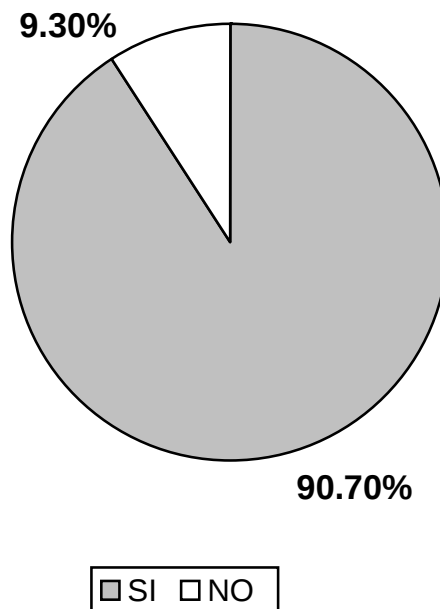
Número de parejas sexuales	Frecuencia	Proporción
1	141	87
Mas de uno	21	13
Total	162	100

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

87 por ciento de las mujeres que asiste a su atención prenatal en el servicio de salud de la localidad tiene únicamente una pareja sexual.

GRÁFICA 3

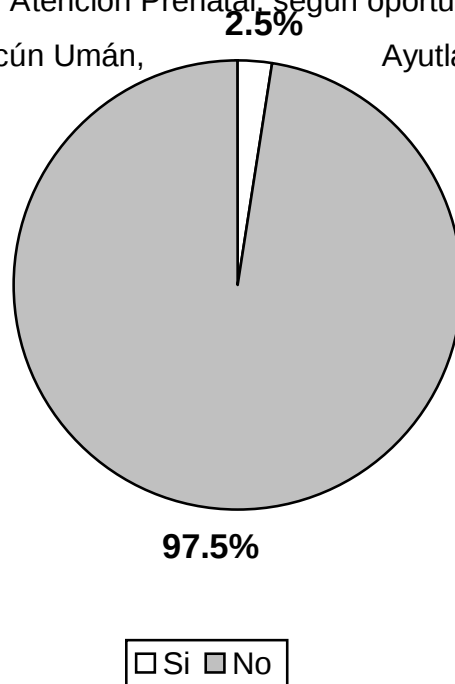
Distribución de Mujeres en Atención Prenatal, según conocimiento sobre la protección del VIH usando el preservativo al tener relaciones sexuales. Tecún Umán, Ayutla, San Marcos, 2,002.



91 por ciento de las Mujeres en Atención Prenatal conoce sobre el uso del preservativo como medio de prevención contra el VIH.

GRÁFICA 4

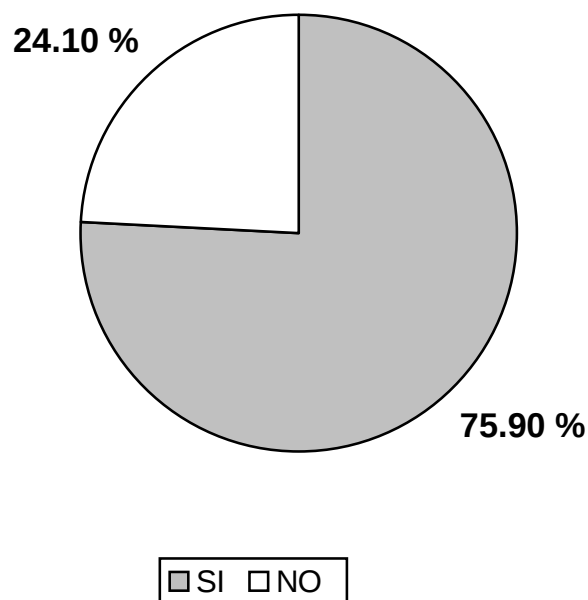
Distribución de Mujeres en Atención Prenatal, según oportunidad de haber recibido transfusión sanguínea. Tecún Umán, Ayutla, San Marcos, 2,002.



97.5 por ciento de las mujeres en atención prenatal no recibió transfusión sanguínea y en cuanto al uso de drogas, ninguna indicó utilizar drogas intravenosas y únicamente el 1 por ciento indicó haber utilizado drogas inhaladas.

GRÁFICA 5

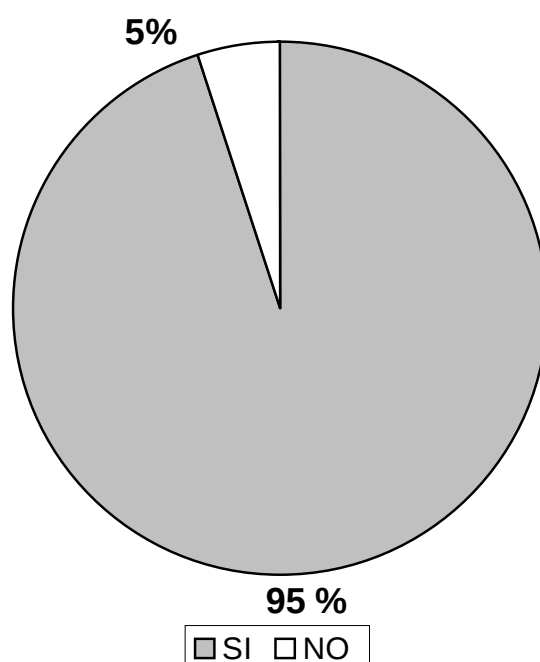
Distribución de Mujeres en Atención Prenatal, según conocimiento sobre VIH. Tecún Umán, Ayutla, San Marcos, 2,002.



76 por ciento de las mujeres que asiste al servicio de salud de la localidad para recibir atención prenatal tiene conocimiento sobre el VIH.

GRÁFICA 6

Distribución de Mujeres en Atención Prenatal, según protección así misma del VIH al ser fiel a su pareja. Tecún Umán, Ayutla, San Marcos, 2,002.



95 por ciento de las mujeres en atención prenatal afirmó que hay protección al VIH/SIDA al ser fiel a la pareja.

B. ANALÍTICOS

A continuación se presentan los datos para el componente analítico de la investigación.

TABLA 1

Seroprevalencia VIH/SIDA, Mujeres Trabajadoras Comerciales del Sexo, asociación, según tener pareja sexual. Tecún Umán, Ayutla, San Marcos 2,002.

		VIH +	VIH -	
Pareja sexual	SI	2	37	39

NO	3	117	120
	5	154	159

OR: 2.11
 IC 95%: 0.24 - 16.35
 $\text{Chi}^2 = 0.67$
 Valor p.: 0.41
 Prueba exacta de Fisher = 0.35

TABLA 2

Seroprevalencia VIH/SIDA, Mujeres Trabajadoras Comerciales del Sexo, asociación,
 según antecedente de infección de transmisión sexual. Tecún Umán, Ayutla, San
 Marcos, 2,002.

		VIH +	VIH -	
Antecedente de contagio de Infección de Transmisión Sexual	SI	1	19	20
	NO	4	135	139
		5	154	159

OR: 1.78
 IC 95%: 0.20 – 14.78
 $\text{Chi}^2 = 0.26$
 Valor p.: 0.61
 Prueba exacta de Fisher = 0.49

TABLA 3

Seroprevalencia VIH/SIDA, Mujeres Trabajadoras Comerciales del Sexo, asociación, según oportunidad de haber utilizado alguna droga inhalada. Tecún Umán, Ayutla, San Marcos, 2,002.

		VIH +	VIH -	
Utilización de drogas inhaladas	SI	2	21	23
	NO	3	133	136
		5	154	159

OR: 4.22

IC 95%: 0.46 – 33.89
 $\text{Chi}^2 = 2.72$
 Valor p.: 0.099
 Prueba exacta de Fisher = 0.15

TABLA 4

Seroprevalencia VIH/SIDA, Mujeres Trabajadoras Comerciales del Sexo, asociación, según uso de drogas inyectadas. Tecún Umán, Ayutla, San Marcos, 2,002.

		VIH +	VIH -	
Usa o ha utilizado drogas inyectadas	SI	1	31	32
	NO	4	123	127
		5	154	159

OR: 0.99
 IC 95%: 0.11 – 8.58
 $\text{Chi}^2 = 0.00$
 Valor p.: 0.99

Prueba exacta de Fisher = 0.73

TABLA 5

Seroprevalencia VIH/SIDA, Mujeres Trabajadoras Comerciales del Sexo, asociación, según consumo de alcohol al estar trabajando. Tecún Umán, Ayutla, San Marcos, 2,002.

		VIH +	VIH -	
Consumo de alcohol al estar trabajando	SI	3	119	122
	NO	2	35	37
		5	154	159

OR: 0.44
IC 95%: 0.06 – 3.95
 $\text{Chi}^2 = 0.0.81$

Valor p.: 0.37
Prueba exacta de Fisher = 0.33

TABLA 6

Seroprevalencia VIH/SIDA, Mujeres Trabajadoras del Sexo, asociación, según conocimiento sobre la protección del VIH, usando el preservativo al tener relaciones sexuales. Tecún Umán, Ayutla, San Marcos, 2002.

		VIH +	VIH -	
Conocer que el uso del preservativo protege contra el VIH.	NO	3	149	152
	SI	2	5	7
		5	154	159

OR: 19.87
IC 95%: 1.78- 213.18
 $\text{Chi}^2 = 15.54$

Valor p.: 0.000080
Prueba exacta de Fisher = 0.0156

CAPÍTULO VII

DISCUSIÓN

La magnitud de la crisis del SIDA supera actualmente, incluso, las peores previsiones de hace tan sólo una década. Docenas de países ya están atrapados en epidemias devastadoras de VIH/SIDA y muchos otros se encuentran al borde del abismo (43).

Tal es el caso de Guatemala que desde el año 1,984 al mes de abril del año 2,003 se cuenta con una frecuencia de datos acumulados, reportados al programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA, de 5,619 casos, con lo que se establece una tasa de prevalencia de 45.68 por 100,000 habitantes. El grupo más afectado ha sido el sexo masculino con una tasa de 65.84 por 100,000 habitantes, mientras que en el sexo femenino se ha presentado una tasa de 25.06, la razón de masculinidad ha venido cambiando desde el inicio de la epidemia en el país, en los primeros años ésta era de

7:1 y en la actualidad es de 2:1, lo que nos demuestra el riesgo en que la mujer se encuentra. (27)

En un estudio realizado en La Antigua Guatemala durante 1997, en Trabajadoras Comerciales del Sexo se reportó una seroprevalencia de 3.33% lo que concuerda con el presente estudio, en este subgrupo de población, en el cual se reporta una seroprevalencia de 3.1%. Durante el año de 1996 en la Ciudad de Tecún Umán, Ayutla, San Marcos se efectuó un estudio en trabajadoras comerciales del sexo reportándose una seroprevalencia de 0% (5), comparado con el presente estudio se puede inferir que la infección del VIH/SIDA va en aumento en este subgrupo de población.

Otros estudios efectuados en mujeres en Atención Prenatal en 1998 en los Amates y Livingston del departamento de Izabal la Seroprevalencia fue de 0% (3) en el presente estudio en las mujeres que asistieron para que se les brindara atención prenatal, la seroprevalencia encontrada fue de 0%. Lo anterior refleja que la epidemia en la Ciudad de Tecún Umán, Ayutla, San Marcos se encuentra en fase de bajo nivel porque no se halla en ninguno de los dos subgrupos de población estudiados por arriba del 5 por ciento de prevalencia (16, 38), pero se puede observar que la trayectoria de la epidemia va hacia la fase concentrada en vista que se encuentran redes activas de riesgo entre el subgrupo de población de trabajadoras comerciales del sexo.

El presente estudio se realizó en el Centro de Salud de la Ciudad de Tecún Umán, municipio de Ayutla, del departamento de San Marcos. Se encuestó a todas las trabajadoras comerciales del sexo que son las que se encontraron legalmente inscritas en el libro y que asisten a su control en este Centro de Salud, siendo un total de 159,

así como a un grupo de mujeres que se encontraban en atención prenatal que también se encontraban legalmente inscritas y a quienes se les llevaba su atención prenatal en el mismo Centro, siendo un total de 162. Los objetivos del estudio fueron determinar la seroprevalencia del VIH/SIDA, en Trabajadoras Comerciales del Sexo (TCS) y Mujeres embarazadas que se encuentran en atención prenatal en el Centro de Salud de Ciudad Tecún Umán, San Marcos y que asistieron durante el periodo de octubre a diciembre del 2002, así como determinar algunas de las características Socio-Demográficas e identificar los factores de riesgo de VIH/SIDA, en ambos subgrupos de población.

La importancia de realizar el presente estudio es para establecer el nivel de epidemia en que se encuentra la ciudad de Tecún Umán, Ayutla, San Marcos, cuando la epidemia del VIH lleva muchos años, pero nunca ha alcanzado un grado significativo de infección en ningún subgrupo de población. Así mismo, la infección registrada se concentra mayormente entre individuos con comportamiento de más riesgo, por ejemplo, trabajadoras sexuales, usuarios de drogas inyectables y hombres que tienen relaciones con homosexuales. Una epidemia en este estadio indicaría que las redes de riesgo son más bien difusas (con poco intercambio de parejas y de uso compartido de equipo de inyección de drogas) o que el virus se introdujo muy recientemente. Además, se observa que la prevalencia del VIH no ha superado el 5% en ningún subgrupo de población definido, a esto se le define como epidemia de bajo nivel. (16, 38, 39)

Cuando el VIH se ha difundido rápidamente en un subgrupo de población determinado, pero no así entre la población general. Este estado de la epidemia señala la presencia de redes activas de riesgo entre uno o más de los subgrupos de población afectados.

La Trayectoria de la epidemia estará determinada por la frecuencia y naturaleza de las relaciones entre los subgrupos de población con alto grado de infección y la población general. Además, la prevalencia del VIH se ha mantenido constante, por encima del 5%, en por lo menos, un subgrupo de población. La prevalencia del virus es menor del 1% entre las mujeres embarazadas de las zonas urbanas, a esto se denomina epidemia concentrada. (16, 38, 39)

Así mismo, cuando el VIH se encuentra bien establecido entre la población general. Si bien es posible que los subgrupos de población aún promuevan la difusión del VIH de manera desproporcionada, las redes sexuales que existen entre la población general son suficientes para mantener una epidemia independiente de las de los subgrupos de población de más alto riesgo. Y, además, la prevalencia del VIH se encuentra constantemente por encima del 1% entre las mujeres embarazadas, se denomina epidemia de tipo generalizada. (16, 38, 39)

Sobre las características sociodemográficas de las poblaciones estudiadas se pudo establecer, que el rango de edad de las mujeres trabajadoras del sexo fue de 18 a 44 años, encontrándose una mediana de 26 años, mientras que en el grupo de las mujeres que asistieron para la atención prenatal fue de 14 a 44 años, encontrándose una mediana de 22 años. Así mismo, se estableció que las mujeres trabajadoras comerciales del sexo que presentaron seroprevalencia al VIH positivo, el 40 por ciento está comprendido entre 28 y 32 años; y, según estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la mayoría de casos positivos de VIH y SIDA ocurre entre los grupos de

20 a 39 años de edad. (17, 43) Es importante hacer notar que las mujeres en la Ciudad de Tecún Umán, Ayutla, San Marcos se exponen muy tempranamente al riesgo en vista que el primer embarazo ocurre a edades muy tempranas de la vida y el 58 por ciento de las trabajadoras comerciales del sexo recibieron dinero por primera vez a cambio de relaciones sexuales entre los 7 y 21 años de edad, factor que contribuye a exponerse más tempranamente al riesgo de enfermar.

La Ciudad de Tecún Umán, Ayutla, San Marcos es un importante paso de inmigrantes hacia América del Norte, lo cual ha contribuido a que muchas trabajadoras comerciales del sexo se movilizan para dicho lugar y, así, poder ejercer su profesión, además, muchas mujeres que se trasladan con la esperanza de una vida mejor con poca o ninguna educación formal, se encuentran sin el apoyo de la familia y/o comunidad; en tales circunstancias es frecuente que estas muchachas vean en la prostitución su única alternativa de sobrevivencia económica (15), en el presente estudio se estableció que 68 por ciento de ellas son de nacionalidad guatemalteca, 23 por ciento son de origen salvadoreño y 8 por ciento son hondureñas.

En relación a las mujeres que asistieron a atención prenatal en el servicio de salud de la localidad, se estableció que el 96% de ellas, son originarias de Guatemala, Honduras y México, 1% respectivamente.

En las TCS, el 75% no tiene cónyuge, pareja o esposo y el 25% si tiene conviviente y en las TCS seropositivas, el 40% si tiene cónyuge, pareja o esposo, el 60% no tiene este tipo de conviviente y en las mujeres en atención prenatal, el 100% tiene cónyuge,

pareja o esposo, aunque no se pudo demostrar asociación en el tener pareja sexual fija y tener resultado positivo a la prueba de VIH, es importante mencionar que las mujeres creen que con sus parejas fijas no deben utilizar ningún método de protección, pero la fidelidad a su pareja no protege a la mujer de la infección por VIH. Lo cierto es que en todo el mundo, la epidemia del VIH/SIDA ha sido alimentada por el comportamiento de aquellos hombres que tienen relaciones sexuales sin condón con varias parejas. (15).

Los altos niveles de analfabetismo se asocian con problemas de salud, la ignorancia, sea que provenga del analfabetismo o de la falta de educación y/o información, es perjudicial para la buena salud (15).

En el grupo de trabajadoras comerciales del sexo se estableció que 24 por ciento son analfabetas y 69 por ciento han tenido algún grado de escolaridad, estos resultados son similares en las mujeres que asisten para la atención prenatal donde el analfabetismo es de 20 por ciento y 79 por ciento de ellas ha tenido algún grado de escolaridad, el analfabetismo impide que las personas afectadas reciban la información que se distribuye por medio de volantes, en vallas y en los periódicos (15).

En relación a la escolaridad, la distribución proporcional de TCS y mujeres en atención prenatal, 54% de las TCS estudiadas en esta ciudad, han cursado la primaria y el 65% de las mujeres que asistieron a la atención prenatal cursaron la primaria. 13 y 10 por ciento de las trabajadoras comerciales del sexo y de las mujeres que asistieron a control prenatal cursaron el nivel diversificado, mientras que 2 y 4 por ciento respectivamente, cursó estudios superiores. En el estudio realizado por la Organización Panamericana de Mercadeo Social (PASMO) en Guatemala en trabajadoras

comerciales del sexo se estableció que 16 por ciento de ellas no tenía educación, 51% tenía algo de primaria o primaria completa y 33% algo de secundaria o más (31).

Entre las mujeres que asisten a atención prenatal se estableció que el 94 por ciento de ellas se dedica a los oficios domésticos, se ha establecido en diferentes estudios que el aislamiento doméstico es otro factor que opera en contra de las mujeres, particularmente, en las áreas rurales, donde éstas trabajan durante largas horas y cuentan con muy pocas oportunidades para disfrutar de los beneficios de la información que se ofrece en programas de carácter educativo. En las áreas urbanas, las mujeres suelen quedarse más tiempo en el hogar realizando sus tareas domésticas en compañía de la radio o la televisión, en ese sentido tienen más oportunidades de recibir información sobre el VIH/SIDA, si se trata de mensajes relevantes para sus vidas (15).

El grupo de mujeres trabajadoras comerciales del sexo, según el lugar de trabajo anterior al actual, el 54% no había trabajado en ningún lugar; y, en el grupo con VIH positivo, el 60% tampoco había trabajado, lo que demuestra que hace falta educación sobre la transmisión de VIH/SIDA en estos grupos de población estudiados, especialmente, en aquellas que asisten a los Servicios de Salud, así mismo, se demuestra que la transmisión en un porcentaje bastante alto ocurre en esta Ciudad.

Dentro de las Trabajadoras Comerciales del Sexo, según el tiempo de laborar en un mismo lugar, el 70% tiene menos de 1 año de permanecer y estar trabajando en un solo lugar; y, en el grupo de TCS seropositivas el 80%, tienen también menos de 1 año de estar trabajando en el mismo lugar, lo cual significa que es un grupo de mujeres que

por diversos motivos se queda en este lugar fronterizo trabajando, pero particularmente el económico, por lo que son contratadas para desempeñar este tipo de trabajo sexual, no recibiendo de esta forma ninguna orientación sobre la transmisión del VIH, por lo que tienen más riesgo de enfermarse: y, según estudios sobre VIH la vía más importante de transmisión de VIH es la sexual. (12, 13, 15, 23, 24, 26, 29, 37, 46, 53). En las TCS refieren haber recibido dinero por primera vez en pago de relaciones sexuales, se observa en un rango desde los 7 hasta los 39 años de edad, lo que nos demuestra que las mujeres inician a exponerse al riesgo de contraer el VIH a muy temprana edad, la mayor proporción se observa entre los 17 a 21 años (45.3%), seguida del grupo de edad entre los 22 a 26 años (24.5%), observándose en menor proporción después de los 37 años (0.6%), el mismo fenómeno de inicio temprano de relaciones sexuales a cambio de dinero, puede observarse en aquellas que fueron VIH positivas.

El rango de clientes durante la última semana en las TCS está entre 0 y 30, observándose que 64 por ciento de ellas tiene entre 1 y 10, pero es importante cuando analizamos el número de clientes diarios, el rango se distribuye entre 0 y 15. 71 por ciento de ellas tiene entre 1 y 15 contactos sexuales diarios, esto nos demuestra el riesgo a que están expuestas las trabajadoras comerciales del sexo, aunque no se pudo observar asociación con el ser VIH positivo.

En los antecedentes según contagio de Infección de Transmisión Sexual (ITS) el 87% de las TCS no ha sufrido este tipo de infección y el 13% ha sufrido ITS, y en el grupo de TCS seropositivas, el 80% no sufrió ningún tipo de ITS y el 20% sí tuvo contagio. En

un estudio en Latinoamérica y el Caribe, se estima que de dos millones de adultos, el 20% de los cuales son mujeres, han contraído el VIH, en México y Centroamérica, así como en el Caribe de Habla Hispana, por lo que el porcentaje es similar en este estudio realizado en este Centro de Salud de Ciudad Tecún Umán, Ayutla, San Marcos (15). En las mujeres en atención prenatal, el 95% no tuvo contagio de ITS y un 5% si tuvo contagio de ITS.

Otro de los factores de riesgo investigados en el presente estudio es la utilización de drogas inhaladas, estableciéndose que el 14 por ciento de las TCS utiliza este tipo de drogas, pero en las TCS que resultaron ser seropositivas al VIH han utilizado dicho tipo de drogas el 40%. En las mujeres que asisten a atención prenatal 1.2 por ciento ha utilizado estas drogas. En el estudio no se pudo determinar la asociación entre el consumo de este tipo de drogas y la seropositividad al VIH, otros estudios han establecido que el alcohol y las drogas sí desinhibe y crea un ambiente donde la persona puede exponerse aun más adquirir la infección. (15).

El uso de drogas inyectadas, especialmente el compartir agujas se ha asociado al riesgo de contraer VIH/SIDA, en el presente estudio se estableció que las TCS, el 80% no hizo uso de drogas inyectadas y en las TCS seropositivas, el 80% no hizo uso de drogas inyectadas, a pesar de los resultados en el presente estudio no se pudo establecer la asociación entre el riesgo de usar drogas intravenosas y el presentar seropositividad al VIH.

El consumo de alcohol por las TCS es sumamente frecuente, en el presente estudio se determinó que 77% de ellas lo consumió cuando se encontraba laborando, este dato es

importante en vista que cuando consumen esta droga ya no exigen el uso del preservativo a sus clientes. A pesar de que el consumo de alcohol a la hora de estar laborando no se logró asociar a la seroprevalencia del VIH, en otros estudios se ha logrado determinar que el consumo de alcohol hace que el individuo pierda las inhibiciones que siente en su ausencia y, por lo tanto, es posible que se aventure en el campo sexual sin tomar las precauciones necesarias. (15)

En lo que respecta al uso del condón como método preventivo para evitar adquirir VIH, fue referido por el 92.5% de las TCS y en el grupo de las TCS con VIH positivo, el 100% utilizó el preservativo. El menor índice de uso de condón en la última relación sexual en las TCS fue el 7.5%. Aunque estas mujeres se enfrentan con el problema de que el uso del preservativo depende de la voluntad del hombre (15). El uso del condón como protección está dado por que éste se utilice en forma constante y adecuada, lo que permitiría observar que dicho método de prevención no es utilizado en forma adecuada, especialmente, cuando tienen relaciones sexuales con sus parejas habituales.

En Guatemala, la Normativa sobre Sangre Segura establece que los Bancos de Sangre deben de realizar pruebas serológicas para determinar algunas enfermedades, entre ellas, el VIH/SIDA, en los grupos estudiados, más del 90 por ciento de las mujeres investigadas no ha recibido transfusiones sanguíneas.

El conocimiento sobre la fidelidad como protección al VIH, se pudo determinar que en las mujeres en atención prenatal, 95 por ciento afirmó que ésta es una buena

protección, aunque el 5% dijo no haber protección, lo que podría ocurrir es que no exista fidelidad mutua entre pareja, cónyuge o esposo, aunque la evidencia señala que la mujer tiene mucho más probabilidades de ser fiel que su pareja, cónyuge o esposo.
(15)

El 94 % de las TCS tiene conocimiento sobre el VIH, y, al 6 % no le ha llegado ninguna información y en las TCS seropositivas, el 100% tiene conocimiento sobre la transmisión sobre el VIH; y, en las mujeres en atención prenatal, el 76% si tienen conocimiento sobre la transmisión del VIH y el 24% no tienen ningún conocimiento sobre la transmisión del mismo. Lo que se puede decir que las TCS tienen el mayor conocimiento que las mujeres en atención prenatal debido al tipo de trabajo que ellas desempeñan y se interesan por el riesgo de la transmisión a que están expuestas pero hay un grupo elevado que es el 24.1% de las mujeres en atención prenatal que no tiene ningún tipo de conocimiento sobre el VIH, puede ser que el tema de VIH/SIDA no se impartió en las escuelas o que la educación no ha llegado hasta el área rural y es lo que más hace falta para prevenir el VIH/SIDA, a pesar de estos resultados no se logró asociar como un factor protector el tener conocimiento sobre VIH y el no estar infectado.

En las TCS, según el conocimiento sobre la protección del VIH usando el preservativo al tener relaciones sexuales fue del 96% y de las que no tuvieron ese conocimiento fue de 4%; y en las TCS seropositivas el conocimiento fue del 60% y de las que no tuvieron ese conocimiento de protección fue de 40% y en el grupo de mujeres en atención prenatal, el conocimiento sobre la protección fue de 90.7% contra un 9.3% sin

conocimiento del uso del preservativo; lo que se puede decir a nivel general que el conocimiento sobre VIH fue mayor en las TCS que en las mujeres en atención prenatal, aunque el uso del preservativo al tener relaciones sexuales fue mayor el conocimiento en mujeres en atención prenatal con un 90.7% que en las TCS seropositivas, puede deberse a que son mujeres migrantes y que tienen la mayoría de ellas menor de un año de trabajo y por el tiempo de laborar que es tan corto, la educación sobre el uso del preservativo no ha sido lo suficiente en este grupo de mujeres para que ellas tomen conciencia del riesgo de enfermarse al no hacer uso del condón, lamentablemente, con estos resultados no pudo demostrarse asociación de protección sobre el conocimiento del uso del preservativo como método para prevenir la infección por VIH.

Se analizaron datos sobre factores de riesgo en trabajadoras comerciales del sexo, siendo éstos el tener pareja sexual fija, antecedentes de infección de transmisión sexual, usos de drogas inhaladas, uso de drogas inyectadas, consumo de alcohol al estar laborando, los resultados nos demuestran que por ser muy pequeña la población que resultó positiva a la prueba de seroprevalencia de VIH/SIDA, éstos no demuestran claramente si es un factor de riesgo.

Así mismo, se estableció que las mujeres trabajadoras del sexo que no conocen que el uso del preservativo correcta y constantemente previene contra el VIH/SIDA, tienen 19.87 veces más riesgo de ser seropositivas al VIH, que aquellas que sí conocen de esta medida; (OR: 19.87 / IC: 95% 1.78 - 213.18 / p.0.000080). Esto concuerda con el estudio: El Peligro oculto. La mujer y el SIDA, en México, Centroamérica y el Caribe de habla Hispana; el desconocimiento del Condón. (15)

CONCLUSIONES

1. La seroprevalencia de VIH en mujeres trabajadoras comerciales del sexo encontrada en este estudio fue de 3.1 % y de 0% en mujeres en atención prenatal.
2. En el municipio de Tecún Umán, Ayutla, San Marcos la epidemia de VIH/SIDA, se encuentra en un estado de bajo nivel, según la clasificación para la epidemia de sida.
3. Las Mujeres TCS con VIH positivo están comprendidas entre 28 y 32 años de edad y según la OMS la mayoría de casos positivos de VIH/SIDA ocurre entre los grupos de 20 a 39 años.
4. En las TCS y las mujeres en atención prenatal, el mayor porcentaje llegó a la primaria en un 54% y 65%, respectivamente.
5. En las trabajadoras comerciales del sexo se estableció que el tener pareja sexual fija, antecedentes de infección de transmisión sexual, utilización de drogas inhaladas son factores de riesgo pero, lamentablemente, no tuvieron significancia estadística.
6. El uso del preservativo como método de prevención para el VIH fue referido por el 92.5% de las TCS y en un 100% en TCS positivo.
7. Las Trabajadoras Comerciales del Sexo quienes desconocen que el preservativo las protege contra el VIH/SIDA tienen 19.0 veces más riesgo de infectarse

comparado con aquellas que conocen este método de protección; aunque el intervalo de confianza es amplio, se considera que esto se debe a que el número de infectadas en este subgrupo de población es pequeño.

8. En mujeres en atención prenatal se estableció que conocían que, el ser fiel a su pareja, es una buena protección contra el VIH.

RECOMENDACIONES

1. Capacitar a personal del Centro de Salud de Ciudad Tecún Umán, Ayutla, San Marcos; Médicos, enfermeras, promotores de salud, sobre la prevención y control del VIH para que dicho personal en un futuro transmita el mensaje no sólo a nivel local sino hacia otras instituciones.
2. Dar orientación sobre el VIH no sólo a nivel Central de la localidad si no a sus Aldeas, Caseríos, Barrios, Colonias, etc. con materiales educativos acordes a los distintos niveles, utilizando medios y estrategias adecuados en dicha transmisión.
3. No sólo orientar sobre la transmisión del VIH sino, también, recomendar necesidades específicas como el uso del preservativo, con la pareja sexual, fija o estable.
4. Mantener una vigilancia centinela en estos dos subgrupos de la población para establecer los cambios en el tipo de epidemia.
5. Realizar vigilancia centinela en las TCS que no están inscritas en el servicio de salud de la localidad para establecer la seroprevalencia del VIH en este subgrupo de la población.
6. Establecer un programa de Información, Comunicación y Educación en las Trabajadoras Comerciales del Sexo sobre el uso adecuado y constante del

preservativo, tanto en sus clientes nuevos como usuales, así como en aquellos que los consideran su pareja, esposo o cónyuge.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abbott Laboratorios de Brasil. "Determine HIV-1/2." Noviembre 2,000. Pág. 4

2. Aguilar, Sergio. MD. MPH. "Informe Final Seroprevalencia de VIH en Trabajadoras del Sexo de la Ciudad de Guatemala". Guatemala, Junio y Julio 1,998.
3. Aguilar, Sergio. M. D., M. P. H. "Informe final Proyecto de establecimiento y realización de Vigilancia Centinela en los Departamentos de Izabal y Escuintla", Guatemala, 1,998.
4. Aguilar, Sergio. M. D., M. P. H. "Informe Final Establecimiento y Seguimiento de Sitos de Vigilancia Centinela del VIH en los departamentos de Guatemala, Quetzaltenango y Sacatepéquez". Guatemala, 2,000.
5. Aguilar, Sergio. et. al "Situación de la Epidemia de VIH/SIDA en Guatemala". Enero del 2,000.
6. Ángel M. Gilberto. et. al. "Interpretación Clínica del Laboratorio". 5ª. Edición. 1,996. Pág. 234 y 235.
7. Ardila, Henry. M. D. Epidemiólogo. "Acceso a Medicamentos, Avances y Adherencia en el Tratamiento de la Infección por VIH y el SIDA. En Latinoamérica". Año 1,996. Pág. 2-19.
8. Benensun Abra's. "Manual Para Control de las Enfermedades Transmisibles" Decimosexta Edición, 1,997. Pág. 423-429.
9. Boletín Internacional Sobre Prevención y Atención del SIDA. "Acción en SIDA". Número 22, abril-junio 1,994. Pág.. 6 y 7.
10. Boletín Médico de IPPF. "Puntos Salientes de la Reunión del IMAP" Octubre 2,000. Pág. 3.
11. Departamento de Vigilancia Epidemiológica. Departamento de Educación para la Salud. Comisión Nacional del SIDA. Dirección General de Servicios de Salud. "Plan Nacional para la Vigilancia y Control de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida (VIH)". Guatemala, octubre 06 de 1,987.
12. Gobierno de Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección General de Servicios de Salud. "Programa Nacional de Prevención y Control de la Infección VIH/SIDA" Guatemala, 1,996. Pág. 2-27.
13. Hatcher Robert A. et. al. "Lo Esencial de la Tecnología Anticonceptiva" Programa de Información en Población. Centro Pam programas de Comunicación. Facultad de Salud Pública. Universidad de Johns Hopkins. Julio 1,999. Pág. 16-10 y 16-11.

14. Instituto Nacional de Salud Pública. Programa Conjunto de las Naciones Unidas Sobre el VIH/SIDA. "Violencia, Mujeres y VIH". Boletín Informativo. Volumen 4. No.3. Septiembre/diciembre 2,000.
15. Instituto Panos. Asociación Guatemalteca para la Prevención y Control del SIDA. "El Peligro Oculto. La Mujer y el SIDA, en México, Centroamérica y el Caribe de Habla Hispana". Año 1,997.
16. Impact, Fhi y Onusida. "Recopilación de datos sobre el comportamiento necesario para los programas nacionales de VIH, SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual". Mayo 1,998.
17. Izazola Licea, José Antonio. et. al "Situación Epidemiológica y Económica del SIDA en América Latina y el Caribe". Primera Edición, 1998. Pág. 101-114.
18. Izazola Licea, José Antonio. et. al. "El SIDA en América Latina y El Caribe: Una Visión Multidisciplinaria" Año 1,999. Pág. 7-9.
19. Izazola Licea, José Antonio. et. al. "XIII Conferencia Internacional sobre SIDA" Año 2,000. Pág. 8.
20. Madrigal Pana Johnny. "El Condón y las trabajadoras del sexo: Encuesta en América Central". Mayo de 1,998, San José Costa Rica.
21. Ministerio de Salud Pública. República de Guatemala. "Boletín Epidemiológico ITS/VIH/SIDA" Volumen 1. No. 1. Junio 2,003. Pág. 1-4.
22. Ministerio de Salud Pública. República de Guatemala "Boletín Epidemiológico ITS/VIH/SIDA". Diciembre 2,003. Pág. 1-4.
23. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Comité Acción SIDA. Proyecto Acción SIDA, de Centroamérica. "Situación del VIH/SIDA, en el Salvador". Junio 1,999. Pág. 17-25.
24. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud. Departamento de Regulación de Programas de Atención a las Personas. Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA. "Plan Estratégico Nacional ITS/VIH/SIDA". Guatemala. Noviembre de 1,999.
25. Ministerio de Salud Pública y Atención Social. Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud. Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA. "Reporte Nacional de la Notificación de Personas con SIDA. Acumulado de 1,984 al 31 de diciembre 2,000". Guatemala 16 de enero 2,001.
26. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. Programa Nacional de Prevención y Control del SIDA. "Impacto Socioeconómico de la Epidemia del VIH/SIDA en Guatemala". Guatemala, diciembre de 1,995.

27. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. Programa Nacional de Control y Prevención de ITS/VIH/SIDA. "Estudio Multicentrico Centroamericano de Prevalencia de VIH/ITS y comportamientos en Trabajadoras Comerciales del Sexo en Guatemala". Ciudad de Guatemala, Guatemala, mayo del 2,003.
28. Ministerio de Sanidad y Consumo Plan Nacional Sobre el SIDA "Tratamiento Antirretroviral del Adulto (2ª. Edición)" Numero 5. España, mayo 1,996.
29. Nájera Morrondo, R. et. al. "Infecciones Oportunistas: Bacterias y Virus. Profilaxis y Tratamiento". 1,995. Pág. 5-13.
30. Najera R. et. al. "Curso de Formación Médica Continuada sobre la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana" 1,992. Pág. 95-107.
31. Oladusu Muyiwa. et. al "Conocimientos, Actitudes y Prácticas en VIH-SIDA y uso de Condón en Hombres que Tienen Sexo con Hombres y Trabajadoras Comerciales de Sexo en Guatemala". 2001. Pág. 12 y 17.
32. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. "IV Informe de Progreso de los Planes de Mediano Plazo para la Prevención y Control del VIH/SIDA. Subregión América Central". Guatemala, octubre 1,994.
33. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. "Vigilancia de los Casos de Sida". Noviembre 1,994.
34. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. "Pautas para la Prevención de Infecciones Oportunistas en Personas con VIH/SIDA en América Latina y el Caribe". Actualización 2,000.
35. Órgano Divulgativo de la Oficina de Prevención y Lucha Contra El Sida. "VIH/SIDA". Año 4. No. 9. Caracas, Venezuela, febrero 1,994.
36. PASCA. "Análisis de la Situación de VIH/SIDA en los Municipios Fronterizos de Coatepeque y Tecún Umán, Ayutla, San Marcos". Julio 30 de 1,999.
37. Population Information Program Center For Communication Programs. "Condomes: Cómo Cerrar la brecha entre el uso y la necesidad". Volumen XXVII, Número 1, Serie H, Número 9, abril de 1,999.
38. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. "Pautas para la Vigilancia de las Infecciones de Transmisión Sexual" 1,999. Pág. 29.

39. Programa Conjunto de las Naciones Unidas Sobre el VIH/SIDA. "Ampliación de la Respuesta Mundial al VIH/SIDA, a través de una Acción Orientada". 1,998. Pág. 3-6.
40. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. et. al. "Estudio Multicentrico de Prevalencias de VIH/ETS y patrones Socio-Conductuales en Poblaciones Específicas de Ciudades Capitales y Puertos de Centroamérica". Año 2,001.
41. Programa Conjunto de las Naciones Unidas, sobre el VIH/SIDA. Organización Mundial de la Salud. "Poner al descubierto la Epidemia de VIH/SIDA". Abril de 2,001. Pág. 8 y 9.
42. Programa Conjunto de las Naciones Unidas Sobre el VIH/SIDA. "Apoyo a las personas que cuidan de otras". Mayo de 2,001. Pág. 11.
43. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. "Informe Sobre la Epidemia Mundial de VIH/SIDA". Julio de 2,002. Pág. 8, 22-25, 36 y 37.
44. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Organización Mundial de la Salud. (OMS). "Situación de la Epidemia de SIDA". Diciembre de 2,003. Pág. 3-13.
45. Programa Regional de SIDA Y ETS. División de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles. Organización Panamericana de la Salud. "Pautas para la atención Clínica de la Persona Adulta Infeccionada por el VIH". Enero 1,994. Pág. 9-2, 10-2 a 10-4. Anexos 2 y 3.
46. Programa Regional de SIDA/ETS. Organización Panamericana de la Salud "Taller de Capacitación en Vigilancia Centinela del VIH". San Salvador, El Salvador, 8-12 de mayo de 1,995.
47. Protocolo Nacional Para el Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento de la Infección del VIH/SIDA. "Revista del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala". Vol. XI. Nos. 1-2. Época III. Enero-junio 2,001.
48. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. "Patrón Epidemiológico de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana en el Estado de Querétaro". No. 5-6 Volumen 31. Septiembre-diciembre de 1,993. Pág. 359 y 360.
49. Sistema de Naciones Unidas en Guatemala. "Guatemala: La Fuerza Incluyente del Desarrollo Humano" Año 2,000. Pág. 156-160.
50. Unidad y Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt. Clínica Familiar Lag. Hospital General San Juan de Dios. Sección de Infectología. IGSS. Ciudad de Guatemala. Médicos sin fronteras Suiza y Francia. Programa Nacional de SIDA. Ministerio de Salud Pública. Organización Panamericana de

la Salud. "Guía de Manejo de Infecciones Oportunistas en SIDA". Guatemala, Octubre 2,003.

51. Universidad de San Carlos de Guatemala. Dirección General de Investigación. Programa Universitario de Investigación Interdisciplinario en Salud. "VIH-SIDA. en la zona 6 de Guatemala un Estudio Prospectivo Fase I". Guatemala 1,996.
52. Universidad de San Carlos de Guatemala. Sistema Universitario de Investigación. Dirección General de Investigación. "VIH-SIDA en la zona 6 de la Ciudad de Guatemala (Fase II)". Guatemala, marzo de 1,999.
53. Universidad del Valle de Guatemala MERTU/G-CDC. "Proyecto para el Fortalecimiento de la Vigilancia de VIH/SIDA en Guatemala". Octubre 2,002.

ANEXOS

ANEXO 1

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Soy el Dr. René Hipp Robles, y, estoy realizando una investigación de **Prueba Voluntaria Confidencial**, en donde el resultado de la prueba solamente será conocido por un pequeño número de personas seleccionadas.

CUESTIONARIO PARA EVALUACIÓN DE SEROPREVALENCIA DE VIH/SIDA, ESTUDIO REALIZADO EN TRABAJADORAS COMERCIALES DEL SEXO

I. DATOS GENERALES Y SOCIODEMOGRÁFICA S

1. Nombre: _____
2. Nacionalidad: _____
3. Edad _____ años
4. Lugar de Trabajo actual _____
5. ¿Desde cuándo trabaja aquí? _____ años _____ meses
6. ¿En qué lugar trabajó antes de venir aquí? _____
7. ¿Cuál es el grado más alto al que llegó en la escuela?
 - a. _____ Analfabeta
 - b. _____ Alfabeto (sabe leer y escribir)
 - c. _____ Primaria
 - d. _____ Secundaria
 - e. _____ Superior

II. DATOS SOBRE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS

8. ¿Usted tiene cónyuge/pareja/esposo? SI _____ NO _____
9. ¿A qué edad recibió por primera vez dinero a cambio de relaciones sexuales?
_____ (años)
10. ¿Cuántos clientes ha tenido en la última semana? _____
11. ¿En el último día de trabajo, cuántos clientes tuvo? _____
12. ¿Usó condón en la última relación comercial que tuvo? SI _____ NO _____
13. ¿Algunas veces se ha contagiado de enfermedades de transmisión sexual?
SI _____ NO _____
14. ¿Ha escuchado alguna vez sobre el VIH/SIDA? SI _____ NO _____

15. ¿Pueden las personas protegerse del VIH usando condón al tener relaciones sexuales? SI ____ NO ____

16. Usted en alguna oportunidad ha recibido una transfusión sanguínea? SI ____ NO ____

17. ¿Ha usado algún tipo de drogas inyectadas? SI ____ NO ____

18. ¿Cuando trabaja consume alcohol (licor) SI ____ NO ____

19. ¿En alguna oportunidad ha utilizado una droga intravenosa? SI ____ NO ____

20. ¿En alguna oportunidad usted ha consumido alguna droga inhalada? SI ____ NO ____

GRACIAS...

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Soy el Dr. René Hipp Robles, y, estoy realizando una investigación de **Prueba Voluntaria Confidencial**, en donde el resultado de la prueba solamente será conocido por un pequeño número de personas seleccionadas.

CUESTIONARIO PARA EVALUACIÓN DE SEROPREVALENCIA DE VIH/SIDA, ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES EN ATENCIÓN PRENATAL

I. DATOS GENERALES Y SOCIODEMOGRÁFICA S

1. Grupo de estudio MUJERES EN CONTROL PRENATAL.
2. Nombre: _____
3. Nacionalidad: _____
4. Edad _____ años
5. Ocupación
 - a. ____ Ama de casa
 - b. ____ Empleada doméstica
 - c. ____ Comerciante
 - d. ____ OTRO, especifique _____
6. ¿Cuál es el grado más alto al que llegó en la escuela?
 - a. ____ Analfabeta
 - b. ____ Alfabeta (sabe leer y escribir)
 - c. ____ Primaria
 - d. ____ Secundaria
 - e. ____ Superior

II. DATOS DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS

7. ¿Usted tiene cónyuge/pareja/esposo? SI _____ NO _____
8. ¿A qué edad inicio relaciones sexuales? (años) _____
9. Número de parejas (sexuales) en los últimos 2 años _____
10. ¿Algunas veces se ha contagiado de enfermedades de transmisión sexual?
SI _____ NO _____
11. ¿Ha escuchado alguna vez sobre el VIH/SIDA? SI _____ NO _____
12. ¿Pueden las personas protegerse del VIH usando condón al tener relaciones sexuales? SI _____ NO _____

13. ¿Puede una persona protegerse a sí misma del VIH al ser fiel a su pareja?

SI ____ NO ____

14. ¿Usted en alguna oportunidad ha recibido una transfusión sanguínea?

SI ____ NO ____

15. ¿En alguna oportunidad usted ha utilizado una droga intravenosa?

SI ____ NO ____

16. ¿En alguna oportunidad usted ha consumido alguna droga inhalada?

SI ____ NO ____

GRACIAS...

ANEXO 3



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
PROGRAMA NACIONAL PARA PREVENCIÓN
Y CONTROL DE ITS/VIH/SIDA**



CONSENTIMIENTO

Posterior a la información recibida sobre VIH/SIDA, sus formas de transmisión y de prevención; sinónimo en que se determina la presencia del virus en el cuerpo, los posibles resultados y sus consecuencias, y en compromiso de recibir la orientación posterior, **autorizo** a que se me realice la prueba de anticuerpos al VIH. **Garantizándome** que los resultados obtenidos, así como la información vertida durante estas conversaciones será manejada con total **confidencialidad**.

De conformidad con el Art. 19, 24 y 34 del Decreto 27-2000

Nombre del usuario (a) ó clave de expediente _____

Usuario/Usuaría
Firma

Trabajador/Trabajadora de Salud
Firma

FECHA: _____

PMSS/MSPAS

ANEXO 4

Ciudad Tecún Umán, Ayutla, San Marcos, 7 de marzo del 2,002.

Dr. Mario Rodolfo Salazar Morales.
Coordinador Maestría en Salud Pública.
USAC.

Estimado Coordinador:

Luego de haber revisado el protocolo de investigación del Dr. René Hipp Robles y habiendo sido aprobado por ustedes, autorizo las instalaciones y el personal que labora en este Centro de Salud, para que se lleve a cabo la investigación requerida de: Seroprevalencia de VIH/SIDA en Trabajadoras del Sexo y Mujeres en Control Prenatal en Ciudad Tecún Umán, Ayutla, San Marcos, Frontera con México.

Me suscribo de usted, atentamente,

f.



Dr. Emilio Callen.
Director del Centro de Salud de
Tecún Umán, Ayutla, San Marcos.


9 marzo 2002

ANEXO 5

Coatepeque, Quetzaltenango, 20 de marzo del 2,002.

Dr. René Hipp Robles.
Presente.

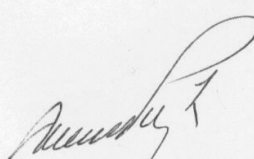
Estimado Doctor:

Luego de haber leído la solicitud de fecha dieciocho de marzo del año en curso, en donde me solicita la autorización del personal y de las instalaciones del Centro de Salud, para la realización de una encuesta a la Trabajadoras del Sexo y Mujeres en Control Prenatal, que se encuentran en control en esta institución, como prueba piloto, de su trabajo de tesis "Seroprevalencia de VIH/SIDA en Trabajadoras del Sexo y Mujeres en Control Prenatal, en Ciudad Tecún Umán, Ayutla, San Marcos, Frontera con México."

Por lo que tengo a bien informarle que tiene la autorización solicitada.

Atentamente,

f.


Dr. Abraham Pérez.
Director del Centro de Salud
de Coatepeque, Quetzaltenango.



El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada **“Seroprevalencia de VIH/SIDA. Estudio observacional descriptivo transversal realizado en Trabajadoras Comerciales del Sexo y Mujeres en Atención Prenatal en Ciudad Tecún Umán, Ayutla, San Marcos, Frontera México, durante el periodo de octubre a diciembre del año 2002.”** Para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción total o parcial