

11226

9



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES  
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

**UNIDAD ACADEMICA**

**CLINICA ISSSTE-CAMPECHE**

**FACTORES ASOCIADOS Y PREVALENCIA DE LAS INFECCIONES  
POR RETROVIRUS (VIH-1) EN UN GRUPO DE PROSTITUTAS  
DEL ESTADO DE CAMPECHE**

**TRABAJO DE INVESTIGACION QUE  
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PRESENTA**



**ISSSTE**

**DR. ORLANDO ALONSO SOSA CANTON  
CAMPECHE, CAMPECHE, FEBRERO**

2000

286603



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

FACTORES ASOCIADOS Y PREVALENCIA DE LAS INFECCIONES POR  
RETROVIRUS  
( VIH - 1 ) EN UN  
GRUPO DE PROSTITUTAS DEL ESTADO DE CAMPECHE

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE


ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR


PRESENTA

DR. ORLANDO ALONSO SOSA CANTON

AUTORIZACIONES

~~DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.~~

  
DR. ARNULFO TRIGOYEN CORIA  
COORDINADOR DE INVESTIGACION  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

  
DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



Delegación Estatal  
Clínica Hospital  
"PATRICIO TRUEBA REGIL"  
Subdirección Médica.

FACTORES ASOCIADOS Y PREVALENCIAS DE LAS INFECCIONES POR  
RETROVIRUS  
( VIH - 1 ) EN UN  
GRUPO DE PROSTITUTAS DEL ESTADO DE CAMPECHE

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER  
EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

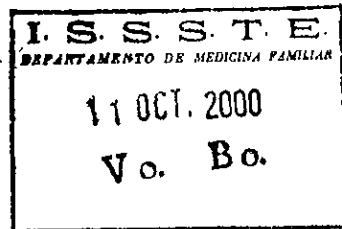
DR. ORLANDO SOSA CANTON  
AUTORIZACIONES

DR. MANUEL JESUS CANUL MATU  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN  
MEDICINA FAMILIAR  
PARA MEDICOS GENERALES EN CAMPECHE I.S.S.S.T.E.

MC. RENAN A. GONGORA BIACHI  
ASESOR DE TESIS  
CENTRO DE INVESTIGACIONES REGIONALES  
" DR. HIDEYO NOGUCHI "

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.  
ASESOR DE TESIS

*Leticia Esnaurrizar*  
DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E



## INDICE

	Pág.
Marco Teórico	2
Problema, Justificación	10
Objetivo General	13
Objetivo Específico	13
Hipótesis, Metodología, Población, Lugar y tiempo del Estudio	15
Tipo y Tamaño de la Muestra	16
Criterio de Selección y Variables Estudiadas	17
Procedimientos para recolectar información	20
Consideraciones Éticas	23
Resultados	26
Discusión	33
Conclusión	46
Cuadros y Gráficas	54
Referencias	62
Anexos	68

## **MARCO TEORICO:**

La prostitución femenina, transacción en la que prestan servicios sexuales a cambio de dinero o artículos con valor monetario que proporciona a la prostituta o a un tercero. Es esencialmente un fenómeno social asociado a factores económicos, culturales, morales, legales y de conducta. La mayoría de las prostitutas tienen motivaciones económicas.

La prostitución femenina es un fenómeno mundial y de antigüedad ancestral. Su organización, característica y consecuencias varían en gran medida de un lugar a otro.

Las principales consecuencias, desde el punto de vista de Salud Pública, de la prostitución femenina es la transmisión de enfermedades asociadas a prácticas

sexuales (E.T.S.), tanto en las mujeres como sus clientes e indirectamente a las parejas permanentes de estos varones.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Centro de Control de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos de Norteamérica, se reconocen como mecanismos de transmisión del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), agente causal del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), los siguientes: transmisión sexual, transmisión sanguínea, transmisión vertical (madre a hijo) y transmisión por transplante de órganos infectados (1). La transmisión sexual puede ocurrir a través de prácticas sexuales de tipo homosexual o heterosexual, cuando un elemento de la pareja es portador del VIH. La transmisión del VIH es

más efectiva a través de prácticas homosexuales masculinas, que aquellas del tipo heterosexual (2). La transmisión hombre a mujer es más efectiva que en sentido inverso (3).

Las lesiones en los genitales (ulceraciones principalmente) y las enfermedades de transmisión sexual (E.T.S.) aumentan el riesgo de infección (4). La transmisión del VIH por prácticas sexuales se explica por los siguientes hechos (5): A) en el semen puede haber virus libre o en el interior de linfocitos CD4 ó monocitos (reservorios del VIH); B) las prácticas homosexuales ocasionan lesiones de la mucosa anal que favorecen la infección del VIH; C) en las secreciones vaginales se ha aislado el VIH; D) en el cérvix existen células capaces de albergar permanentemente al VIH. La transmisión



sanguínea ocurre a través de sangre contaminada o de sus derivados y por agujas contaminadas por sangre. La transmisión de madre a hijo es por tres mecanismos: a través de la placenta, durante el parto y por la leche materna. El segundo es el más frecuente (6). La transmisión por transplante de órganos ocurre si las células del órgano transplantado están infectados (7).

El conocimiento de los mecanismos de transmisión del VIH en una región permite definir la dinámica de la epidemia y establecer medidas preventivas más selectivas hacia las condiciones y mecanismos que predominan. Los mecanismos de transmisión varían en frecuencia e importancia de un país a otro y aún en el mismo país de una región a otra, en función del tiempo (8). La transmisión heterosexual del VIH está catalogada

como el patrón tipo II de la OMS y es el mecanismo predominante de los países de Africa Ecuatorial, Tailandia y Brasil, y acontece principalmente a través de la prostitución femenina (9,10).

Las mujeres trabajadoras del sexo comercial (MTSC) son un grupo vulnerable para la infección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), entre otras razones por sus prácticas sexuales de riesgo, múltiples y anónimos compañeros sexuales e inconsistencia en la práctica de protección. Lo anterior se ejemplifica con el hecho de que la práctica de la prostitución femenina es un factor importante de transmisión del VIH en países de Africa Ecuatorial (Kenia, Uganda, Zambia, Ruanda, Costa de Marfil), Brasil y Tailandia (11). En Nairobi un estudio realizado en trabajadoras sexuales mostró que

de 1981 a 1985 se registró un incremento del 4 al 61% (12), situación similar a lo acontecido en Tailandia. Estudios iniciales en los Estados Unidos habían reportado una prevalencia variable entre 0 a 57% (11); en Miami la prevalencia previamente reportada era del 20 al 26%, sin embargo, un estudio más reciente mostró que ésta se ha incrementado a 39% (13). En México, en el período de 1990 a 1994 la seroprevalencia en trabajadoras sexuales se ha incrementado de 0.04% a 0.4% y hasta el 31 de diciembre de 1995, del total de casos SIDA en mujeres mayores de 15 años, continuaba sin variación en mujeres que practicaban la prostitución (14).

En 1992, de 437 hetairas que ejercían en la ciudad de Mérida, Yucatán y 106 que ejercían en zonas

rurales del estado de Yucatán, México, sólo se encontraron dos mujeres (0.4%) con evidencia de infección (una de ellas originaria y residente de la ciudad de Puebla) (15,16). Estudios realizados en el estado de Yucatán de 1987 a 1992, demostraron que prácticamente nada se había modificado referente a las prácticas de riesgo de las trabajadoras sexuales, excepto en un leve incremento en la frecuencia de uso del condón (12% de las hetairas), ya que la actitud, número de sus clientes, así como la frecuencia de prestación de sus servicios y comportamientos sexuales seguían siendo los mismos, a pesar de las campañas referentes al Sida y a su prevención (15).

En el estado de Campeche, México (geográficamente integrante de la península de

Yucatán), no se han realizado estudios que definan la prevalencia de la infección entre las trabajadoras sexuales, así como sus conocimientos y actitudes ante la epidemia de VIH/Sida.

## **PROBLEMA:**

¿Qué conocimientos tiene sobre los mecanismos de transmisión, factores de riesgo y medidas de prevención de la infección por el VIH-1, un grupo de prostitutas del estado de Campeche?

¿Cuál es la prevalencia de infección del VIH en un grupo de trabajadoras sexuales del Estado de Campeche?

## **JUSTIFICACION:**

Para evaluar la participación de la prostitución en la transmisión del VIH, los Servicios Coordinados de Salud Pública del Estado de Campeche, iniciaron un Programa de Vigilancia Epidemiológica a partir de enero de 1994 a

noviembre de 1995 en 148 trabajadoras sexuales que ejercían en la Ciudad de Campeche y 172 en las zonas rurales (Champotón, Escárcega y Ciudad del Carmen); de todo el grupo sólo se encontró una mujer con evidencias de infección (la cual falleció), originaria de Tabasco y residente de Champotón.

En la dinámica de la transmisión del VIH a través de la práctica de la prostitución, se considera como mecanismo preventivo más efectivo, los que la mujer prostituta pueda promover (17). Estos a su vez van a depender del conocimiento referente a la infección por el VIH y sus actitudes ante este problema (11,15).

Por otro lado, también participan en la dinámica de transmisión del VIH hacia y desde las prostitutas, la presencia de Enfermedades de Transmisión Sexual

(E.T.S.), las que al definir su prevalencia en este grupo de mujeres servirá como un antecedente útil en la prevención de la infección de VIH entre las trabajadoras sexuales y sus clientes.

Otras condicionantes de riesgo para adquirir la infección del VIH son las variables que asocia la prostitución, como lo son: tiempo de ejercer la prostitución y edad de inicio, antecedentes de prácticas sexuales con extranjeros y bisexuales, uso del condón, entre otras.

Así la definición de estas condicionantes permitirán no solamente realizar un diagnóstico situacional entre las prostitutas, sino también obtener los elementos cognoscitivos que en su turno servirán para planear y realizar campañas de prevención entre las prostitutas y la comunidad.



## **OBJETIVO GENERAL:**

Evaluar el conocimiento referente a la infección del VIH e identificar los factores de riesgo para esta infección, así como y su prevalencia en un grupo de trabajadoras sexuales en el Estado de Campeche, en un lapso de 12 meses consecutivos.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- Evaluar la Vigilancia Epidemiológica referente a ésta infección en un grupo de población, de enero–diciembre de 1996.

## **OBJETIVO GENERAL:**

Evaluar el conocimiento referente a la infección del VIH e identificar los factores de riesgo para esta infección, así como y su prevalencia en un grupo de trabajadoras sexuales en el Estado de Campeche, en un lapso de 12 meses consecutivos.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- Evaluar la Vigilancia Epidemiológica referente a ésta infección en un grupo de población, de enero–diciembre de 1996.

- Identificar las condiciones sociocultural asociadas al ejercicio de la prostitución femenina en Campeche.
- Realizar una encuesta epidemiológica entre mujeres que practiquen la prostitución en Campeche, durante 12 meses consecutivos, para la identificación de conocimientos, factores de riesgo y actitudes para la infección del VIH.
- Realizar una encuesta epidemiológica entre mujeres que practiquen la prostitución en Campeche, para la identificación de las condicionantes socioculturales, asociadas al ejercicio de la práctica de la prostitución.
- Determinar la prevalencia de infección por VIH en este grupo de prostitutas en el lapso de estudio.

## **HIPOTESIS:**

No se requiere, ya que se trata de un estudio descriptivo.

## **METODOLOGIA:**

### **1.- TIPO DE ESTUDIO:**

Se realizó un estudio observacional, prospectivo, descriptivo y transversal.

### **2.- POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DEL ESTUDIO:**

Durante enero-diciembre del año de 1996, se realizó la encuesta seroepidemiológica en un grupo de 98 mujeres prostitutas, que voluntariamente aceptaron participar en este estudio y que acudieron al

Departamento de Enfermedades de Transmisión Sexual (E.T.S.), de los Centros de Salud de la Secretaría de Salud de la Ciudad de Campeche, Champotón y Ciudad del Carmen que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión :

A) Ejercicio de la prostitución en el Estado de Campeche, México al menos por 6 meses previos a su primera evaluación.

B) Autorización por escrito de la participante (Anexo 1).

### 3.- TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Muestra no aleatoria, de tipo secuencial, captando a todas las mujeres que reunieron los criterios de selección, durante el período de enero a diciembre de 1996.

#### 4.- CRITERIOS DE SELECCION:

##### a) Criterios de inclusión

1. Sexoservidoras que han ejercido su trabajo seis meses en el estado.

2. Autorización de la hoja de consentimiento para realizar la prueba serológica de detección de VIH.

##### b) Criterios de exclusión

1. Toda persona que no reunió los requisitos de sexoservidora (travestí y homosexuales).

##### c) Criterios de eliminación

1. Sexoservidora con antecedente de prueba positiva al VIH.

#### 5.- VARIABLES ESTUDIADAS:

- Edad

- Escolaridad
- Lugar de nacimiento
- Ocupación
- Estado civil
- Inicio de vida sexual activa
- Número de embarazos
- Factor inductor de la prostitución
- *Años de prostitución*
- Tipo de prostitución
- Antecedentes transfusionales
- Número de hijos
- Empleo de condón
- Modificación de hábitos sexuales por temor al  
SIDA
- Conciencia de adquisición del SIDA

- Comportamiento sexual
- Ingresos económicos por prácticas de la prostitución
- Conocimiento del mecanismo de transmisión del VIH
- Conocimiento de medidas preventivas
- Uso de métodos anticonceptivos
- Antecedentes de contacto con extranjeros, bisexuales ... etc.
- Uso de drogas y tatuajes
- Antecedentes personales patológicos
- Situaciones de automedicación
- Citología vaginal
- Examen físico
- Examen ginecológico



## 6.- PROCEDIMIENTO PARA RECOLECTAR LA INFORMACION:

En forma confidencial se obtuvo información a través de una encuesta clínica epidemiológica (Anexo 2) sobre la edad, lugar y fecha de nacimiento; nivel educativo, movimientos migratorios con fines lucrativos (Prostitución); ingreso mensual por prácticas sexuales, estado civil, edad de inicio y tiempo de ejercer la prostitución, tipo de prostitución (ambulatoria, las de citas, cabaret, hotel) ; número de parejas y relaciones sexuales; por mes, relaciones sexuales con extranjeros y bisexuales; frecuencia y causas del rechazo al uso del condón, antecedentes y fechas de enfermedades de transmisión

sexual diagnosticada por un médico o través de laboratorio (herpes genital, sífilis, gonorrea, trichomona, candidiasis, clamidia, Haemophilus ducreyi). Conocimiento y cambios de conducta con respecto al Sida, comportamiento sexual con los clientes, signos y síntomas sugestivos de infección por VIH, antecedentes de enfermedades sistémicas. Así mismo, se realizó un examen físico completo.

En cada entrevista se extrajo por venopunción 10 ml., de sangre y de ésta suero para la determinación de anticuerpos contra el VIH. Esta determinación se realizó con el método de ensayo-inmunoenzimático con utilización de péptidos sintéticos (Genelavia Mixt., HIV 1-2, Sanofi Diagnósticos, Inc. Coquette-France). Se consideró una prueba positiva si lo es reactiva en dos ocasiones diferentes y en tal caso el resultado sería confirmado, por

electroinmunotransferencia en el Laboratorio de Hematología, del Centro de Investigaciones Regionales “Dr. Hideyo Noguchi” de la Universidad Autónoma de Yucatán. Las pruebas reactivas por este método y de acuerdo a los criterios del C.D.C. (18) se consideraron positivas.

Se previó que en estos casos, en el que se considera el diagnóstico de infección por VIH, se comunicaría a la persona y esta información se notificaría a las Autoridades de Salud. Así mismo, se sugeriría a la persona seropositiva se integre a un programa de vigilancia clínica, en el departamento de medicina preventiva, del Hospital General de Campeche “Dr. Alvaro Vidal Vera” de la S.S.A. Campeche, México.

Durante el procesamiento de las muestras biológicas se llevó a efecto las medidas técnicas que para tal fin ha definido el Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos de Norteamérica.

En las personas con resultados negativos para anticuerpos contra el VIH, se repitió la encuesta y sus estudios de laboratorio en un lapso de cuatro meses.

#### 7.- CONSIDERACIONES ETICAS:

Cuando se considera el SIDA o a otro problema de ética médica solamente desde esta perspectiva, aparecen conflictos por todas partes: el derecho de un paciente a negarse a recibir tratamiento frente al derecho de los médicos de tratar; el derecho de un paciente al tratamiento frente al derecho de los médicos a la libertad de practicar;

Durante el procesamiento de las muestras biológicas se llevó a efecto las medidas técnicas que para tal fin ha definido el Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos de Norteamérica.

En las personas con resultados negativos para anticuerpos contra el VIH, se repitió la encuesta y sus estudios de laboratorio en un lapso de cuatro meses.

#### 7.- CONSIDERACIONES ETICAS:

Cuando se considera el SIDA o a otro problema de ética médica solamente desde esta perspectiva, aparecen conflictos por todas partes: el derecho de un paciente a negarse a recibir tratamiento frente al derecho de los médicos de tratar; el derecho de un paciente al tratamiento frente al derecho de los médicos a la libertad de practicar;

el derecho de un paciente a la privacidad en cuestiones sexuales frente al derecho de los funcionarios de salud pública de impedir la propagación de la enfermedad; el derecho de un paciente a la confidencialidad frente a la obligación de los médicos a notificar.

En este panorama bioético desaparece la idea de la ética como algo que tiene que ver con virtudes o vicios y con comunidades que forman el carácter moral de sus participantes .(34)

- Manejo del secreto profesional con pacientes con SIDA.

a) El problema del médico frente al paciente de SIDA.

Se trata de un problema ético no propiamente científico, que se plantea tanto al médico como a los que, por oficios

se enteran de la historia clínica, del paciente o, al menos de la enfermedad.

- La confidencialidad y sus límites.

Lo que resulta crítico es el principio moral; hay ocasiones en que la confidencialidad se debe quebrantar.

- a) Que exista una víctima potencialmente identificable.
- b) La gravedad del daño.
- c) ¿Será irreversible y con que costo humano?.
- d) ¿El clínico está en una situación única para advertir del peligro?
- e) ¿Será necesario revelar la identidad de la fuente de peligro potencial?.

## RESULTADOS:

Los datos referentes a la localidad de trabajo, lugar de residencia, entidad de nacimiento, condición conyugal y escolaridad de consigna en el cuadro 1.

Puede observarse que alrededor del 56% de todas las mujeres que ejercían la prostitución en la ciudad de Champotón, Camp., residían en este lugar, mientras que el 28.6% de las trabajadoras sexuales de este estudio se ubican en la Ciudad de Campeche; sólo 14 (14.3%) de estas trabajadoras sexuales ejercían en Ciudad del Carmen, Camp., y tenían su residencia permanente en ésta Ciudad y únicamente una de éstas prostitutas ejercía en la Ciudad de Escárcega.



También se describe el lugar de nacimiento siendo 29 (29.6%) en el estado de Campeche, siguiente en este rubro el estado de Veracruz con 24 (24.5%), Tabasco con 19 (19.4%), Chiapas 16 (16.3%), otros 8 Estados (8.1%) y 2 (2%) originarias de la república de Guatemala.

En el cuadro 1 se señala también la condición conyugal de estas mujeres, reportando que 34 (34.74%) son solteras, 18 (18.4%) tienen pareja permanente; prevaleciendo la separación conyugal o el divorcio en 42 (42.9%) de estas mujeres.

En cuanto a la escolaridad, el cuadro 1 describe que el nivel de analfabetismo es en 19 (19.4%); estudios de primaria en 61 (62.2%). El nivel educativo en más del

80% de los casos, los estudios de secundaria se registraron en 14 (14.3%); en cuatro encuestadas se identificó con un nivel académico de licenciatura.

Las características de la práctica de prostitución se describen en la figura 1 se puede observar que más de la mitad de la población estudiada (55.10%) tiene únicamente de 1 a 3 años en el ejercicio de la prostitución, el 28.7% con un tiempo de 4 a 6 años y sólo el 16.32%, el tiempo de ejercicio en la prostitución es mayor de 7 años.

En el cuadro 2 describe los datos demográficos en relación a la práctica del sexo comercial. La edad de inicio en el ejercicio de la prostitución, en el 25.51% de este grupo de población fue entre los 26-30 años (X 28

años); el 22.44% el inició fue entre los 31-35 años (X – 33 años); el 19.38% inició entre los 36 a 40 años (X- 38 años); el 31.62% inició el ejercicio de la prostitución entre los 16–25 años de edad, (la tercera parte del grupo de personas estudiadas). En relación el año de inicio de la prostitución se observa que el 76.51% de la población comenzó a partir de 1990. En relación al sitio más frecuente de la ubicación de la prostitución en el estado de Campeche es la calle, con un porcentaje de 40.8%, seguido por los “lobys” de hoteles con un 39.7%; casas de citas (12.3 %) y los cabarets en un (7.2%).

En el cuadro 3 se describen los factores de riesgo para la infección del VIH. Los antecedentes de enfermedades de transmisión sexual en la población encuestada se identifican en el 42.6% de las mujeres.

Los tatuajes se encontraron con una frecuencia del 7.1% y los antecedentes de transfusiones del 8.2%.

En relación a la frecuencia del uso del condón en la práctica sexual, sólo el 10.2% de estas trabajadoras sexuales lo utilizaron en el 100% de sus prácticas sexuales; en el puede observarse que el 35.5% nunca lo usaban y el 52.3% de estas, mujeres lo utilizaban con frecuencias menores al 100%.

El cuadro 4 reporta la frecuencia de las causas de rechazo del uso del condón en este grupo de mujeres, siendo el rechazo del cliente la causa más frecuente (66.3 %). Sin embargo el temor al rechazo del cliente (11.2%) y el desconocimiento del uso del condón (8.2%) fueron causas que estuvieron presentes.

Las E.T.S. identificadas en sus antecedentes se describen en el cuadro 5. La Trichomoniasis 17.3%, leucorrea 15.3% gonorrea 11.2% y la presencia de úlcera genital 8.2% fueron las más frecuentes.

En el cuadro 6, reporta las características de las prácticas sexuales consideradas de alto riesgo para la transmisión del VIH en 14 mujeres. Es decir, 14.28% de las mujeres estudiadas tuvo alguna vez actividades sexuales de este tipo.

En la figura 2 nos muestra que el 33.7% de la población en estudio posee un conocimiento insuficiente de la manera en que se transmite el VIH y 31 mujeres (31.6%) de este grupo de trabajadoras sexuales no

tienen ningún conocimiento sobre la transmisión del virus.

La prevalencia de anticuerpos para el VIH 1 en este grupo de trabajadoras sexuales fue nula. Al interrogatorio y examen físico ninguna mujer presentaba antecedentes de enfermedades sistémicas, enfermedad crónica o manifestaciones clínicas asociadas al VIH.

## DISCUSIÓN:

Nuestros resultados demuestran que en Campeche, durante el periodo de enero–diciembre de 1996 la prevalencia de la infección por el VIH en mujeres trabajadoras del sexo comercial no drogadictas era nula. Estos resultados nos indican que la prevalencia es muy baja y son similares a los reportados durante los últimos 10 años en la región (5,6,12), lo que sugiere que la transmisión del VIH hasta entonces había ocurrido muy lentamente en esta población de riesgo.

Aunque la mayoría de la mujeres en este estudio eran foráneas dos de ellas era de origen Guatemalteco, el 29.6% eran campechanas, todas las mujeres ejercían

el sexo comercial en el estado de Campeche, pero el 30% residía en forma permanente en el municipio de Campeche su lugar de origen. Este hecho es importante, ya que refleja el fenómeno de migración, mismo que se ha convertido en una opción en la búsqueda de ingresos, pero que al mismo tiempo es un factor que puede permitir la diseminación de la infección por el VIH, como ha sido postulado (13). Por otro lado, es conveniente señalar que, el 18% de estas mujeres, al momento del estudio tenían pareja permanente, a la que no percibían como contacto de riesgo para ellas, o bien de ellas hacía su pareja lo que también ha sido reportado (14).

El promedio y el intervalo de edad de las mujeres estudiadas, la mayoría eran mayores de edad. Sin



embargo, al considerar el tiempo de ejercicio de la prostitución, se puede deducir que el inicio en esta actividad fué en edades tan tempranas como 14 o 15 años. Este fenómeno es similar a lo que ocurre en otros países, como Brasil (15). Este hecho el inicio temprano en la actividad sexual implica un mayor número de parejas, factor considerado de riesgo para E.T.S., incluyendo el Sida. De hecho, si se considera el número de parejas por mes de este grupo de mujeres, la cifra por sí sola representa un riesgo inherente para la adquisición de ETS, como lo pone en evidencia los resultado de este estudio, en donde la prevalencia de E.T.S. es de 51% .

Existe una gran dificultad para definir el nivel socioeconómico (NSE) entre las trabajadoras sexuales y

no existe un criterio uniforme para ello. Así, algunos autores describen que el NSE bajo corresponde al sitio de residencia de estas mujeres (barrios pobres y marginados) (18) y más reciente Carter y cols. (21) clasificaron el NSE de acuerdo al sitio de trabajo de las mujeres.

Definieron como prostitutas de NSE bajo, a aquéllas que trabajan en las calles y de NSE alto a aquéllas que lo hacían en otros lugares. Sin embargo, existe la posibilidad de que unas y otras posean las mismas características socioeconómicas y que los diferentes sitios o tipos de trabajo, sean los que les permitan el acceso a clientes de diferentes estratos sociales. La mayoría de las mujeres en nuestro estudio corresponden al NSE bajo, lo que concuerda con lo

reportado previamente por Estébanez (1) que define que la gran mayoría de las sexoservidoras provienen de sitios pobres y marginados, no gozan de buena salud por una deficiente nutrición, multiparidad o antecedentes de abortos, se encuentran sujetas a gran tensión emocional y por lo general, también son sujetos de violencia en su ámbito laboral y probablemente familiar, a lo que habría de añadir largas jornadas de trabajo, la mayoría de las veces en condiciones inadecuadas.

Asociado a esta condición socioeconómica, el nivel educativo es en general deficiente, como se observó en este estudio. Este nivel educativo deficiente representa una limitante para las campañas de instrucción para la prevención del VIH-Sida.

En Campeche y Yucatán aún no se han realizado estudios epidemiológicos en prostitutas de NSE alto, que permitan comparar la prevalencia de infección por el VIH u otras E.T.S. entre estos grupos de trabajadoras sexuales, como se ha reportado en otros lugares como Lago, Nigeria, Nueva Delhi (22), en donde se identificó que la infección a VIH se asociaba al NSE bajo de la mujer. Así, el 18% de 91 mujeres de NSE bajo fueron positivas a VIH, el 12% de 693 de nivel y el 9% de 101 de NSE alto.

Entre los factores para iniciar el ejercicio de la prostitución, figura en primer lugar, el económico, lo que interpretamos como reflejo de la crisis económica actual y que explica la tolerancia del cónyuge a la prostitución (el 18.4% de estas mujeres tenían una pareja estable).

Esto es menor a lo reportado en China (16) donde el 50.7% de las trabajadoras sexuales ejercían por factores económicos.

Es de gran importancia el uso del condón para prevenir la infección por VIH (23). Estudios hechos por Bhave y col. en Bombay, India (24), demuestran la importancia de las campañas educativas entre las trabajadoras sexuales para prevenir la infección por VIH. Este grupo reporta que al inicio del estudio pocas de ellas conocían como utilizar el condón y sólo el 1-2% preguntaban a sus clientes sobre el uso del mismo y el 98% de esta mujeres refirieron tener miedo de perder cliente al utilizarlo.

En nuestro grupo de estudio igualmente se demuestra el uso inconsistente del condón en un 54.3% de las mujeres, un 35.5% que nunca lo usaban, contra un 10.2% que siempre lo utilizaba.

Sin embargo, entre las causas para no utilizar el condón prevaleció el rechazo del cliente 66.3%, más que el temor de perder al cliente al proponer el uso del mismo 11.2%. Otras causas, como rechazo personal 3.1% y el desconocimiento de su utilidad 8.2% creemos reflejan el nivel educativo de estas trabajadoras sexuales, ya que el uso de condón fué más frecuente en el grupo de mujeres con educación primaria completa o de mayor escolaridad. Este hecho –el bajo nivel educativo- es importante de considerarse para el diseño

de estrategias de prevención, que permitan, incrementar, dada su importancia, el uso del condón.

Además, si se considera que la campaña de prevención más efectiva será aquella que la misma mujer pueda hacer y si un número significativo aún desconoce 31% o conoce poco 34% los mecanismos de transmisión, es entendible que, como consecuencia, desconozcan las medidas preventivas, o no utilicen consistentemente el condón (54.3%) lo que ha impedido una modificación efectiva de actitudes para su protección contra la infección por el VIH, a pesar de que el 69% de este grupo de mujeres reconoció que podrían adquirir la infección a través de sus prácticas de prostitución.

Si se considera además del número de parejas otros factores como riesgosos para la infección por el VIH, como lo son la relación durante la menstruación 7%, práctica de sexo oral y el coito anal (identificados en este grupo con una frecuencia del 2% respectivamente), aunado al hecho de tener prácticas con extranjeros 3.1% en nuestra serie) -considerado como un factor de riesgo aditivo si la persona proviene de una zona con alta prevalencia de drogadicción intravenosa- y la presencia de tatuajes 7.1% de la serie), y el uso inconsistente del condón 54.3%; es indudable que el grupo estudiado cumple las condiciones para infectarse por VIH si sus compañeros sexuales estuvieran infectados, así como las condiciones para ser vectores efectivos de transmisión de este virus. Aunado a estas



consideraciones, es significativa la frecuencia de antecedentes de ITS y/o úlceras genitales (8%), ya que éstas favorecen e incrementan el riesgo para la infección por VIH de 2 a 10 veces (17). Nuestros resultados son similares a lo que ocurre en otros lugares, como Nairobi, donde se reporta que las prostitutas de nivel socioeconómico bajo el 50% tenían cervicitis gonocócica, 28% úlcera genital y el 32% evidencia de sífilis (18); o en Kinshasa donde el 75% de 1233 prostitutas presentaron al menos una ETS (19). En Sao Paulo, Brasil el 66% de hetairas de nivel socioeconómico (NSE) bajo tenían evidencia de sífilis comparado con el 24% de hetairas de nivel socioeconómico alto (20).

A pesar de todas las condicionantes favorecedoras a la infección del VIH en este grupo de trabajadoras

sexuales, a diferencia de otros sitios del orbe (por ejemplo África ecuatorial, Tailandia, Brasil y República Dominicana) (25,26,27), estas mujeres no se han infectado aún. Creemos que esto se debe a dos hechos: 1) al patrón epidemiológico de transmisión que prevalece en Campeche que es el de tipo I de la OMS (28); es decir, la epidemia la están manteniendo y diseminando preferentemente hombres homosexuales y bisexuales; la baja frecuencia de contactos sexuales entre estos grupos y las mujeres prostitutas, ha impedido la contaminación de éstas. Y, 2) la ausencia de drogadicción intravenosa ha impedido la diseminación de VIH entre las trabajadoras del sexo, a través de ellas mismas o de parejas heterosexuales drogadictas intravenosas.

La posibilidad de que exista resistencia a la infección por el VIH (25) por mutación homocigota del gen del receptor CCR-5 (el correceptor de VIH) o por citotoxicidad incrementada, como respuesta a múltiples exposiciones, como se ha reportado en un grupo de prostitutas de Gambia (26) y Nairobi (27) son aspectos que deberán evaluarse en futuros proyectos.

## **CONCLUSIÓN:**

- Los conocimientos sobre los mecanismos de transmisión y factores de riesgo del VIH y E.T.S. en este grupo de mujeres estudiadas es insuficiente y en algunas no tienen conocimiento alguna de la transmisión de estas enfermedades.
- Las medidas preventivas son prácticamente nulas esto va en relación con el nivel de escolaridad que presentaron el 80% como son; analfabetismo y educación primaria.
- El factor económico fue el principal inductor de la prostitución en este grupo de mujeres estudiadas.
- La prevalencia de anticuerpos contra el V.I.H. obtenida durante el período en estudio, en esas sexotrabajadoras

fue nula contrario a las E.T.S., ya que la mayoría de ellas presentaron infecciones de este tipo.

- Es importante reforzar y continuar la campaña preventiva en este grupo de población, pues sí bien, es cierto que hasta el momento la infección entre las sexoservidoras ha ocurrido lentamente, debemos considerar que la relación entre prostitución y VIH no es estática y que las características propias a la práctica de la prostitución definen a ésta como un mecanismo idóneo para la diseminación del VIH cuando este virus afecta a este tipo de población, como ha ocurrido en otros lugares (21,22 y 23).

- El hecho de que la población de hetairas (33) que ejercen en Campeche no hayan sido infectadas por el

VIH, representa una oportunidad única para insistir en las campañas educativas con fines preventivos, en este grupo de mujeres.

- De aquí que propongamos como una alternativa para enfrentar esta problemática, incrementar las acciones del Sector Salud hacia esta población (a través de pláticas informativas sobre el VIH Sida y E.T.S. enseñanza del uso correcto del condón y la importancia de la prevención y tratamiento oportuno de los E.T.S.), de las autoridades civiles (a través de programas que ofrezcan capacitación laboral y la búsqueda de otras alternativas de empleo) y de la sociedad civil a través de la organización no gubernamental (apoyo social y de derechos humanos).

- El problema que se presentó en este grupo estudiado es la dificultad que se tiene para dar seguimiento a la vigilancia epidemiológica, ya que se reflejó en estas personas el fenómeno de migración pudiendo permitir la diseminación de las E.T.S.

- Es recomendable y primordial la educación en salud, es la acción básica en la lucha contra la propagación de la enfermedad por transmisión sexual y tendrá como propósito esencial hacer del conocimiento de la población las normas sanitarias para la prevención de dichas enfermedades. Desarrollar los hábitos de higiene del sexo y prevenir los peligros de la promiscuidad sexual.

- La problemática que encontramos para trabajar con pacientes seropositivos es la enfermedad, pero también el grado en que está influye sobre la familia. Si entendemos a la palabra familia, como relaciones afectivas independientemente de las relaciones de consanguinidad. En estos casos existe una dispersión de la unidad familiar siendo necesario un tratamiento interdisciplinario de psicólogos, médico familiar, personal de salud, etc. Para la reunificación familiar y una aceptación positiva de la enfermedad.

Como parte del sistema familiar, el individuo enfrenta a su familia a una crisis, conmoviendo a todos y modificando su historia, su estructura, su dinámica y su futuro. En este sentido los familiares viven junto con el paciente un proceso de duelo y en muchas ocasiones,



se descubren secretos familiares o individuales. Si la familia toma esta dificultad como cualquiera otra inherente a la naturaleza humana, comprendiendo al enfermo, apoyándolo y acompañándolo en toda su enfermedad, aceptándolo y atendiendo, así como se es capaz de manejar sus propios sentimientos solventará la situación económica y además hará frente a la separación social de que es víctima su familiar.

- En lo que respecta a los servicios de salud, las actividades encaminadas a prevenir y controlar la infección por el VIH, deberán articularse con servicios ya existentes para mujeres, madres y niños. Todos los servicios de atención materno infantil, planificación familiar y tratamiento de E.T.S. deben velar para que

esas actividades vayan integradas dentro de las suyas propias.

Por último, los programas de salud pública exigen la acción coordinada de las autoridades estatales y de las organizaciones filantrópicas, así como de las autoridades locales, la industria y los medios informativos. En el caso de las mujeres y el SIDA deberán ir encaminadas a evitar toda estigmatización que pueda desfavorecer socialmente a la persona afectada por el virus.

Este grupo de mujeres tienen que negarse a las prácticas sexuales arriesgadas, para la cual habrá que proporcionarles educación, conocimiento y respaldo social.

En suma esa labor de promoción exige medidas concretas y eficaces, tolerancia, equidad y una actitud solidaria.

**DATOS DEMOGRAFICOS DE 98 TRABAJADORAS  
SEXUALES CON PRÁCTICAS DE PROSTITUCIÓN  
EN EL ESTADO DE CAMPECHE, MEXICO.**

**CUADRO I**

<b>VARIABLE</b>	<b>RESULTADO</b>	
	<b>NÚMERO</b>	<b>%</b>
<b>LOCALIDAD DE TRABAJO</b>		
CAMPECHE	28	(28.6%)
CHAMPOTON	55	(56.1%)
CIUDAD DEL CARMEN	14	(14.3%)
ESCARCEGA	1	(1.0%)
<b>LOCALIDAD DE RESIDENCIA</b>		
CHAMPOTON	54	(55.1%)
CAMPECHE	30	(30.6%)
CIUDAD DEL CARMEN	14	(14.3%)
<b>ENTIDAD DE NACIMIENTO</b>		
CAMPECHE	29	(29.6%)
VERACRUZ	24	(24.5%)
TABASCO	19	(19.4%)
CHIAPAS	16	(16.3%)
OTROS ESTADOS	8	(8.1%)
GUATEMALA	2	(2.0%)
<b>CONDICION CONYUGAL</b>		
SOLTERA	34	(34.7%)
PAREJA PERMANENTE	18	(18.4%)
DIVORCIADA/SEPARADA	42	(42.9%)
<b>ESCOLARIDAD</b>		
ANALFABETA	19	(19.4%)
PRIMARIA	61	(62.2%)
SECUNDARIA	14	(14.3%)
PROFESIONAL	4	(4.1%)

No. DE PERSONAS

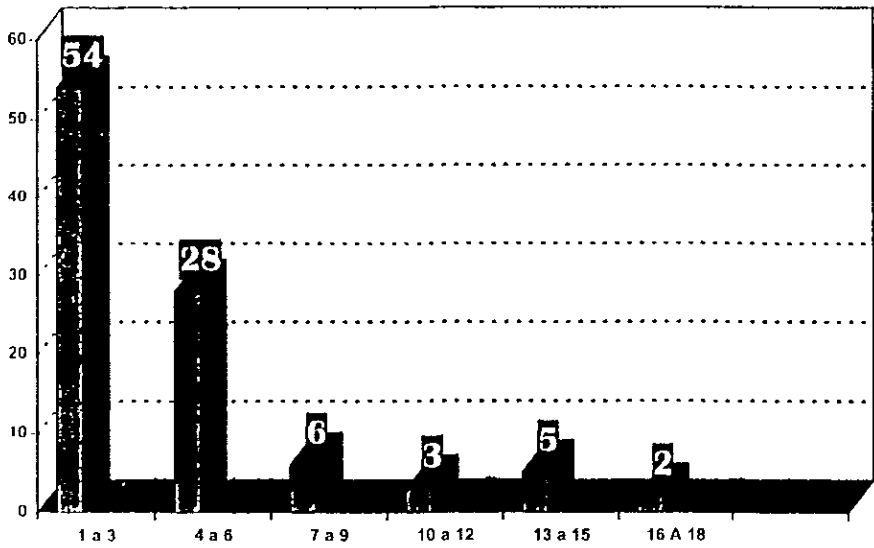
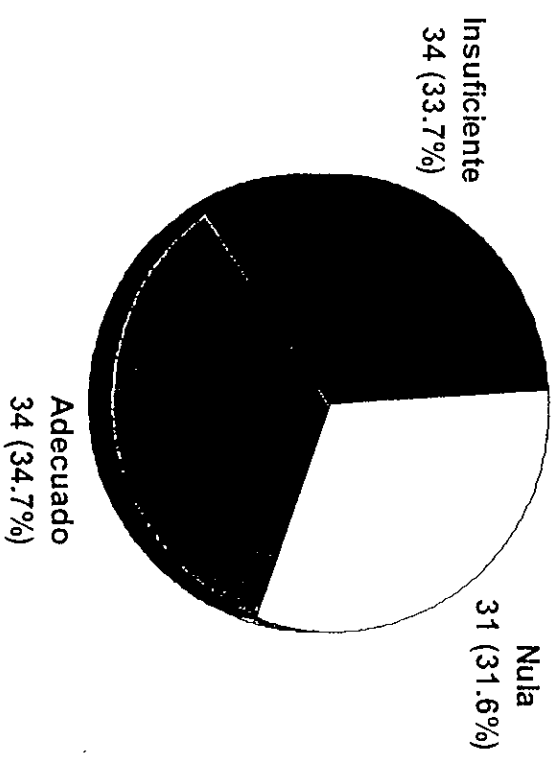


Figura 1. Tiempo de prostitución en un grupo de trabajadoras sexuales (n=98) del estado de Campeche, México.



**Figura 2**

Conocimiento sobre la transmisión del VIH en un grupo de trabajadoras sexuales (n=98) del Estado de Campeche, México

cuadro 2

**Datos demográficos en relación a la práctica del sexo comercial en un grupo de 98 trabajadoras sexuales del estado de Campeche, México.**

VARIABLE	N	PROCENTAJE
----------	---	------------

Edad

16-20	18	18.36
21-25	13	13.26
26-30	25	25.51
31-35	22	22.44
36-40	19	19.38
41-45	1	1.05

Año de inicio de la prostitución

72-77	1	1.00
78-83	5	5
84-89	18	18.36
90-95	74	76.51

Sitio de práctica de la prostitución

Calle	40	40.8
Hotel – lobby	39	39.7
Casa de citas	12	12.3
Cabarets	7	7.2

### cuadro 3

## Factores de riesgo para la infección del VIH en un grupo de 98 trabajadoras sexuales del Estado, Campeche, México

Variable	N	Porcentaje
Antecedentes de ETS*:		
Sin antecedentes	47	47.4
Una ETS	38	38.3
Dos ETS	9	9.2
Tres ETS	4	5.1
Tatuajes	7	7.1
Transfusiones	8	8.2
Uso de condón**:		
100% de veces	10	10.2
99-76% de veces	13	13.4
75-50% de veces	22	22.5
49-25% de veces	12	12.3
24-1% de veces	6	6.1
Nunca	35	35.5

\*ETS= Enfermedad de transmisión sexual

\*\* Frecuencia de uso de condón en relación a la frecuencia de prácticas sexuales.



**Cuadro 4**

**Frecuencia de las causas de rechazo del uso del condón en un grupo de trabajadoras sexuales ( n= 98) del Estado de Campeche, México**

<b>Causa</b>	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>
Rechazo del cliente	65	66.3
Temor al rechazo del cliente	11	11.2
Desconocimiento de su uso	8	8.2
Factor económico	3	3.1
Rechazo personal	3	3.1

## Cuadro 5

### Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual en un grupo de trabajadoras sexuales (n=41) del Estado de Campeche, México

Enfermedad	N	Porcentaje
Trichomona	17	17.3
Leucorrea	15	15.3
Gonorrea	11	11.2
Úlcera genital	8	8.2
Candidiasis	7	7.1
Condiloma	5	5.1
Sífilis	2	2
Hepatitis C	2	2
Hepatitis B	1	1

## Cuadro 6

**Prevalencia de prácticas sexuales considerados como de alto riesgo para la infección por el VIH en un grupo (n=98)de trabajadoras sexuales del Estado de Campeche, México**

<b>Variable</b>	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>
RS durante la menstruación	7	7.2
RS anal	2	2
RS oral	2	2
RS con extranjeros	3	3.1

\*RS = relaciones sexuales

## REFERENCIAS:

1. Chin J. Global estimates of VIV infections and AIDS cases: 1991. AIDS 1991; (supp 2): 557-561.
2. Holmberg SD, Horsburgh CR, Ward JW, Jaffe HW. Biologic Factors in the sexual transmission of human immunodeficiency virus. J Infect Dis 1989; 160:116-125.
3. Padian NS, Shiboski SC, Jewell NP. Female to male transmission of human immunodeficiency virus. JAMA 1991;266: 1664-1667.
4. Pepin J, Dunn D, Gaye J, et al. HIV-2 infection among prostitute working in the Gambia: association with serological evidence of genital ulcer diseases and with generalized lymphadenopathy. AIDS 1991; 5: 69-75.
5. Nzila N, Laga M, thiam MA, et al. VIH and other sexually transmitted diseases among female prostitutes in Kinshasa. AIDS 1991;5:715-721.
6. Hira SK, Kawanga J, Macuacua R, Mwansa N, Cruess DF, Perine PL. genital ulcers and male circumcision as risk factor for acquiring HLV-1 in Zambia. J Infect Dis 1990;161:584-585.

7. Carter KH, Harry BP, Jeune M, Devian N. HIV risk perception, risk behavior, and seroprevalence among female commercial sex workers in Georgetown, Guyana. *Rev Panam. Salud Publica-Pan Am J Public Health* 1997; 1: 451-458.
8. Simonsen JN, Plummer FA, Ngugi EN, et al. HIV infection among lower socioeconomic strata prostitute in Nairobi . *AIDS* 1990; 4: 139-144.
9. Van de Perre P. Carael M. Robert-Guroff M. et al. Female prostitutes a risk group for infection with human T-cell lymphotropic virus type III *Lancet* 1985;2:524-527. Kreiss JK,, Koech Plumer FA, et al. AIDS virus infection in Nairobi prostitutes. Spread of the epidemic to east Africa. *N Engl J Ned* 1986;314:414-418.
10. De Meiss C, De Vasconcellos ACP, Linhares D, Andrada-Serpa MJ. Hiv -1 infection among prostitute in Rio de Janeiro, Brazil . *AIDS* 1991;5:236-237.16. Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos. Situación del SIDA en México. Datos
11. Estébañez P, Fitch K, Najera R. El VIH y las Trabajadoras Sexuales . *Bol. Of Sanit Panam* 1993;115:415-437.

12. Piot P, Plummer FA, Rey M, et al. Retrospective seroepidemiology of AIDS virus infection in Nairobi populations. *J Infect Dis* 1987;155:1108-12.
13. Onorato I, Klaskal W, Morgan M and Wittthum D. Prevalence, incidence, and risks for HIV-1 infection in femalesex workers in Miami, Florida *J AIDS* 1995;9:395-400.
14. Situación del SIDA en México. Dato actualizados hasta el cuaro trimestre de 1995. *SIDA-ETS* 1995; 1(3): I-XXI
15. Góngora – Biachi R, Pavía- Ruz N. González - Martínez P, Puerto-Manzano F. F. Female prostitution in Yucatán, México. Fourth RCMI International Aids Symposium. San Juan, Puerto Rico. November 3-4, 1994:56.
16. Góngora –Biachi R, González-Martínez P. Anticuerpos contra el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en una población de prostitutas de Mérida, Yucatán, México. *Rev Invest Clin* 1987;39:305-306.
17. Somse P. Chapko MK Hawkins RV. Multiple sexual partners: results of a national HIV-AIDS survey in the Central African Republic. *AIDS* 1993;7:51999-583.

18. Center for Diseases Control. Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. MMWR 1992;41:1-19.
19. Gil VE, Wang MS, Anderson AF, et. Al. Prostitutes, prostitution y STD/HIV transmission in Mainland China. Soc. Sci Med 1996; 141-152
20. Vazquez-Campuzano R. Enfermedades de Transmisión Sexual Epidemiología, 1996; 13:1-2
21. Simonsen JN, Plummer FA, Ngugi EN, et. Al. HIV infection among lower socioeconomic strata prostitutes in Nairobi. AIDS 1990; 4:139-143
22. Maciel E. Brasil: un riesgo más en un mundo de riesgos. Acción en SIDA-, No. 25, Abril-Junio 1995; 10-11
23. Mastro TD, Limpakarnjanarat K. Condom use in Thailand: how much is it slowing the HIV/AIDS epidemic? AIDS 1995; 9:523-525
24. Bhave G, Lindan ChP, Hudes ES, et. Al. Impact of an intervention on HIV, sexual transmitted. Diseases; and condom use among sex workers in Bombay, India AIDS 1995; 9 (suppl. 1): S21-S20

25. Castro KG, Harvy AM, Currant JW. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida: Sida Epidemiología y Riesgo de Transmisión Clin Med North Am (edd esp) 1986; 70:675-686
26. Nzila N. Laga M. Thiam MA, et. Al. HIV and other sexually transmitted diseases among female. Prostitutes in Kinshasa. AIDS 1991; 5:715-721
27. Lurie P. Lemos – Fernandes ME, Hughes V. et. Al. Socioeconomic status and risk of HIV-1. Syphilis and hepatitis B infection among sex workers in Sao Paulo State, Brazil, AIDS 1995; 9, (suppl. 1): S31-S37
28. Visrutaratna S. Lindan ChP. Sirhorachai A. Mandel JS. "Superstar" and "Model brothel": developing and evaluating a condom promotion program for sex establishments in Chiang Mai Thailand. AIDS 1995; 9 (suppl. 1): S69-S75
29. Cortes E. Detels R. Aboulaflia D. Et. Al. HIV-1, HIV-2, AND HTLV-1 infection in high-risk Groups in Brazil. N. Engl J Med 1989; 320:953-958
30. Garris I Rodríguez EM. De Moya EA, et. al. El predominio heterosexual del SIDA en la República Dominicana. Bol Of anit Pnan 1993; 115:111-117.



31. Samson M. Libert F. Dorawz BJ. et. al. Resistance to HIV-1 infection in caucasian individuals. Bearing mutant alleles of the CCR-5 chemokine receptor gene. Nature 1996; 382:722-725
32. Rowland – Jones S. Are some people in herently resistant to HIV infection? Current Medical Lterature Infectious Diseases 1995; 8:103-107
33. Diccionario de la Lengua Española. Decimonovena Edición 1970. Real Academia Española. Pag. 704.
34. Fuenzalida P, Linares P, et al. Aporte de la Etica y el Derecho al Estudio del SIDA. Organización Panamericana de Salud. 1991. 139:157.

# **A N E X O S**

**CONASIDA**

---

CONSEJO NACIONAL  
DE PREVENCIÓN  
Y CONTROL  
DEL SIDA

**HOJA DE CONSENTIMIENTO  
PARA REALIZARSE LA PRUEBA  
SEROLOGICA  
PARA LA DETECCION DEL VIH.**

EL QUE SUSCRIBE, CON NÚMERO DE REGISTRO \_\_\_\_\_ EN EL  
CONSEJO NACIONAL, MANIFIESTA QUE HE RECIBIDO ASESORÍA ACERCA DE LA INFECCIÓN POR EL  
VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) Y EL SÍNDROME DE  
INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

ADemás, TUVE LA OPORTUNIDAD DE HACER ALGUNAS PREGUNTAS, CUYAS  
RESPUESTAS FUERON SATISFACTORIAMENTE RESPONDIDAS POR EL PERSONAL DE ESTE  
CENTRO DE INFORMACIÓN Y DETECCIÓN

ASIMISMO, HE RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE LAS VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE  
REALIZARSE LA PRUEBA SANGUÍNEA PARA LA DETECCIÓN DEL VIH, ASÍ COMO EL  
SIGNIFICADO DE UN RESULTADO NEGATIVO O POSITIVO.

ME HAN INDICADO TAMBIÉN, QUE TODOS LOS DATOS QUE PROPORCIONE AL  
CONSEJO NACIONAL, SERÁN UTILIZADOS DE MANERA ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL, Y SI ES  
MI VOLUNTAD, CONSIDERARLOS DE MANERA ANÓNIMA

POR LO TANTO DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE ME REALICE LA PRUEBA DE  
DETECCIÓN DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA (VIH)

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FECHA

SERVICIOS COORDINADOS DE SALUD PUBLICA EN EL ESTADO DE CAMPECHE  
 SUBJEFATURA DE REGULACION SANITARIA  
 CENTRO ESTATAL DE LA TRANSFUSION SANGUINEA  
 CENTRO DE INVESTIGACION " DR. HIDEYO NOGUCHI"  
 ESTUDIO VIH

1 - NOMBRE \_\_\_\_\_ 2.- No. REGISTRO \_\_\_\_\_ 3.- CLAVE \_\_\_\_\_

4 - LUGAR DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

6 - FECHA DE ENTREVISTA \_\_\_\_\_ 7.- ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_

8 - EDAD \_\_\_\_\_ 9.- DIRECCION \_\_\_\_\_

10- LUGAR DE RESIDENCIA \_\_\_\_\_ 11.- TIEMPO DE RESIDENCIA \_\_\_\_\_

12- ZONA URBANA \_\_\_\_\_ 13.- ZONA RURAL \_\_\_\_\_ 14.- LUGAR Y TEMPO RESID. ANT. \_\_\_\_\_

15- OCUPACION ACTUAL \_\_\_\_\_ 16- OCUP. PREVIA \_\_\_\_\_ 17- EDO. CIVIL \_\_\_\_\_

18- INIC. VSA \_\_\_\_\_ 19- EMBARAZO \_\_\_\_\_ 20-FACTOR INDUCTOR A PROSTITUCION \_\_\_\_\_

21.- FECHA INICIO PROSTITUCION \_\_\_\_\_ 22 - TIEMPO DE PROSTITUCION \_\_\_\_\_

23.- PROSTITUCION \_\_\_\_\_ 24-ZONA URBANA \_\_\_\_\_

25- ZONA RURAL \_\_\_\_\_ 26- TIPO PROSTITUCION \_\_\_\_\_

27- No PAREJAS PERMANENTES \_\_\_\_\_ 28.-TIEMPO PERMANENCIA CONYUGAL \_\_\_\_\_

PAREJA 1 \_\_\_\_\_ PAREJA 2 \_\_\_\_\_ PAREJA 3 \_\_\_\_\_

PAREJA 4 \_\_\_\_\_ 29.- TRANSFUSION \_\_\_\_\_ 30-FECHA TRANSF \_\_\_\_\_

31- SITIO DE TRANSFUSION \_\_\_\_\_ 32 - TIPO UNIDAD \_\_\_\_\_

33 - No UNIDADES \_\_\_\_\_ 34 - No HIJOS \_\_\_\_\_

HIJO	EDAD	TIEMPO DE LACTANCIA
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

35- SITIOS DONDE HA EJERCIDO LA PROSTITUCION:

SITIO	FECHA INICIAL	FECHA FINAL
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

36- INGRESO POR P. SEXUAL \_\_\_\_\_ 37- INGRESO MENSUAL \_\_\_\_\_

38- PROM PRACT SEXUALES-MES \_\_\_\_\_ 39-PROM.PAREJAS SEXUALES-MES \_\_\_\_\_

40- PROM PAREJAS FIJAS / MES \_\_\_\_\_

41- CONOCIMIENTO SOBRE MECANISMO DE TRANSMISION DEL VIH \_\_\_\_\_

42- CONOCIMIENTO ERRONEO SOBRE MEC. TRANSMISION DEL VIH.

- 01.- USO DE PISCINAS Y TANQUE ( )
- 02.- BESOS, SALUDOS Y ABRAZOS ( )
- 03 - UTENSILIOS PERSONALES (PLATOS, ROPAS, SABANAS Y TOALLAS ). ( )
- 04 - EL USO DE CONDON NO FUNCIONA ( )
- 05.- SEXO ORAL ES SEGURO ( )
- 06 - NINGUN CONOCIMIENTO ( )

CONOCIMIENTO DE MEDIDAS PREVENTIVAS DEL VIH

- 01.- NINGUNO ( )
- 02.- USO DEL CONDON ( )
- 03 - USO DE JERINGAS ESTERILES ( )
- 04.- SANGRE SEGURA ( )
- 05 - MONOGAMIA ( )

EN SUS RELACIONES SEXUALES VAGINALES EN QUE PORCENTAJE UTILIZA USTED CONDON \_\_\_\_\_%

MODIFICACION DE HABITOS SEXUALES DEBIDO AL SIDA

- 01.- EVITAR PRAC. CON HOMOSEXUALES ( )
- 02.- UTILIZAR ESPERMICIDAS ( )
- 03.- EVITAR CONTACTOS CON EXTRANJEROS ( )
- 04.- CAMBIO DE ACTITUDES NO EECTIVAS ( )
- 05.- EVITAR CONTACTO ANAL ( )
- 06.- EVITAR CONTACTO ORAL ( )
- 07.- NINGUNA ( )
- 08.- EVITAR CON PERSONAS FORANEAS DEL ESTADO ( )

46.- SEÑALAR EL AÑO EN QUE EMPEZO A MODIFICAR SUS HABITOS \_\_\_\_\_

47.- RAZON POR LA BAJA O NULA UTILIZACION DEL CONDON: \_\_\_\_\_

- 01 - SI LO USO ( )
- 02.- RECHAZO DEL CLIENTE ( )
- 03.- FACTOR ECONOMICO ( )
- 04 - DESCONOCIMIENTO DE SU UTILIDAD ( )
- 05.- RECHAZO PERSONAL ( )
- 06 - MIEDO AL RECHAZO DEL CLIENTE ( )
- 07 - OTROS ( )

48.- ¿ESTA CONCIENTE QUE EN LA PRACTICA DE PROSTITUCION PUEDE ADQUIRIR SIDA?

SI ( ) NO ( )

49.- COMPORTAMIENTO SEXUAL.

TIENE REL. SEXUALES DURANTE SU MENSTRUACION \_\_\_\_\_%

EN SUS RELACIONES SEXUALES EXISTE PENETRACION ANAL \_\_\_\_\_%

CUANDO TIENE CONTACTO ANAL USA CONDON \_\_\_\_\_%

50.- EN SUS RELACIONES ¿PRACTICA SEXO ORAL? \_\_\_\_\_% SI ( ) NO ( )

ACTIVA ( ) PASIVA ( )

PRACTICAS DESPUES DEL CONTACTO SEXUAL.

51 - UTILIZA ESPERMICIDA

- 01.- NUNCA ( )
- 02 - AGUA Y JABON ( )
- 03.- DUCHA VAGINAL ( )
- 04.- JALEA ( )
- 05 - OVULOS ( )

52. UTILIZA METODOS ANTICONCEPTIVOS

- 01.- NINGUNO ( )
- 02.- HORMONALES ( )
- 03 - SAI.PINGOCLASIA ( )
- 04 - D.I.U. ( )
- 05 - HISTERECTOMIA ( )

53 - HA TENIDO CONT. CON EXTRANJERO SI ( ) NO ( ) IGNORA ( )

NUMERO \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_ PROCEDENCIA \_\_\_\_\_

NUMERO \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_ PROCECENCIA \_\_\_\_\_

NUMERO \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_ PROCEDNECIA \_\_\_\_\_

54 -HA TENIDO CONT. CON BISEXUALES SI ( ) NO ( ) IGNORA ( )

NUMERO \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

55.- HA TENIDO CONT CON VIH (+) SI ( ) NO ( ) IGNORA ( )

NUMERO \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

56 - HA TENIDO CONT CON POLITRANSF. SI ( ) NO ( ) IGNORA ( )

NUMERO \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

57 - HA TENIDO CONT CON DROGADICTOS SI ( ) NO ( ) IGNORA ( )

NUMERO \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

58 - HA UTILIZADO DROGAS I V SI ( ) NO ( ) AÑO \_\_\_\_\_

59 - SI HA REALIZADO TATUAJES SI ( ) NO ( ) AÑO \_\_\_\_\_

60 - EN QUE LUGAR SE EFECTUO EL TATUAJE \_\_\_\_\_

61 - HA UTILIZADO JERINGAS NO ESTERILES SI ( ) NO ( ) AÑO \_\_\_\_\_

62 - DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES VENEREAS

ENFERMEDAD		FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
HERPES	( )	_____	_____	_____	_____
SIFILIS	( )	_____	_____	_____	_____
GONORREA	( )	_____	_____	_____	_____
CONDILOMA	( )	_____	_____	_____	_____

		FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
TRICHIOMONAS	( )	_____	_____	_____	_____
CANDIDIASIS	( )	_____	_____	_____	_____
CHANCRO	( )	_____	_____	_____	_____
CLAMYDIA	( )	_____	_____	_____	_____
HEPATITIS B	( )	_____	_____	_____	_____
HEPATITIS C	( )	_____	_____	_____	_____
H DUCREYI	( )	_____	_____	_____	_____
LEUCORREA	( )	_____	_____	_____	_____
ULCERA GENIT	( )	_____	_____	_____	_____

63 - ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES SISTÉMICAS

HERPES ZOSTER	DX. MEDICO ( )	PACIENTE ( )
DERMATITIS EXFOLIAT	DX MEDICO ( )	PACIENTE ( )
ARTRALGIAS-ARTRITIS	DX. MEDICO ( )	PACIENTE ( )
UVULITIS	DX. MEDICO ( )	PACIENTE ( )
PARAPARESIA ESPAST. MILLOPAHIA	DX. MEDICO ( )	PACIENTE ( )
ADENITIS	DX. MEDICO ( )	PACIENTE ( )



ENF PULM.CRONICA	DX. MEDICO	( )
LI.PRA	DX. MEDICO	( )
PALUDISMO	DX. MEDICO	( )
INSUF- RENAL CRON.	DX. MEDICO	( )
CANCER	DX MEDICO	( ) TIPO_____
NI-UMONIA BACT.	DX. MEDICO	( )

64 - AUTOMEDICACION EN QUE CASOS: SI ( ) NO ( )

SOSPECHA CLIENTE INFECTADO ( )

MANIFESTACIONES CLINICAS ( )

PROFILAXIS PERIODICA ( )

TIPO DE MEDICACION \_\_\_\_\_

CON QUE FRECUENCIA \_\_\_\_\_

65 - CITOLOGIA VAGINAL \_\_\_\_\_

66 - EXAMEN FISICO PESO HABITUAL \_\_\_\_\_ PESO ACTUAL \_\_\_\_\_

DIFERENCIA (%) \_\_\_\_\_

LESIONES PERSISTENTES: \_\_\_\_\_

ADENOMEGALIA \_\_\_\_\_ SITIO \_\_\_\_\_

CANDIDIASIS ORAL \_\_\_\_\_

HERPES ORAL \_\_\_\_\_

LESIONES DERMATITIS EXFOLIATIVA \_\_\_\_\_

ARTRITIS/ARTRALGIA \_\_\_\_\_

TRASTORNOS VISUALES \_\_\_\_\_

OJO "ROJO" \_\_\_\_\_

67 - EXAMEN GINECOLOGICO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_