



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE LAS
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN LAS
TRABAJADORAS SEXUALES EN EDAD FÉRTIL DEL CENTRO
DE SALUD ALBERTO BARTON DEL CALLAO, MARZO 2015**

TÉSIS PRESENTADO POR:

BACHILLER ROCÍO VICTORIA JURADO TOLEDANO

PARA OPTAR:

EL GRADO DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

Lima, 2015

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
RESUMEN.....	VI
ABSTRACT.....	VII
INTRODUCCIÓN.....	VIII

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1 Descripción de la Realidad Problemática.....	1
1.2 Delimitación de la Investigación.....	7
1.3 Formulación del Problema.....	8
1.3.1 Problema Principal.....	8
1.3.2 Problemas Secundarios.....	8
1.4 Objetivos de la Investigación.....	8
1.4.1. Objetivo General.....	8
1.4.2. Objetivos Específicos.....	8
1.5 Hipótesis y Variables de la Investigación.....	8
1.5.1. Hipótesis Principal.....	8
1.5.2. Variables e Indicadores.....	8
1.5.3. Cuadro de constratación de variables.....	9
1.6 Diseño de la investigación.....	11
1.6.1 Tipos de investigación.....	11
1.6.2 Nivel de Investigación.....	11
1.6.3 Método.....	11
1.7 Población y Muestra de la Investigación.....	11
1.7.1 Población.....	11
1.7.2 Muestra.....	11
1.8 Técnica e Instrumento de Recolección de Datos.....	13
1.8.1 Técnicas.....	13
1.8.2 Instrumentos.....	13
1.9 Justificación e Importancia de la Investigación.....	15

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación.....	16
2.2 Bases Teóricas.....	25
2.3 Definición de Términos Básicos.....	54

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

ANEXOS:

- Fuentes de Información.
- Matriz de Consistencia.
- Operacionalización de Variables.
- Encuesta.
- Consentimiento informado
- Otros.

DEDICATORIA

A mis Padres Claudio y Rosalía por el apoyo incondicional y ejemplo a seguir en mi formación académica.

A mis Hermanos por su apoyo constante y paciencia para la realización de la presente investigación.

A mi Esposo e Hijo que siempre estuvieron alentándome y apoyándome para culminar lo que en un momento se inició.

AGRADECIMIENTO

Al Dr. Gerardo Ronceros, mi asesor de tesis, por su gran capacidad y experiencia como docente de investigación.

Al Lic. Humberto Alarcón Decheco, Jefe de Unidad de Investigación de la DIRESA del CALLAO, por brindarme su apoyo para la aplicación del instrumento de Tesis.

Al Dr. Javier Salvatierra, quien se encuentra a cargo del consultorio de medicina (PROCETSS), por su gran calidad humana y conocimiento sobre la población de investigación.

A las Trabajadoras Sexuales por su tiempo y apoyo en el servicio de medicina (PROCETSS).

RESÚMEN

Introducción: La trabajadora sexual, debido al oficio que desempeñan y su limitado acceso a los servicios de salud, sumado con sus actitudes sexuales de riesgo, las colocan dentro de un grupo vulnerable, cuyo accionar repercute de manera indirecta en la salud de nuestro país.

Objetivos: Nivel de conocimiento y Actitud sobre las Infecciones de Transmisión Sexual en las Trabajadoras Sexuales en Edad Fértil.

Materiales y Método: Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, aplicativo, transversal y con enfoque cuantitativo. Se recolectó los datos mediante una encuesta la cual fue validada previamente por juicios de expertos. Los resultados del cuestionario fueron ingresados a una base de datos SPSS para luego ser procesados. Se encuestaron a 142 Trabajadoras Sexuales respectivamente, de las cuales el 46.5.4% (66) se encuentran en el grupo de 25 a 34 años, que asistieron al CERITSS del Centro de Salud Alberto Barton del Callao en el período establecido.

Resultado: Del estudio cuantitativo se obtuvo como resultado un nivel conocimiento medio del 59.9 % (84), y como resultado una actitud positiva el 59.2% (84) sobre las ITS en las Trabajadoras Sexuales.

Palabras clave: Conocimiento; Actitud; Infecciones de Transmisión Sexual; Trabajadora sexual.

ABSTRACT

Introduction: The sex worker, because of the office they play and their limited access to health services, coupled with sexual risk attitudes, place them in a vulnerable group, whose actions impact indirectly on the health of our country.

Objectives: Level of knowledge and attitude on Sexually Transmitted Infections in Reproductive Age Sex Workers.

Materials and Methods: A descriptive, prospective application, transversal and quantitative approach study was conducted. Data was collected through a survey which was previously validated by expert judgment. The questionnaire results were entered into a SPSS database for later processing. They surveyed 142 female sex workers respectively, of which 46.5.4% (66) are in the group of 25 to 34, who attended the CERITSS Health Center Alberto Barton of Callao in the set period.

Result: the quantitative study was obtained resulted in an average 59.9% knowledge level (84), and as a result a positive attitude 59.2% (84) on STIs in sex workers.

Keywords: Knowledge; Attitude; Sexually Transmitted Infections; sex worker.

INTRODUCCIÓN

El Trabajo Sexual es un oficio muy antiguo, a menudo ilícito, por consiguiente clandestino. Por esto es difícil determinar la magnitud real de la industria del trabajo sexual, que ha tomado fuerza y aumentado con el pasar de los años en nuestro país; en la mayoría de los casos debido a la crítica situación económica de gran parte de la población, que ha llevado a muchas mujeres a decidir generar ingresos a través del ejercicio de la prostitución, hablamos de las denominadas “Trabajadoras Sexuales”.

En el caso de las mujeres trabajadoras sexuales resulta claro que su condición de género las coloca en relaciones desiguales de poder y de inequidad, no sólo con los hombres con los que se relacionan en el ámbito laboral, sino también en el espacio doméstico, en donde generalmente pierden su individualidad para asumir múltiples responsabilidades en su condición de madres/mujeres.

Debido al trabajo que realizan y el contacto con múltiples parejas sexuales, las Trabajadoras Sexuales y sus clientes tienen tasas significativas más altas de contagio de ITS en comparación con otros grupos de población de nuestro país. Se desconoce todavía el alcance real de la transmisión de ITS de las trabajadoras sexuales y el oficio que realizan repercuten en la salud del país.

En nuestro país, a pesar que esta actividad no está reglamentada legalmente, existen mecanismos regulares como: la pena privativa para el ejercicio del “proxenetismo” y “promoción de la prostitución”; en nuestro país el Ministerio de Salud es el único ente autorizado a señalar las pautas de intervención en salud orientadas a la atención médica periódica y prevención de las ITS/VIH en miembros de grupos con alta frecuencia de ITS.

Actualmente existe poca información de trabajos de investigación sobre prostitución; los pocos que existen se centran en la prestación de servicios, prevención de infecciones, un enfoque eminentemente epidemiológico, no se trabaja con las mismas protagonistas de este problema, de su percepción y actitud de los riesgos de su trabajo.

Nosotros como Obstetras, Personal de Salud líder en salud sexual y reproductiva de las mujeres, estamos en obligación de brindar una atención de calidad y con calidez acorde al oficio que el paciente desempeñe; sabemos que el trabajo sexual coloca a quien lo ejerce en una situación de riesgo muy grande más que cualquier otra persona que no lo practica, sumado a ello, el limitado acceso a los servicios de salud producto del estigma y la discriminación del cual son objeto estas mujeres; dan como consecuencia que tengan una información limitada o insuficiente a lo que a su sexualidad y estilos de vida saludables se refiere y que tengan en su mayoría actitudes sexuales de riesgos que las colocan aún más dentro de un grupo vulnerable. Por ello es necesario ahondar aún más en problemas que repercute tanto la salud de nuestro país.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.

El Trabajo Sexual, al igual que muchos fenómenos sociales, ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad. Por eso es difícil determinar la magnitud real de la industria del trabajo sexual, aunque se reconoce que es importante y que en los últimos años parece haber aumentado. Este aumento se ha atribuido a diversos factores, incluidos los cambios en las condiciones políticas, civiles y socioeconómicas y la mayor movilidad de la población ⁽¹⁾. El trabajo sexual es una forma de vida que subsisten miles de hombres y mujeres alrededor del mundo a pesar de los problemas de salud, marginación, discriminación y violencia que sufren ⁽²⁾.

En el Perú, la práctica de las trabajadoras del sexo se rige básicamente por el nivel socioeconómico de las colectividades o personas que trabajan en este oficio ⁽³⁾.

Las trabajadoras sexuales se han considerado como uno de los núcleos de propagación de la mayoría de Infecciones de Transmisión Sexual, y los hombres que se relacionan con ellas, ya sea en un contexto comercial o no, juegan un importante papel en llevar la infección al resto de la población, por lo que dichos sectores “de enlace” pueden ser tan importantes como los propios núcleos de propagación en los programas

de prevención directa. Otro importante núcleo de propagación son las parejas habituales (sin relación comercial) de las trabajadoras sexuales ⁽⁴⁾.

En general se considera al trabajo sexual como una ocupación que se caracteriza por la precariedad, desprotección sexual y de salud, riesgos y estigma sociocultural. Además en diferentes países del mundo se ha definido como una actividad “ilegal”, como ocurre en diferentes áreas de Centroamérica y México ⁽⁵⁾.

De otro lado, las conductas sexuales riesgosas facilitan la transmisión de las Infecciones de Transmisión Sexual y el Virus de Inmunodeficiencia Humana. Las trabajadoras sexuales son claves para estas enfermedades, y la principal vía de transmisión continúa siendo la relación coital o anal. Éste es el grupo centinela con la población general ⁽⁶⁾.

Entre las causas de inicio en el trabajo sexual identificadas por la Organización de las Naciones Unidas (2003), se encuentra la marginalidad, necesidades sociales y económicas, la disfuncionalidad familiar, mujeres sin familia o lejos de ellas, madres solteras, el consumo de drogas asociada al sexo por dinero, los proxenetas, la inmigración ilegal o forzada y el aumento en los índices de desempleo ⁽⁷⁾; como todos sabemos cada causa tiene su efecto, y en el mundo del trabajo sexual esto no está oculto. Existen múltiples efectos que derivan de cada una de las causas, por las cuales una persona se adentra en el ejercicio del trabajo sexual. Los principales efectos que están patentes en nuestra sociedad actual y a los cuales tiene que enfrentarse la persona que lo practica son: marginalidad y discriminación social y laboral, posibilidad de inclusión en el alcoholismo y la drogadicción, exposición constante a personas desconocidas, lo cual implica el correr un potencial riesgo físico, además de psíquico, posibilidad de contagio y transmisión de Infecciones de Transmisión Sexual.

Todos estos efectos conllevan a su vez, a desarrollar en la persona que se dedica al trabajo del sexo, una elevada falta de autoestima y habilidades sociales, se ven reducidos del mismo modo, sus mecanismos de integración social, desprotección por depender del proxeneta y del cliente, aprendizaje sociales negativas (desconfianza, hostilidad, y violencia, conductas vejatorias, dificultad para las relaciones adecuadas), sin mencionar la probabilidad de rupturas de lazos familiares por el fuerte estigma que arrastra consigo el trabajo sexual ⁽⁸⁾.

En los últimos años se ha observado en España (2009) un cambio importante en las mujeres trabajadoras del sexo (TS), sobre los distintos antecedentes culturales y religiosos o los principios sobre la salud y el sexo de estas personas y las dificultades de acceso a los recursos asistenciales y de información, pueden dar lugar a una mayor vulnerabilidad frente al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) en esta población ⁽⁹⁾. El 85% de las mujeres que se dedican al trabajo sexual en España, son extranjeras. El hecho de que estas mujeres no sean españolas, complica todo mucho más, ya que estas son más vulnerables porque se encuentran generalmente, en situación de ilegalidad, pobreza y con grandes cargos familiares ⁽⁸⁾.

Según ONUSIDA (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA), la vulnerabilidad en el grupo de las trabajadoras sexuales se relaciona fundamentalmente con factores sociales y económicos, factores asociados al estilo de vida, la inexistencia de recursos o programas específicos de prevención y, finalmente, el acceso limitado a los servicios de salud ⁽⁹⁾.

Esta situación de vulnerabilidad puede agravarse en contextos fronterizos, este es el caso de la frontera Costa Rica-Nicaragua, donde la mayoría de las trabajadoras sexuales es de nacionalidad nicaragüense, la frontera México- Guatemala, donde predominan hondureñas, salvadoreñas y nicaragüenses, o de la frontera México-Estados Unidos, donde son mexicanas las que representan la mayor proporción.

En México, Centroamérica y el Caribe se han realizado estimaciones sobre la prevalencia de ITS y VIH en trabajadoras sexuales para diferentes regiones: en República Dominicana fue de 25-29% de ITS sin diferenciar por tipo de ITS; en Honduras fue de 3.3% relacionado a clamidia; Guatemala fue de 8.7% para VIH; en la frontera norte de México, gonorrea 4%, sífilis 10%, clamidia 13%, VIH 5%, en la frontera México-Guatemala, 86% herpes genital. Los datos epidemiológicos colocan a este grupo laboral como población en más alto riesgo de transmisión de ITS y VIH respecto a la población general ⁽⁵⁾.

Según el informe de ONUSIDA en Nicaragua del año 2007 la situación de la epidemia del VIH en América Latina se mantuvo estable y la transmisión del VIH sigue produciéndose en poblaciones de mayor riesgo de exposición entre ellas profesionales del sexo. Por otra lado ONUSIDA refiere que el total estimado por VIH en 2007 fue de 140.000 de las cuales 63.000 personas fallecieron a causa del SIDA; se han registrado elevados niveles de prevalencia del VIH entre profesionales femeninas del sexo como en Honduras (10%), Guatemala (4%), y El Salvador (3%), pero una baja prevalencia (0.2%) en Nicaragua y Panamá ⁽¹⁰⁾.

Según el Plan Estratégico Nacional (PEN) de VIH, SIDA y las ITS en Costa Rica en el año 2013, se identifican varios grupos en condiciones de vulnerabilidad, entre los cuales se consideran prioritarios los siguientes: trabajadores/as sexuales, personas privadas de libertad, adolescentes, mujeres y hombres que tienen sexo con hombres (HSH).

El PEN señala que en Costa Rica hay aproximadamente 8,750 mujeres trabajadoras del sexo, de los cuales 2.700 han consultado la Unidad de Control de ITS/VIH-SIDA dando como resultado que 25 TS estaban infectadas por el VIH/SIDA. La unidad de control que pertenece a la Clínica Moreno Cañas ha informado que de cada 100 trabajadoras del sexo que consultan, 6 tienen sífilis y 1 es VIH positiva.

Según estudios de Campos et al. (2009) las mujeres trabajadoras del sexo consideran que experimentan riesgos de contraer enfermedades y

usan ampliamente el condón, sin embargo casi el 3% estaban dispuestas a no usarlo a cambio de pago extra, en comparación a 23% en México que recibieron pago adicional a cambio de relaciones sexuales sin condón ⁽¹¹⁾.

En el año 2013 se reveló un inédito trabajo de investigación presentada por un grupo de médicos paraguayos en el Congreso Mundial de ITS y VIH/SIDA que se desarrolla en Viena, titulada “Infecciones por VIH/sífilis y comportamientos de riesgo en mujeres trabajadoras sexuales en el Paraguay”, la investigación contó con el apoyo de las Naciones Unidas y se centró en seis regiones sanitarias como: Asunción, Central, Alto Paraná, Itapúa, Amambay y Caaguazú. Indicó que la prevalencia del VIH fue del 2,5%. Es decir, de 100 trabajadoras sexuales, dos se encuentran con la infección por VIH “lo que se considera alto para el país, pues a nivel mundial generalmente la prevalencia es menor a 1%”. Mencionó que de las 659 mujeres que participaron del estudio, 97 dieron positivo a sífilis y de esta cifra, el 19% son menores de 19 años. En tanto que el 28% restante son de 19 a 24 años y otro 23% son de 25 a 29 años ⁽¹²⁾.

La prevalencia de Vaginosis Bacteriana en un estudio realizado en el año 2011 en Chile; informó que es la infección vaginal más frecuente en mujeres en edad reproductiva, así como también en mujeres que ejercen el comercio sexual. La prevalencia de VB hallada en la muestra del presente estudio fue de 69,1%. Se puede observar que 52,1% de las mujeres sanas y 52,3% de las mujeres con VB eran mayores de 30 años, es decir que la edad no resultó una variable de significación estadística. También se puede ver que el síndrome afectó significativamente menos a las trabajadoras sexuales casadas o en unión consensual, sugiriendo que esta condición civil podría constituir un factor protector. Así en trabajadoras sexuales brasileñas se encontró una prevalencia de 51% y en indias de 45%, donde también se la asoció a sífilis, tricomoniasis y VIH. También se ha notificado una alta prevalencia de Vaginosis Bacteriana en trabajadoras sexuales de Camboya (43%) y Perú (34,6%) ⁽¹³⁾.

De acuerdo con la Secretaría de Integración Social en su caracterización de personas en ejercicio de prostitución 2009-2012; reconoce que es un fenómeno social complejo y multifacético, producto de causas socioeconómicas y psicológicas; refiriendo que hubo 2.721 trabajadoras sexuales en Bogotá, y según un estudio del Ministerio de Salud, hay 3.753 en Medellín, Barranquilla, Cali y Bucaramanga. No obstante, según otros estudios, en la ciudad de Medellín habría 25.000 personas que ejercen el trabajo sexual ⁽¹⁴⁾.

En el Perú según CARE PERÚ en el año 2009, la población de trabajadoras sexuales mujeres es considerada una población de alta prevalencia de ITS, la frecuencia de infección por VIH entre ellas se encuentra entre 1% y 2% en todo el país. La prevalencia de ITS en Las Trabajadoras Sexuales en el año 2002 refiere que para sífilis es 3.9%, clamidia 14.4%, gonorrea 3.5%, tricomoniasis 7.9% y Vaginosis bacteriana 34% ⁽¹⁵⁾.

En Iquitos en el año 2006 se realizó un estudio sobre la prevalencia de ITS en las T.S. afirmando casos de ITS más frecuentes las cuales fueron: Vaginosis bacteriana (74.3%), candidiasis (19.3%), cervicitis (17.4%), infección por chlamydia (12.8%) y trichomonas (11.9), gonorrea (3.7%), sífilis (1.8%)⁽³⁾.

En Lima en el año 2011, se realizó un estudio, la cual encontraron una frecuencia de Vaginosis Bacteriana (VB) en trabajadoras sexuales que respondería al comportamiento de alto riesgo para el desarrollo de Infecciones de Transmisión Sexual del grupo poblacional estudiado. Informó, que la frecuencia de VB en las trabajadoras sexuales que acudieron al CERETSS "Raúl Patrucco Puig" en el período de estudio, fue de 26,1%, significativamente menor a la obtenida en un estudio similar realizado hace 15 años, ello debido probablemente a la atención médica periódica aplicada a las TS por parte del Ministerio de Salud ⁽¹⁶⁾.

En el año 2008 se publicó un estudio en CERETS en el Centro de Salud Alberto Barton sobre cultivo de Gonococo positivo en gonorrea según

género y localización anatómica, de un total de 26150 cultivos se halló 43 cultivos positivos para gonococo, lo que indica una cifra inferior a lo esperado, comparando datos a nivel nacional. 40 cultivos positivos en hombres sintomáticos con descarga uretral. Solamente se halló un cultivo positivo de una trabajadora sexual asintomática, un cultivo positivo de una mujer no trabajadora sexual que acudió con flujo vaginal y contacto de un hombre con descarga uretral con cultivo positivo para gonococo. Además en los años 1988-89 en el Callao, la unidad puerto del departamento de Lima, se halló una prevalencia de gonococo de 2.7% en trabajadoras sexuales controladas y 8% en trabajadoras sexuales examinadas en el policlínico móvil de CERETS; es así que en algunas regiones de Perú como en Iquitos la prevalencia de Gonorrea hallada en trabajadoras sexuales es más alta que en el Callao ⁽¹⁷⁾.

Está comprobado que al hablar de las trabajadoras sexuales, son relacionadas con las infecciones de transmisión sexual VIH/SIDA, que es una consecuencia de ejercer este tipo de trabajo, también suelen experimentar violencia, no sólo física, sino también psicológica que puede afectar la autoestima de la persona y profundizar su vulnerabilidad y hasta económica ⁽¹⁵⁾.

1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA

El presente estudio se realizó en un Centro de Salud “Alberto Barton” del Callao, se encuentra ubicado en la Calle Manuel Raygada N° 515 Callao, es de categoría I-3; pertenece a la RED - BONILLA – LA PUNTA.

1.2.2 DELIMITACIÓN SOCIAL

Centro de Salud “Alberto Barton” del Callao, en el Consultorio de Medicina PROCETSS, se atendieron aproximadamente 75 mujeres Trabajadoras Sexuales en Edad Fértil al mes, lo cual fue ejecutado por tres meses resultando así 225, y la muestra estadística fue de 142 mujeres Trabajadoras Sexuales.

1.2.3 DELIMITACIÓN TEMPORAL

La investigación se realizó en el año 2015.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1.3.1 PROBLEMA PRINCIPAL.

¿Cuál es el nivel de conocimiento y actitud sobre las Infecciones de Trasmisión Sexual de las Trabajadoras Sexuales en Edad Fértil del Centro de Salud Alberto Barton Marzo 2015?

1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS.

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre las Infecciones de Transmisión Sexual que tienen las Trabajadoras Sexuales en Edad Fértil del Centro de Salud Alberto Barton?
- ¿Cuál es la actitud sobre las Infecciones de Transmisión Sexual que tienen las Trabajadoras Sexuales en Edad Fértil del Centro de Salud Alberto Barton?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar cuál es el nivel de conocimiento y actitud sobre las Infecciones de Transmisión Sexual de las Trabajadoras Sexuales en Edad Fértil.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Medir el nivel de conocimiento sobre las Infecciones de Transmisión Sexual que tienen las Trabajadoras Sexuales en Edad Fértil.
- Identificar la actitud sobre las Infecciones de Transmisión Sexual que tienen las Trabajadoras Sexuales en Edad Fértil.

1.5 HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN.

1.5.1 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.

No tiene hipótesis por ser descriptivo.

1.5.2 VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN.

- Nivel de conocimiento.
- Actitud.

1.5.3 CUADRO DE CONTRASTACION DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADORES	ITEMS
<p>Nivel de conocimiento de las Infecciones de Transmisión Sexual</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Concepto de ITS. - Síntomas de las ITS. -Producción de Herpes Genital. -Tipos de ITS. -Formas de transmisión. -Diagnóstico. -Manifestación del SIDA. -Medidas de prevención. 	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué es la infección de transmisión sexual? - ¿Cuáles son los síntomas de las ITS en las mujeres? - ¿Cuáles son los síntomas de las ITS en los hombres? - ¿Cuáles son los síntomas de una Sífilis? - ¿Cuál es el síntoma del Condilomatosis? - ¿Cuáles son los síntomas del Tricomoniasis? - ¿Dónde se produce el Herpes Genital? - ¿Cuáles son las ITS más comunes? - ¿Cuál no es una ITS? - ¿Cuáles son las principales formas de transmisión de ITS? - ¿Cuáles son las vías de transmisión de las ITS? - ¿Cuáles son los fluidos corporales que transmiten el VIH? - ¿Cuáles son las 3 principales formas de transmisión del VIH? - ¿Cómo no se transmite el VIH? - ¿Cuáles son las principales pruebas de laboratorio para el diagnóstico de VIH? - ¿Cuáles son las manifestaciones del SIDA? - ¿El condón es el único medio de protección frente al contagio de las ITS? - ¿En qué tipo de relación sexual debe ser utilizado el preservativo? - ¿Cuántas veces se debe usar el preservativo? - ¿Cuál es la forma correcta del uso del preservativo?

VARIABLES	INDICADORES
<p>Actitud sobre las Infecciones de Transmisión Sexual</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Cualquier tipo de relaciones sexuales sin debida precaución pueden producir ITS. -Toda persona con una ITS no debe compartir objetos personales ni relacionarse afectivamente con otras personas. -El alcohol y las drogas antes o durante las relaciones sexuales son elementos de riesgo. -La mujer puede aceptar tener relaciones sexuales con un hombre con ITS, siempre y cuando use preservativo. -Todas las ITS necesitan de tratamiento médico, porque no se autoeliminan.

1.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

1.6.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo Prospectivo y de corte transversal, porque se observó el fenómeno tal y como se da en su contexto natural para después analizarlo.

1.6.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Aplicativo porque se realizó sobre hechos concretos y específicos, de carácter netamente utilitarios.

1.6.3 MÉTODO

Cuantitativo porque se vale de los números para examinar datos e información. Con un determinado nivel de error y nivel de confianza.

1.7 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN.

1.7.1 POBLACIÓN

Consta aproximadamente de 75 mujeres trabajadoras sexuales nuevas atendidas en un mes, la cual será ejecutada por tres meses, resultando así 225 trabajadoras sexuales que acudirán al Centro de Salud Alberto Barton en el consultorio de Medicina (**PROCETSS**) en el año 2015.

1.7.2 MUESTRA

$$n = \frac{Z^2 P Q N}{(N - 1) E^2 + Z^2 P Q}$$

En donde:

n= Tamaño de muestra

Z= Valor Z curva normal (1.96)

P= Probabilidad de éxito (0.50)

Q= Probabilidad de fracaso (0.50)

N= Población (250)

E= Error muestral (0.05)

Sustituyendo la fórmula:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.50) (0.50) (225)}{(225 - 1) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.50) (0.50)}$$

$$n = \frac{(3.84) (0.25) (225)}{(224) (0.0025) + (3.84) (0.25)}$$

$$n = \frac{(0.96) (225)}{0.56 + 0.96}$$

$$n = \frac{216}{1.52} \quad n = 142.1$$

$$n = 142.$$

Donde la muestra será de 142 Trabajadoras Sexuales que acudan al Centro de Salud Alberto, en el consultorio de Medicina (**PROCETSS**).

– **Criterios de inclusión:**

- Trabajadoras sexuales que realicen sus controles en el Centro de Salud Alberto Barton del Callao.
- Trabajadoras sexuales únicamente del sexo femenino.
- Trabajadoras sexuales mayores de 18 años.
- Trabajadoras sexuales que hayan aceptado participar en el estudio.

– **Criterios de exclusión:**

- Trabajadoras sexuales que no realicen sus controles en el Centro de Salud Alberto Barton del Callao.
- Varones que realicen el trabajo sexual.
- Trabajadoras sexuales menores de 18 años.
- Trabajadoras sexuales que no hayan aceptado participar en el estudio.

– **Criterios de eliminación:**

- Trabajadores sexuales varones que sean transexuales o se hayan realizado el “cambio de sexo”.
- Trabajadores sexuales que aceptaron ingresar al estudio pero que no respondieron adecuadamente el cuestionario.

1.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

1.8.1 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó la técnica de la encuesta.

Técnica de procesamiento de datos y su instrumento de tablas de resultados de los cuestionarios.

Elaboración de una base de datos para que puedan ser vaciados los datos y procesados mediante el programa estadístico SPSS y Excel para los resultados descriptivos.

1.8.2 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Amparando los principios éticos de toda investigación, se solicita la autorización del Centro de Salud “Alberto Barton” y el consentimiento informado a las participantes de la investigación.

La confidencialidad de la información deberá ser garantizada en conjunto con el anonimato, por lo cual cada instrumento tendrá una numeración, el cual incluirá la información brindada por cada participante, de esta manera la participante no quedará identificada y la información recolectada sería reservada por las investigadoras, esto con el fin de usar la información exclusivamente para la investigación, no perjudicando en lo absoluto a las participantes.

1.8.3 INSTRUMENTOS

El instrumento que se utilizó para la recolección de datos fue un cuestionario que permitió obtener información de la fuente directa. Dicho instrumento consta de introducción, instrucciones, datos generales de los participantes, datos específicos que exploran los conocimientos y la actitud sobre las Infecciones de Transmisión Sexual.

El cuestionario consta de 20 preguntas cerradas relacionadas con el conocimiento de las ITS y que están distribuidos de la siguiente manera:

✓ Concepto.	1
✓ Síntomas de ITS.	5
✓ Producción del Herpes genital	1

✓ Tipos de ITS.	2
✓ Formas de transmisión.	5
✓ Diagnóstico.	1
✓ Manifestaciones del SIDA.	1
✓ Medidas de prevención.	4

Y 5 ítems de enunciados afirmativos relacionados con el grado de actitud de las ITS.

• CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO:

Se elaboraron 20 preguntas sencillas, las cuales fueron aplicadas de forma confidencial y anónima; para la obtención del puntaje fue:

- ✓ Alto: 17 – 20
- ✓ Medio: 12 – 16
- ✓ Bajo: < 11

• CUESTIONARIO DE ACTITUDES:

Este cuestionario también fue confidencial y anónimo, elaborado con la finalidad de conocer sus actitudes de las trabajadoras sexuales ante las infecciones de transmisión sexual; para la cual se empleó la Escala de Likert, que consistió en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones y se solicitó al participante que extreme su reacción eligiendo uno de los 5 puntos de la escala. A cada uno se le asignó un valor numérico, así el participante obtuvo una puntuación respecto a la afirmación y sumando la puntuación obtenida en relación a toda la afirmación, se obtuvo el puntaje final.

- (TD) Totalmente de Acuerdo (5)
- (PD) Parcialmente de Acuerdo. (4)
- (NA, ND) Ni de Acuerdo, Ni en Desacuerdo. (3)
- (PA) Parcialmente en Desacuerdo. (2)
- (TA) Totalmente en Desacuerdo. (1)

El cuestionario de actitudes consta de 5 ítems las cuales se dieron los siguientes puntajes.

- ✓ Positiva: 19 - 25
- ✓ Indiferente: 11 – 18
- ✓ Negativa: < 10

1.9 JUSTIFICACION E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.

Las trabajadoras sexuales actualmente son un problema en la sociedad ya que se encuentran mundialmente extendidas y se practica tanto en grandes centros urbanos, como en centros poblados pequeños y en zonas rurales, en donde existe mayor pobreza; la alta prevalencia frente a las Infecciones de Transmisión Sexual va en aumento debido a los factores sociales, culturales y económicos, conllevándolos a ser vulnerables hacia el acceso a los servicios de salud. No debemos olvidar que la población que ejerce el trabajo sexual, lo hace por los niveles de pobreza a los que está sometido, por la violencia ejercida sobre ella por su familia o pareja, por ser madres solteras, por ser de una familia disfuncional; todos estos elementos condicionan adicionalmente la posibilidad de contraer ITS principalmente el VIH/SIDA, enfermedad que limita a la persona y la coloca en una situación de vulnerabilidad frente a la sociedad. Además las trabajadoras sexuales al tener conocimiento sobre los riesgos que pueden contraer una ITS en este servicio antiguo, omiten el uso del preservativo a cambio de una mayor cantidad de dinero o bienes ofrecidos por los clientes, la cual son personas desconocidas , exponiéndolas así a mayor riesgo de contraer estas enfermedades.

La importancia del presente estudio permitirá determinar los niveles de conocimiento e identificar las actitudes de las trabajadoras sexuales sobre las Infecciones de Transmisión Sexual y los resultados que se obtengan del presente estudio permitirán establecer medidas de promoción y prevención en la salud para brindar mayor información a la población de estudio así mismo a la población en general para evitar el incremento de morbilidad sobre las ITS.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Se ha realizado una revisión de antecedentes tanto internacional como nacional del tema propuesto habiéndose encontrado lo siguiente:

2.1.1 NIVEL INTERNACIONAL

René Leyva-Flores, Frida Quintino-Pérez, Alejandro Figueroa-Lara, Magali Cuadra, Carmen García; en un estudio sobre Acceso a servicios de prevención de ITS/VIH y SIDA en trabajadoras sexuales en zonas fronterizas de Centroamérica 2013. **Objetivo.** Analizar el acceso a servicios preventivos de ITS/VIH en trabajadoras sexuales en zonas fronterizas de Centroamérica. **Material y métodos.** Estudio cuasi experimental en una muestra no aleatoria de 558 trabajadoras sexuales, en zonas fronterizas de Centroamérica con y sin intervenciones relacionadas con información sobre derechos humanos, comportamiento sexual, acceso a información sobre prevención/transmisión, condones, pruebas de VIH, anticoncepción, atención médica y uso de condón. Se realizó un análisis descriptivo y se estimaron modelos de regresión logística para identificar factores asociados con el uso de condón. **Resultados.** Las trabajadoras sexuales de comunidades con intervención presentaron mayor acceso a información preventiva (99 vs 87%), condones (98 vs 75%), pruebas

de VIH (89 vs 61%), anticonceptivos (74 vs 65%), servicios ginecológicos (83 vs 57%) y mayor posibilidad -3.9 (IC: 1.2-12.7) – de usar condón con clientes respecto a las que no tuvieron intervención. Conclusiones. Las diferencias observadas deben considerarse en un marco relacionado con características socioculturales y de movilidad poblacional en contextos fronterizos, así como de organización de los servicios de salud ⁽¹⁸⁾.

Pando María de los Ángeles; Reynaga Elena; Soledad Coloccini Romina y otros. Prevalencia de la infección por el VIH y de *Treponema Pallidum* en mujeres trabajadoras sexuales de Argentina - 2011

Objetivo: Estimar la prevalencia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y de *Treponema Pallidum* en mujeres trabajadoras sexuales (MTS) de Argentina, y describir las características sociodemográficas de este grupo de población asociadas a la transmisión del VIH. **Método:** Entre octubre de 2006 y diciembre de 2009 se realizó un estudio de corte transversal y un muestreo por conveniencia en MTS mayores de 18 años de nueve ciudades de Argentina. Un total de 1 255 mujeres participaron en este estudio. Se capacitó especialmente a un grupo de MTS para convocar a las otras mujeres a participar en talleres y a realizarse el diagnóstico del VIH y *T. pallidum*. **Resultados:** Las características socio-epidemiológicas más destacadas de las MTS incluyeron un alto porcentaje de abuso sexual, escaso uso de preservativos con parejas sexuales no comerciales y un alto porcentaje de situaciones de violencia. La prevalencia del VIH fue de 2% (25/1 255, intervalo de confianza de 95% [IC95%]:1,2-2,8) y la de *T. Pallidum*, de 22,4% (245/ 1 094, IC95%: 19,9-24,9). En las MTS de la ciudad de La Plata, la prevalencia del VIH fue significativamente más baja comparada con las participantes del resto del país (0,3% vs 2,7%, $P < 0,05$, respectivamente). **Conclusiones:** La menor prevalencia del VIH y la mayor tasa de uso de preservativos informados por las mujeres encuestadas de La Plata sugieren que la presencia de un lugar de atención sanitaria para MTS influye directamente en la disminución de sus conductas de riesgo y, por ende, en la infección por el VIH. La

creación de centros de salud "amigables", como el que ya hay en dicha ciudad, contribuye a dar una respuesta integral al problema que enfrentan estas mujeres; asimismo, favorece su acercamiento al sistema de salud y contribuye así a revertir su situación de mayor vulnerabilidad y mayor riesgo frente al VIH y otras infecciones de transmisión sexual ⁽¹⁹⁾.

Alvis Nelson, Mattar Salim, García Jair, Conde Edwin y Díaz Alberto Infecciones de Transmisión Sexual en un Grupo de Alto Riesgo de la Ciudad de Montería, Colombia - 2007. **Objetivo:** Identificar los principales agentes etiológicos de enfermedades de transmisión sexual en una población de alto riesgo de la ciudad de Montería. **Métodos:** La población estuvo conformada por 69 trabajadoras sexuales (grupo de alto riesgo) y 16 amas de casa (grupo de bajo riesgo) de la ciudad de Montería. Las muestras de secreción vaginal fueron procesadas según métodos microbiológicos estándares y por el método molecular de AMPLICOR CT/NG. **Resultados:** La edad de las pacientes estuvo entre 18 y 44 años con una media de 26,1. En la población de alto riesgo, se determinó que el 17,4 % fueron positivas para *Gardnerella vaginalis*, *C. trachomatis* (5,9 %); *Neisseria gonorrhoeae* (4,3 %), *Trichomonas vaginalis* y *Candida albicans*, (2,9 %); en la población de bajo riesgo *Gardnerella vaginalis* (56,3 %), *C. trachomatis* (12,5 %); *Neisseria gonorrhoeae* (6,3 %), y *Candida albicans* (12,5 %). Se encontró que la frecuencia de relaciones sexuales en la población de trabajadoras sexuales fue: 70 % (5-10 semanales), 10 % (11-15 semanales) y 20 % (16-20 semanales). El 15,4 % de las trabajadoras sexuales no utilizaron preservativos en sus relaciones sexuales. **Conclusión:** Las altas tasas de infección encontradas en las poblaciones estudiadas presumen que existe un alto riesgo de transmisibilidad y es prioridad intervenir en estos grupos para prevenir las infecciones por el VIH y demás infecciones de transmisión sexual ⁽²⁰⁾.

Valdez Edgar; Kamhawi Sarah; Vargas Andrés, en un estudio titulado sobre, Los trabajadores sexuales frente al VIH/SIDA en la ciudad de Cochabamba - Bolivia 2009. Las Trabajadoras Sexuales (mujeres) (TS)

constituyen un grupo social estigmatizado en la transmisión del VIH y SIDA y tienen una vulnerabilidad mayor frente al VIH porque se encuentran viviendo y trabajando, muchas veces, en situaciones de pobreza, de inseguridad social y jurídica; carecen de redes de apoyo y están socialmente marginadas. Se encuestaron a 163 TS de 19 locales de la ciudad de Cochabamba. La edad media de las TS es de 24 años; la mínima, de 18 y máxima, de 55. El 97% de las TS refiere que escuchó alguna vez sobre el VIH/SIDA; el 98.2% indica saber cómo evitar la transmisión y el 95.7% cita al condón como un medio de prevención. El 80.4% de las TS expresa que realizó el último control médico hace menos de un mes. El 19.3% de las TS encuestadas señala que, durante los últimos seis meses tuvo secreciones, úlceras o llagas en genitales. El 90.8% de las TS encuestadas indica que utilizó el preservativo con el último cliente. Este estudio es válido para las TS de la ciudad de Cochabamba que trabajan en lenocinios ⁽²¹⁾.

2.1.2 NIVEL NACIONAL

Luis S. Espinoza Paúl. Estudio diagnóstico de Opiniones, Percepciones, Actitudes, Conocimientos y Comportamientos de Trabajadores Sexuales, sobre el VIH/SIDA e ITS, en las Ciudades de Lima, Ica, Chimbote, Iquitos y Pucallpa - Perú, 2009; **Objetivo:** de este estudio consistió en conocer las opiniones, percepciones, actitudes comportamientos y conocimientos generales sobre el VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en trabajadores sexuales de ambos sexos de las ciudades de Lima, Ica, Chimbote, Iquitos y Pucallpa para orientar la campaña de comunicaciones para la prevención de ITS/VIH/SIDA y promoción de conductas sexuales. Fue un **estudio** diagnóstico de metodología cualitativa realizado entre mayo y julio 2009. Los datos fueron recolectados mediante la técnica de entrevistas a profundidad, los registros se mantienen tal como se dieron en la entrevista gravadas los mismos que se transcribieron, para luego codificarlos y finalmente hacer el análisis del discurso correspondiente. La muestra total estuvo conformada por 90 trabajadores sexuales de ambos sexos (Mujeres 67% y Hombres 33%, Edad Promedio 20.4 años) con un

grado de edad de 12 a 24 años residentes en las ciudades ya mencionadas ⁽²²⁾.

Caballero Rojas Ketty y Col. Enfermedades de Transmisión Sexual en las Trabajadoras Sexuales: relación con algunos factores sociodemográficos, condiciones de trabajo y el nivel de conocimiento sobre prevención de ETS/SIDA. Chimbote - Perú. 2008. El presente trabajo es de **Tipo** descriptivo explicativo, no experimental de corte transversal, cuyo **Objetivo** es conocer la relación de algunos factores sociodemográficos, condiciones de trabajo y el nivel de conocimiento sobre prevención de ETS/SIDA de las enfermedades de transmisión sexual en las trabajadoras sexuales de Chimbote – 2008. La muestra fue de 66 Trabajadoras Sexuales, se utilizó la técnica de encuesta; la información obtenida se procesó mediante el software especializado de estadística no paramétrica CHI CUADRADO y la medida de especialización epidemiológica (Riesgo Relativo) para determinar la relación y estimar el riesgo entre las variables de estudio. Se llegó a la **Conclusión** que el nivel de conocimiento para la prevención de ETS/SIDA de las Trabajadoras Sexuales no influye significativamente en las ETS, sin embargo los factores sociodemográficos y condición de trabajo constituyen importantes características de riesgo para la adquisición de una ETS ⁽²³⁾.

Muro Tuesta, Julio César; Palacios Olivera, Maribel Catherine; Influencia del nivel de conocimientos sobre las actitudes frente al contagio de ITS en trabajadoras sexuales atendidas en el Centro Materno Infantil San José de Villa El Salvador, Lima - Perú 2010. La trabajadora sexual, debido al oficio que desempeña y su limitado acceso a los servicios de salud, sumado con sus actitudes sexuales de riesgo, las colocan dentro de un grupo vulnerable, cuyo accionar repercute de manera indirecta en la salud de nuestro país. **Objetivos:** Establecer la influencia del nivel de conocimiento sobre las actitudes frente al contagio de ITS de las trabajadoras sexuales. **Diseño:** Estudio Observacional analítico transversal. Lugar: Centro Especializado de Referencia de ITS y VIH/SIDA (CERITSS) del Centro Materno Infantil San José de Villa el Salvador.

Participantes: 50 Trabajadoras sexuales que acuden a sus controles el CERITSS del Centro Materno Infantil San José de Villa el Salvador. Intervenciones: Previo consentimiento informado, se realizó una entrevista de 46 preguntas. Principales medidas de resultados: Nivel de conocimientos y actitudes sexuales frente el contagio de ITS. **Resultados:** El perfil de la trabajadora sexual promedio encuestada es: 36 años, soltera, con nivel secundario completa (64 por ciento), percibe ingresos por alguna otra actividad económica no relacionada al trabajo sexual (60 por ciento), lleva en promedio de 0 a 5 años como trabajadora sexual (60 por ciento), ejerciendo dicha actividad 4 días a la semana, que atiende entre 3 y 7 clientes por día de trabajo, y que alguna vez presentó alguna ITS (64 por ciento). Existe una correlación estadísticamente significativa ($p=0.025$), y directa entre el nivel de conocimientos y las actitudes de las trabajadoras sexuales. Según la escala de Estaninos: La distribución de los niveles de conocimiento que poseen las trabajadoras sexuales es bajo en 28 por ciento, medio en 48 por ciento y alto en 24 por ciento; y para los niveles de actitudes: bajo en 30 por ciento, medio 56 por ciento y alto 14 por ciento ⁽¹⁾.

Rojas Arango, Idelso Robert; Uso del condón femenino en trabajadoras sexuales que acuden al CERITS Raúl Patrucco Puig, Lima - Perú 2014. **Objetivo:** Determinar el grado de conocimientos, actitudes, prácticas y aceptabilidad, respecto al uso del condón femenino (CF), en las trabajadoras sexuales (TS). **Metodología:** Estudio Observacional descriptivo. La muestra fue 60 TS, el cuestionario fue validado, para el análisis se utilizó el Programa estadística SPSS versión 22. **Resultados:** El promedio de edad de las TS es de 32.9±10.6 años, el 40 por ciento tiene secundaria completa, con un tiempo de trabajo medio de 6.6 años. El tiempo de uso medio del CF 1.9±2.0, atención de clientes medio por día 13.3±11.0. Sobre el grado de conocimientos se obtuvo que el 73.3 por ciento tiene bajo grado de conocimiento. Las actitudes frente al uso del CF el 51.7 por ciento les resulta inseguro, 13.3 por ciento les es "Cómodo" y al 35 por ciento le es "Incómodo". En las prácticas se encontró que la experiencia al usarlo por primera vez fue "Ni buena ni mala" en un 63.3 por

ciento, el 83.3 por ciento respondieron que se sienten protegidas contra VIH/SIDA con el uso del CF; así también que sólo el 3.3 por ciento lo utiliza en el sexo oral. Y respecto a la aceptabilidad al 63.3 por ciento acepta su uso. **Conclusiones:** El grado de conocimientos sobre el uso del condón femenino de las trabajadoras sexuales fue en su mayoría "Bajo", la actitud "Inseguridad", las prácticas respondieron como "Ni buena ni mala" por la primera vez que usaron el condón femenino. La aceptabilidad del uso del condón femenino en las trabajadoras sexuales les resulta "Aceptable" ⁽²⁴⁾.

Fernández Jorge, Martínez Andrés, Castellón Rubén, Tamariz Jesús; Vaginosis Bacteriana en Trabajadoras Sexuales que acuden a un centro especializado de referencias de enfermedades de transmisión sexual y SIDA. Lima - Perú, 2010. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de vaginosis bacteriana (VB) en trabajadoras sexuales (TS) que acuden a un centro especializado de referencias de enfermedades de transmisión sexual y SIDA (CERITSS) en Lima, Perú; y su asociación con características gineco-obstétricas. **Material y Métodos:** Estudio transversal realizado en 322 TS que acudieron a la consulta médica en un CERITSS de diciembre del 2008 a enero del 2009. Se obtuvieron muestras de flujo vaginal y se emplearon los métodos de Amsel y Nugent para el diagnóstico de VB. **Resultados:** La frecuencia de VB fue 26,1%. La VB estuvo asociada con el conocimiento de VB, antecedentes de VB y Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), número de partos, número de abortos y número de parejas sexuales por día. **Conclusiones:** La frecuencia de VB en esta población es elevada, siendo necesaria la implementación de medidas que conduzcan a su control ⁽²⁵⁾.

Gutiérrez Tello Jomaly; en un estudio titulado "Medidas de prevención de las infecciones de transmisión sexual que aplican las trabajadoras sexuales en los alrededores del Hospital María Auxiliadora" Lima - Perú 2006; **Objetivo general:** Describir las medidas de prevención de infecciones de transmisión sexual que aplican las trabajadoras sexuales. Respecto a los **Materiales y Métodos**, el estudio es de nivel aplicativo,

cuantitativo y descriptivo, de corte transversal, que evaluó 48 Trabajadoras Sexuales que trabajan en los alrededores del Hospital María Auxiliadora de Villa María del Triunfo, teniendo en cuenta criterios de selección y muestreados sistemáticamente, a quienes se aplicó un instrumento, validado por juicio de expertos y prueba piloto aplicada, previo consentimiento. Los resultados fueron vaciados en una base de datos (Excel) y posteriormente analizados. Dentro de los resultados encontrados tenemos que: de un total de 48 (100%) Trabajadoras Sexuales, 25(56.3%) no se realizan control médico periódico, 25(52.1%) no conocen el uso correcto del preservativo y 25(52.1%) no tienen ningún cuidado con su pareja sexual estable, llegando a las siguientes **conclusiones**: La mayoría de las trabajadoras sexuales refieren aplicar medidas preventivas antes, durante y después. Las medidas preventivas que aplican las trabajadoras sexuales con mayor frecuencia durante horas de trabajo son higiene de genitales post coitales, rechazo a clientes con llagas en genitales, no consumen alcohol y/o drogas, las medidas preventivas que no aplican las trabajadoras sexuales en su mayoría son: control médico periódico, uso correcto del preservativo, aplicar medidas preventivas con su pareja ⁽²⁶⁾.

Quijano Eberth, Salvatierra Javier, Bedón Virginia et al. En un estudio titulado Cultivo de Gonococo positivo en Gonorrea según género y localización anatómica en el Centro de Referencia para ETS Alberto Barton. Callao - Perú, 2008. **Objetivos**: Hallar la cantidad de cultivos positivos en ambos grupos de cultivos de personas que acudieron asintomáticas o sintomáticas y correlacionarlos con las cantidades de cultivos positivos esperados según estadísticas nacionales e internacionales. **Material y Métodos**: se hizo un estudio retrospectivo en búsqueda en los archivos e historias clínicas, de la cantidad de cultivos tomados en el Centro de Referencia para ETS Alberto Barton, entre enero del año 2000 a agosto del año 2003. **Resultados**: Se halló una cantidad de 26150 cultivos tomados de los cuales solamente 43 resultados ser positivos. De los 43 cultivos positivos, 33 correspondieron a hombres que tienen sexo con hombres con descarga uretral, 7 correspondieron a

hombres heterosexuales con descarga uretral, un cultivo positivo correspondió a un hombre con descarga uretral con proctitis que tienen sexo con otros hombres, uno correspondió a una trabajadora sexual asintomática y un cultivo positivo correspondió a una mujer no trabajadora sexual que acudió con flujo vaginal y contacto de un hombre con descarga uretral con cultivo positivo para gonococo. **Conclusiones:** Se halló una cantidad de cultivos positivos para gonococo, menor a la esperada y por tanto mencionamos la necesidad de hacer un nuevo estudio sobre la utilidad del cultivo de gonococo en gonorrea como “prueba de oro”, que sugiere que sean pruebas basadas en amplificación de ácido nucleico sea PCR o LCR ⁽¹⁷⁾.

TEORÍA DE LA AUTOESTIMA SEGÚN COOPERSMITH

Considera a la autoestima como la parte evaluativa y valorativa de nosotros mismos, constituida por el conjunto de creencias y actitudes de una persona sobre sí mismo. Corrobora sus definiciones afirmando que la autoestima es como la evaluación que una persona realiza y mantiene comúnmente sobre sí mismo, se expresa a través de sus actitudes de aprobación y desaprobación, indicando el grado en que cada persona se considere capaz, significativa, competente y exitosa. Añade además que no está sujeta a cambios transitorios, sino más bien es estable al tiempo aceptando que en determinados momentos se dan ciertos cambios, expresado en las actitudes que toma sobre sí mismo”

Los niños y niñas forman imágenes de sí mismas, basadas en la forma en que son tratados por personas allegadas que le son significativas, como los padres, maestros, hermanos, amigos y compañeros. La autoestima es un fenómeno de la actitud favorable o desfavorable, que el individuo tiene hacia sí mismo, es decir, un grupo de cogniciones y sentimientos así los componentes de él sí mismo, para el dicho autor son los mismos que de las actitudes; un aspecto afectivo que se equipara junto con la evolución y aspecto cognitivo que representa la conducta que se dirige hacia el mismo. También influye en la formación de la autoestima del individuo, lo que la sociedad piensa de él ⁽²⁷⁾.

2.2 BASES TEÓRICAS.

2.2.1 EL CONOCIMIENTO Y SU REPERCUSIÓN EN EL INDIVIDUO:

El conocimiento es considerado como la información o secuencia de señales combinadas según unas determinadas reglas y cuya transmisión de un emisor a un receptor modifica el estado de este último. En el proceso de conocimiento, el hombre adquiere saber, conceptos acerca de los fenómenos reales, toma conciencia del mundo circundante.

“El conocimiento es la suma de hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizajes del sujeto. El aprendizaje se caracteriza por ser un proceso activo que se inicia con el nacimiento y continúa hasta la muerte, originando cambios en el proceso de pensamientos, acciones o actividades”.

Estos cambios son observables en la conducta del individuo y las actitudes frente a problemas de la vida diaria, estas conductas irán cambiando conforme aumenten los conocimientos sumado con la importancia que se le da a lo aprendido y se lleve a cabo a través de dos formas:

- La informal: mediante las actividades ordinarias de la vida, es por este sistema que las personas aprenden sobre el proceso salud-enfermedad complementándose con otros medios de información.
- La formal: es aquella que se imparte mediante los conocimientos científicos en las escuelas donde se organizan mediante un plan curricular.

En la formación del conocimiento la persona forma ideas y desarrolla pensamientos sobre la realidad y, en esa medida, va formando un conocimiento de dicha realidad. Al respecto el Psicólogo Kolb quien asume como eje las experiencias, las cuales pueden ser preceptuales o sensoriales (cuando se originan en los objetos concretos que rodean al hombre), vivenciales (si son producto de la percepción subjetiva del sujeto con respecto

a una situación vivida) o racionales (si es producto del razonamiento del sujeto)
(28).

2.2.2 LA ACTITUD COMO PARTE DE LA FORMACIÓN DEL INDIVIDUO:

Todos los seres humanos tienen actitudes que se expresan en tendencias a responder en forma correcta o incorrecta frente a una persona, un grupo de personas, un objeto; ante una situación que comprende objetos y personas o antes de una idea, como se puede determinar que las actitudes son elementos determinantes de vital importancia en la ubicación del sujeto con respecto al medio social y físico que lo rodea.

Muchos Psicólogos y Sociólogos sostienen que la conducta de las personas está en relación con el medio social en que se desenvuelve, al respecto Krech Chutchfield y otros dan la siguiente definición:

“La actitud es una predisposición organizada para pensar, sentir, percibir y comportarse en cierta forma ante un referente, categoría, clase o conjunto de fenómenos o conjunto cognoscitivo. Es un estructura estable de creencias que predisponen al individuo a comportarse selectivamente ante referencia actitudinales”.

Las actitudes se forman por medio de la acumulación e integración de experiencias, el trauma o la experiencia dramática y la adopción que de ellas hagan otras personas. Considerable número de pruebas indican que la mayor parte de las actitudes son adoptadas en su forma definitiva a partes de distintos grupos de referencia (28).

En resumen:

“Una actitud es una disposición psicológica adquirida y organizada a través de la propia experiencia, que suscita al individuo a reaccionar de manera característica frente a determinados objetos, personas, situaciones, es decir, una disposición de aceptación y rechazo que se expresa mediante el comportamiento”.

Según Armendáriz “el período crítico en la formación de las actitudes tiene lugar entre los 12 y 30 años de edad, y las influencias importantes son la

familia, los compañeros, la educación, los incidentes críticos y decisiones, hacia el final de este período las actitudes son bastante estables y persistentes”⁽²⁹⁾.

2.2.3 LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL /VIH–SIDA.

Las Infecciones de Transmisión Sexual incluyendo al VIH/SIDA son aquellos que se transmiten en forma predominante o exclusiva por contacto sexual. Algunas se tratan con éxito cuando se detectan en etapas tempranas, mientras otras son incurables o producen episodios recurrentes; son causadas por bacterias, virus, hongos y parásitos.

Las ITS solo se van a diseminar en un grupo determinada de población: los sexualmente activos y de allí su estrecha relación con el VIH. Las ITS producen signos y síntomas como úlceras, verrugas, secreción uretra y vaginal, entre otros⁽³⁰⁾.

Entre las ITS se tiene a:

2.2.3.1 Sífilis

La sífilis es una infección de transmisión sexual que puede ser crónica o aguda, es producida por el Treponema Pallidum, microorganismo espiral del grupo de espiroquetas, que penetra la piel y las mucosas a través de pequeñas abrasiones, multiplicándose en el punto de penetración y alrededor para invadir los ganglios linfáticos, vasos sanguíneos y la sangre, diseminándose rápidamente antes que se manifieste la lesión primaria.

También se puede adquirir de forma congénita por inoculación trasplacentaria⁽³¹⁾.

La sífilis pasa por cuatro etapas o estadios:

- **Sífilis primaria;** después de la infección inicial, se produce la multiplicación del treponema, afectando los ganglios linfáticos y entendiéndose por vía sanguínea a todo el organismo, el cual se presenta como un chancro solitario, úlcera indolorosa con base endurecida que se inicia como una pápula.

El chancro aparece entre 10 a 90 días después de la exposición y se resuelve en forma espontánea en 4 a 8 semanas después, estos pueden aparecer sobre los ganglios, labios o ano.

- **Sífilis secundaria;** se manifiesta después de 6 semanas de la infección, con exantema constituida por maculo-pápulas, que pueden extenderse por todo el cuerpo, pero con localización especial en palmas de las manos y plantas de los pies ⁽³⁰⁾. Es posible que aparezcan síntomas sistémicos como fiebre, pérdida de peso y malestar. Las pruebas serológicas son positivas en esta etapa ⁽³¹⁾.
Esta sífilis se resuelve en 1 a 3 meses, pero puede recurrir ⁽³⁰⁾.
- **Sífilis latente;** se caracteriza porque la persona no presenta manifestaciones externas de la infección. Clínicamente se divide la sífilis en temprana o precoz, cuando tiene menos de un año y tardía cuando tiene más de un año de evolución, puede durar todo el resto de vida de la persona.
- **Sífilis terciaria;** es una enfermedad que progresa en forma lenta de 3 a 20 años y afecta cualquier órgano y sistema, con aparición de gomas la lesión característica es la goma, que puede aparecer en cualquier órgano.

En un tercio de los pacientes no tratados causa daño progresivo del sistema nervioso central, sistema cardiovascular, sistema músculo esquelético y otros parénquimas.

El diagnóstico se establece en base a las manifestaciones clínicas y resultados de laboratorio como "examen microscópico con condensador de campo oscuro, de muestras obtenidas de las lesiones debe realizarse en tres días consecutivos". Las pruebas serológicas más usadas para esta infección de transmisión sexual son "RPR o VDRL".

En cuanto al tratamiento el fármaco de elección es la Penicilina G benzatinica 2.4 millones de unidades intramuscular en dosis única ⁽³⁰⁾.

Entre las complicaciones podemos encontrar para la sífilis no tratada es el óbito fetal, anomalías hepáticas en el feto, ascitis e hidropesía, ictericia con petequias, linfadenopatía, rinitis, neumonía, miocarditis o nefrosis ⁽³²⁾.

2.2.3.2 Candidiasis

La candidiasis vaginal es una micosis producida por *Cándida albicans*, constituyendo la causa más frecuente de leucorrea en su localización vulvo-vaginal.

Se encuentra en el 7 a 20% de mujeres no embarazadas y entre el 20 y 50% de mujeres gestantes, demostrando que el embarazo es un factor predisponente fundamental.

La candidiasis vaginal representa la mitad de las infecciones patológicas diagnosticadas a nivel vulvo-vaginal, convirtiéndose en la afección ginecológica más común.

La sintomatología puede revertirse diferentes grados de intensidad y pasar incluso asintomático. La candidiasis empeora el día diecisiete del ciclo menstrual y se acentúa manifestándose en los días premenstruales, para mejorar después de la menstruación, tiene un pH ácido 5.5 a 6.8.

El cuadro clínico típico se caracteriza por los siguientes síntomas, que pueden estar presentes en grado variable como leucorrea que puede ser escasa, ausentes a veces, o muy abundantes y se presenta como flujo blanco, inoloro, denso, con el aspecto de cuajo o leche cortada, adherente a la pared vaginal; el prurito es otro síntoma, la cual es intenso, sobre todo es la fase premenstrual obligando al rascado y a las lesiones consiguientes, con excoriaciones e infección secundaria en los genitales externos; las sensaciones intensas de ardor, se acentúan con las relaciones sexuales, el examen vaginal, también existe disuria y ardor que sigue con la micción, debido a las excoriaciones que son irritadas por la orina.

El tratamiento para candidiasis vaginal es fluconazol de 150 mg por vía oral en dosis única.⁽³⁰⁾

2.2.3.3 Gonorrea

La gonorrea, gonococia o blenorragia, es una enfermedad de transmisión sexual, el agente causal es el diplococo aeróbico Gram negativo llamado *Neisseria Gonorrhoeae*, localizada en el epitelio cilíndrico y de transición mediante vellosidades y entra con rapidez a la célula por pinocitosis. Los signos de infección incluyen al cérvix, uretra, recto y faringe.

En la mujer con frecuencia puede transcurrir en forma asintomática, es más frecuente en mujeres jóvenes de 16 a 25 años con actividad sexual, en mujeres promiscuas, estado socioeconómico bajo y en prostitutas.

El 50% de las mujeres infectadas por gonococo no tienen síntomas, el sitio que se afecta más comúnmente es el endocervix seguido de la uretra, recto y faringe ⁽³⁰⁾.

Polaquiuria, disuria y secreción vaginal purulenta son los primeros síntomas y aparecen dos a cinco días después del contagio.

En ocasiones la secreción es irritante y produce edema e inflamación vulvar. Es posible que la infección gonorreica faríngea cause faringitis. 2% de las mujeres infectadas experimentan una infección gonocócica diseminada que ocasiona fiebre, septicemia, dermatitis, artritis, meningitis ⁽³¹⁾.

En los hombres con gonorrea, 90% son sintomáticas, con secreción uretral purulenta, amarillenta, dificultad al orinar y sensación de quemadura al orinar. Se diagnostica por las manifestaciones clínicas y los antecedentes sexuales dudosos.

También se realiza la identificación microscópica en frotis de la secreción purulenta de endocervix, vagina, uretra, ano rectal, glándulas de Skene, glándulas de Bartholino, garganta, y el cultivo para identificar al gonococo, este cultivo establece la confirmación definitiva de la infección ⁽³⁰⁾.

El tratamiento selectivo es la Ceftriaxona 1 gr iv cada 24 h.

En 10 a 17% de las mujeres con gonorrea sin tratamiento producen la enfermedad inflamatoria pélvica ⁽³¹⁾.

Entre las complicaciones de la Gonorrea se tiene a la rotura prematura de membranas, conjuntivitis en recién nacido, artritis y dermatitis ⁽³⁰⁾.

2.2.3.4 Chancroide

Chancro blando o chancroide, es una enfermedad de transmisión sexual producida por el Hemófilo Ducreyi, es un bacilo gram negativo, localizada en los genitales ⁽³⁰⁾ como una úlcera dolorosa con límites desiguales y mal definidos, y un borde elevado ⁽³¹⁾.

Es más frecuente en los varones, aparentando menor incidencia en el sexo femenino, debido a que en la mujer puede evolucionar solapadamente con signos muy leves y también por dificultades en el diagnóstico.

El período de incubación es de 2 a 9 días, pero puede ser mayor especialmente en mujeres o muy corto cuando existe una lesión previa.

La lesión se localiza en los genitales externos, puede también desarrollarse en el ano, vagina, cuello uterino y a veces en zonas extragenitales.

Aparece en la zona de inoculación como una pequeña pápula roja, muy dolorosa, rodeada de una zona eritematosa, transformándose luego en vésico pústula que termina en una úlcera con características propias.

El diagnóstico se realiza en base a Tinción Gram para identificar cocos gram positivo y el cultivo ⁽³⁰⁾.

Como tratamiento es la Ceftriaxona de 250mg IM en dosis única que es el antibiótico de elección, los compañeros sexuales deben examinarse y tratarse ⁽³¹⁾.

2.2.3.5 Herpes Genital.

La infección herpética de los genitales es producida por un virus de la familia de los herpes virus, considerándose actualmente como una infección de transmisión sexual. El herpes genital, es causado por el herpes virus simple tipo 2.

En el herpes virus simple o herpes virus hominis se distinguen dos tipos característicos el 1 y el 2.

- **Herpes virus simple tipo 1**, de localización en las vías respiratorias superiores, cavidad bucal, labios y piel peribucal, produciendo vesículas o “ampollas”, “ampollas de fiebre”, que son características y que pueden ocurrir en forma repetida en diferentes períodos de tiempo.
- **Herpes virus simple tipo 2**, de localización genital, produciendo lesiones vesiculares ulcerativas en cérvix, vagina, vulva y periné de carácter venéreo, constituyendo el herpes genital, como enfermedad contagiosa de transmisión sexual ⁽³⁰⁾.

Entre 75 y 85% de las infecciones genitales se debe a HSV-2; el resto es a HSV-1 la principal causa del herpes bucal ⁽³¹⁾.

Las infecciones por HSV pueden clasificarse en tres grupos:

- **El primer episodio primario**, el período de incubación típico es de 2 a 10 días puede ir seguido de una “presentación característica”, que se manifiesta por una erupción papulosa con prurito o sensación de hormigueo, que luego se vuelve dolorosa y vesicular.
- **El primer episodio no primario**, se diagnostica cuando se aísla HSV en mujeres que solo tienen presente el otro anticuerpo contra HSV en el suero. Se caracterizan por menos lesiones, menos manifestaciones sistémicas, menos dolor y una duración más breve de las lesiones, así como de la diseminación del virus.
- **La enfermedad por reactivación**, se caracteriza por el aislamiento de HSV-1 o 2 del aparato genital de las mujeres con los mismos anticuerpos serotipos. Durante el período de latencia, en el cual las partículas víricas residen en ganglios nerviosos. La mayor parte de los casos de herpes genital recidivante se debe al virus de tipo 2 ⁽³²⁾.

Su diagnóstico se realiza en base a las características de las lesiones, por pruebas directas como el frotis con muestras de las lesiones y con el cultivo de células, y en forma indirecta por serología ⁽³⁰⁾.

El tratamiento tiene como antibiótico de elección al Aciclovir de 400 mg v.o. cada 8h por 5 días ⁽³¹⁾.

Sus complicaciones con el herpes virus tipo 2 ha sido relacionado con el cáncer de cuello ⁽³⁰⁾.

2.2.3.6 Tricomoniasis

La tricomoniasis es una enfermedad de transmisión sexual, producida por un protozoo unicelular, anaeróbico, denominado Tricomonas Vaginalis. Afecta no solo a la vagina, sino el tracto genitourinario inferior en ambos sexos,

constituyéndose una enfermedad más frecuente. Puede en ciertos casos encontrarse en la vagina de mujeres asintomáticas, con acidez y flora normal. La infección se establece con síntomas que aparecen en vulva, vagina, cuello uterino y manifestaciones uterinas frecuentes que pueden aparecer y desaparecer repetidamente. La enfermedad evoluciona en medio con pH entre 5 y 6 o sea menos ácido que lo normal ⁽³⁰⁾.

Los síntomas característicos incluyen una secreción vaginal profusa, amarilla, mal oliente y a menudo incómodo, con irritación vulvar.

En ocasiones el enrojecimiento subepitelial del cuello uterino (cuello uterino en fresa) se percibe a simple vista.

El 50% de mujeres con tricomoniasis es asintomático. Casi todos los contactos masculinos de mujeres con tricomoniasis son portadores asintomáticos del microorganismo en la uretra y la próstata.

Trichomonas Vaginalis no solo reside en la vagina, también se reconoce en la uretra, la vejiga y las glándulas de Skene.

Para el tratamiento se administra Metronidazol 2gr v.o. como dosis única. Se recomienda el tratamiento simultáneo de la pareja sexual masculina ⁽³¹⁾.

2.2.3.7 Gardnerella Vaginalis (Vaginosis bacteriana).

La enfermedad es transmitida sexualmente, es ocasionada por la *Gardnerella Vaginalis*, un microorganismo Gram positivo; pequeño, que puede formar parte de la flora normal de la vagina en mujeres adultas asintomáticas.

Es la infección de transmisión sexual más frecuente en las mujeres en edad reproductiva ⁽³⁰⁾.

Sus síntomas más comunes son la secreción vaginal gris, acuosa, homogénea y con olor a pescado que se adhiere a las paredes vaginales ⁽³¹⁾, sin manifestaciones inflamatorias objetivables en las paredes vaginales ⁽³⁰⁾.

Se realiza el diagnóstico en base a las características clínicas del flujo vaginal olor fuerte a pescado descompuesto, identificación microscópica de las células claves, coloración Gram y cultivos especiales.

Como tratamiento se indica Metronidazol 500 mg v.o. dos veces al día por 7 días.

Sus complicaciones son enfermedad inflamatoria pélvica, infecciones corioamnióticas, rotura prematura de membranas, el parto prematuro, endometritis posparto e infecciones del tracto urinario ⁽³⁰⁾.

2.2.3.8 Virus del Papiloma Humano.

El virus del papiloma humano (HPV) es un virus de DNA distintos de los papovavirus causantes de las verrugas comunes ⁽³²⁾. El HPV prospera en el área húmeda y suele transmitirse por contacto sexual.

El período de incubación promedio para las verrugas visibles es de tres meses.

Estas lesiones son más habituales en los labios y la comisura posterior. Aunque las verrugas vaginales y cervicales son aún más frecuentes que las labiales.

Se han identificado más de 30 tipos que infectan la región genital.

Por lo general las verrugas genitales visibles se deben a los tipos 6 y 11 de este virus ⁽³¹⁾. Los HPV de alto riesgo es de tipo 16 y 18 se relacionan con displasia ⁽³²⁾ y cáncer cervical, en los que el DNA del HPV está integrado en la célula cancerosa ⁽³¹⁾.

El diagnóstico se realiza en base a las lesiones externas visibles. La prueba del Papanicolaou es la herramienta primaria de detección del cáncer cervical o cambios precancerosos en el cuello uterino, muchos de los cuales están relacionados con el Virus del Papiloma Humano ⁽³¹⁾.

Para su tratamiento se administra Podofilina al 25% para evitar quemaduras graves.

Una de las complicaciones más frecuentes es el Cáncer Cervical ⁽³¹⁾.

2.2.3.9 VIH

El VIH es el Virus de Inmunodeficiencia Humana, es responsable del SIDA, y ataca a los linfocitos que forman parte fundamental del sistema inmunitario del ser humano, como consecuencia disminuye la capacidad de respuesta del

organismo para hacer frente a infecciones oportunistas originadas por virus, bacterias, protozoos, hongos y otros tipos de infecciones ⁽³⁰⁾.

La causa más frecuente de muerte entre infectados del SIDA es la neumonía, aunque también es elevada la incidencia de ciertos tipos de cáncer como los linfomas de células B. también son características las complicaciones neurológicas, la pérdida de peso y el deterioro físico del paciente. La mortalidad disminuye con la utilización de los medicamentos antirretrovirales ⁽³¹⁾.

2.2.3.10 SIDA

El SIDA es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, la etapa en la que el sistema de defensa no está en capacidad de protegerlo ante las enfermedades oportunistas y de los microorganismos del medio ambiente. Es producida por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que origina profunda depresión del sistema inmunológico, especialmente de los linfocitos T condicionando el desarrollo de graves infecciones por gérmenes oportunistas como *Pneumocystis carini*, tumoraciones como el sarcoma de Kaposi y linfomas que llevan a la muerte a personas infectadas ⁽³⁰⁾.

El VIH se transmite por vía sexual, 97% del total de casos; por transmisión vertical, 2% (Transmisión de madre a hijo) y por vía sanguínea, con un 1% ⁽³⁵⁾.

El período de incubación es de 6 meses a 2 años, se describe como manifestaciones precoces a fiebre, diarrea, fatiga, linfadenopatía generalizada, anorexia, pérdida de peso y sudoraciones nocturnas.

El diagnóstico se establece sobre la base de la evaluación médica de las manifestaciones clínicas, factores de riesgo, evidencia serológica, estudio de los linfocitos y evaluación virósica.

Las pruebas serológicas como la de ELISA (Enzyme-Linked InmunSorbent Assay) detectan anticuerpos séricos contra el VIH, la muestra es analizada una vez; si el resultado es positivo, se vuelve analizar por duplicado; si al menos dos de estos tres resultados son reactivos, la muestra debe ser analizada por

una prueba suplementaria o confirmatoria, tipo Western Blot, para investigar falsos positivos.

La persona recibirá un diagnóstico de VIH solamente si tiene 2 pruebas de Elisa positivas y la de Western Blot que es la prueba confirmatoria ⁽³⁰⁾.

2.2.3.10.1 Fases de la infección por VIH.

a. Fase inicial o síndrome agudo primario o fase de infección aguda.

En algunos casos la persona recién infectada puede presentar molestias como las causadas por cualquier enfermedad viral (como gripe). En esta fase la cantidad de virus es muy alta, pero no es posible identificar la infección, esto es conocido como FASE VENTANA, y durante la cual es posible transmitir la infección.

b. Fase asintomática o portador sin síntomas.

La persona infectada ingresa en un período prolongado (en promedio 5 a 8 años) de enfermedad, sin ninguna molestia. De allí que si una persona no se realiza una prueba de despistaje difícilmente podría saber si está infectada o no.

c. Fase sintomática (linfadenopatía generalizada persistente) o portador con síntomas.

En este período las personas afectadas presentan molestias y pueden aparecer algunas enfermedades oportunistas como Tuberculosis Pulmonar, Neumonía, Cáncer, Hongos, cuadros de diarrea (de más de una semana de duración).

d. SIDA o fase avanzada.

La presencia de infecciones oportunistas (aquellos microorganismos que aprovechan del deterioro del sistema inmunológico para ingresar al organismo y causar enfermedades con parásitos “toxoplasmosis”, tipos de cáncer “sarcoma de Kaposi”, Pneumocystis carini y entre otros) que lo caracteriza a esta etapa. Solo en esta fase la persona tiene o ha desarrollado el SIDA ⁽³³⁾.

2.2.3.10.2 Formas de transmisión del VIH.

a. Transmisión sexual.

Las personas se pueden infectar con el HIV si tienen sexo vaginal, anal, o sexo oral con una persona infectada, cuya sangre, semen o secreciones vaginales entran a su cuerpo. El riesgo de transmisión sexual se incrementa 10 veces con la presencia de otra ITS.

b. Transmisión de madre-hijo, vertical o perinatal.

Se da durante el embarazo (8^{va} y 9^{na} semana) en fluidos como líquido amniótico; en el parto existe contacto del niño con secreciones vaginales y la sangre de la madre al momento de atravesar el canal del parto.

c. Transmisión a través de agujas o compartiendo jeringas.

El VIH se transmite a través de jeringas y agujas contaminantes con sangre infectada. El evitar el uso de drogas intravenosas es la forma más efectiva de prevenir la infección ⁽³⁷⁾.

El tratamiento para el VIH es a base de medicamentos antiretrovirales.

Entre las complicaciones están los daños de órganos sexuales femeninos y masculinos, como la esterilidad, daños al cerebro, infección en el feto causando aborto espontáneo, problemas en el embarazo e incluso la muerte.

Las ITS-VIH/SIDA no se transmiten por picaduras de insectos, por tocar, abrazar o saludar con la mano, por el beso en la mejilla, dormir en la misma

cama, por compartir agua o alimentos, por compartir vasos, tazas o platos, por uso de lugares como baños y piscinas ⁽³⁴⁾.

2.2.3.11 FACTORES QUE INFLUENCIAN LA TRANSMISION DE LAS ITS Y EL VIH.

Las ITS y el VIH son enfermedades infecciosas cuya transmisión depende principalmente del comportamiento de los individuos y su entorno. Las epidemias de ITS se desarrollan a través de fases predecibles, moldeadas por la interrelación de los agentes patógenos, el comportamiento de los grupos poblacionales en los que se desarrolla, y los esfuerzos para prevenirla. Las

redes sociales y sexuales que condicionan la epidemia se ubican en grupos de población caracterizados por un alto intercambio de parejas sexuales (grupo núcleo) y un pobre contacto con el sistema de salud.

Para que se produzca la transmisión de una ITS, una serie de factores sociales, de comportamiento y biológicos tienen que concurrir ⁽³⁵⁾.

2.2.3.11.1 Factores sociales que influyen la transmisión.

- Fracaso en el cumplimiento en la adopción de medidas de “sexo seguro” (que disminuyen la transmisión de las ITS y el VIH/SIDA), como el tener una sola pareja sexual y ser mutuamente fieles, o el uso de condón. Hay muchas razones por las que la gente no tiene sexo seguro entre ellas:
 - Se desconoce que es sexo seguro.
 - Presiones sociales que empujen a los/las adolescentes a iniciar tempranas las relaciones sexuales.
 - Roles sociales que fomentan los patrones de infidelidad (especialmente en varones).
 - No se tiene acceso a condones.
 - No les gusta usar condones.
 - Razones culturales o religiosas impiden que las personas sexualmente activas usen condones.
- Retraso en la búsqueda de servicios de salud cuando se tiene una ITS: algunas razones por las que no se realizan diagnósticos ni se dan tratamientos tempranos se mencionaran a continuación:
 - Muchas personas no saben cuáles son los síntomas de las ITS.
 - Muchas ITS no tienen síntomas (especialmente en mujeres) y los pacientes pueden tenerlas sin saberlo.
 - Los servicios de salud no son adecuados o no están al alcance del paciente.
 - Los servicios de salud no tienen los medicamentos adecuados.
 - Muchas personas prefieren acudir a proveedores alternativos.
 - Hay un estigma asociado a tener una ITS lo que hace que la persona retrase al máximo el acudir a un servicio o al médico.

- La costumbre de no completar el tratamiento: un tratamiento es efectivo solo si se toma la dosis completa. Sin embargo mucha gente recibe tratamientos parciales por costos o creencias (basta sentirse mejor para parar tratamiento).
- No se brinda la oportunidad de tratamiento a la(s) pareja(s) sexual (les), por temor a informales de lo que se trata, o por desconocimiento de la necesidad e importancia del tratamiento de la pareja.

2.2.3.11.2 Factores de comportamiento de los individuos o factores de “riesgo”.

Debido a que la principal forma de transmisión de las ITS son las relaciones sexuales hay una serie de factores que incrementan el riesgo de infección:

- Tener una nueva pareja sexual.
- Tener más de una pareja sexual.
- Tener una pareja que tiene otras parejas sexuales.
- Tener relaciones sexuales con parejas “casuales”.
- Tener relaciones sexuales con trabajadoras sexuales o con clientes de trabajadoras sexuales.
- El uso de drogas o alcohol, esto interfiere con la capacidad de las personas de tomar decisiones al respecto de con quién y cómo tener relaciones sexuales.
- Continuar teniendo relaciones sexuales estando con síntomas de una ITS.
- No usar condón en aquellas situaciones de riesgo.
- Si se tiene una ITS, no informar a la pareja(s) sexual(es) que necesita(n) tratamiento.

2.2.3.11.3 Factores biológicos que influyen la transmisión.

- La edad: las mujeres jóvenes son especialmente susceptibles de adquirir ITS por características de la vagina y cérvix que aún no han desarrollado completamente los mecanismos de defensa como el pH ácido, moco cervical espeso o menor grado de ectopia y exposición del epitelio.

- Muchas ITS pueden ser asintomáticas. Las personas con ITS que no presentan síntomas pueden diseminar la enfermedad sin incluso saber que ellos(as) lo tienen.
- Características de los agentes biológicos: existe resistencia de algunas bacterias (como las que causan gonorrea y cancroide) a los antibióticos. Este problema requiere cambios en las opciones y uso de drogas cada vez más caras para lograr el control de las enfermedades, para las ITS virales como el VIH, el VPH y el herpes no hay tratamiento efectivo.
- Diferencias por sexo: en general el riesgo de infección de un varón con ITS a una mujer sana es mayor que el de una mujer con ITS a un varón sano durante las relaciones sexuales penetrativas. Las mujeres tienen una mayor superficie de exposición (toda la pared de la vagina) con respecto a los varones (uretra). En el caso de Gonorrea, el 80% de las mujeres que el 30% de los varones contraerá la infección luego de tener contacto con una mujer infectada. Otros factores que influyen son la circuncisión y el uso de anticonceptivos ⁽³⁵⁾.

2.2.3.12 EVALUACIÓN DE RIESGO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL ⁽¹⁾.

RIESGO	ACTIVIDAD SEXUAL
<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo muy alto • Riesgo alto 	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo anal o sexo vaginal receptivo sin condón. • Sexo anal o sexo vaginal penetrativo sin condón.
<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo medio 	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo anal o vaginal receptivo: dar sexo oral sin barrera de látex, introducir un dedo o una mano (con heridas) en la vagina o en ano; compartir juegos sexuales (pene de goma, vibradores, etc.) sin condón y sin desinfectarlos o limpiarlos; ingerir leche materna.
<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo bajo 	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo anal o vaginal penetrativo con condón; recibir sexo oral sin barrera de látex (barrera de protección).
<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo muy bajo 	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo “interfemoral” (entre los muslos); sexo oral al varón sin colocar la cabeza del pene (glande) en la boca; masturbar a la pareja evitando el contacto con semen o flujo vaginal; dar o recibir sexo oral con barrera de látex (barrera de protección); beso profundos (beso francés); compartir juegos sexuales con condón, limpios o desinfectados.

- Abstinencia sexual; abrazos; masajes; frotación cuerpo a cuerpo; masturbación; fantasías; besos secos; no compartir juguetes sexuales; baño caliente de tina en pareja; ducharse juntos; sauna.

2.2.3.13 LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y LAS TRABAJADORAS SEXUALES.

Los estudios epidemiológicos recientes han investigado las redes que son definidas por relaciones sexuales entre los individuos, y descubrieron que las características de las redes sexuales son cruciales a la extensión de las enfermedades de la transmisión sexual. Particularmente, parece ser un factor importante, la mezcla asociativa (distributiva) entre la gente con una gran cantidad de parejas sexuales.

Para determinar quienes corren más riesgo de contraer y distribuir alguna ITS es necesario concentrar la atención en los grupos de población más vulnerables. Los miembros de estos subgrupos son por definición, expuestos a más riesgo para la transmisión.

La trabajadora sexual es conocida como aquella mujer que tiene como actividad económica el intercambio de sexo por dinero u otros bienes, está considerado dentro de las poblaciones vulnerables, por su alto recambio de parejas sexuales y alta exposición a las ITS, es por eso que esta profesión sin el uso de las precauciones del sexo seguro se ha asociado a menudo con la extensión de ciertas infecciones de transmisión sexual. Sin embargo, las ITS pueden transmitirse en cualquier forma de relación sexual, sin importar la naturaleza de esta ⁽¹⁾.

La vulnerabilidad de este grupo se relaciona fundamentalmente con:

- Pobreza creciente e imposición de políticas económicas neoliberales. Los niveles de ingreso económico sobrepasan, en general, dos salarios mínimos mensuales.
- Múltiples parejas.
- Empleo de prácticas sexuales de riesgo relacionado con incremento en el dinero percibido al no emplear métodos de protección.

- Consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas que disminuyen la posibilidad de control sobre comportamientos sexuales.
- Pobre acceso a los servicios de salud y carencia de seguridad social.
- Delincuencia.
- Baja capacidad de prácticas sexuales seguras y en el uso del condón.
- Inexistencia de programas específicos de prevención dirigidos a ellas y de asignación de recursos para esto.
- Posibilidad de incremento de trauma genital por relaciones sexuales no consensuales, rápidas o frecuentes.

Podemos afirmar que las trabajadoras sexuales pertenecen a los grupos que presentan una elevada prevalencia de infecciones de transmisión sexual, para ellas la Guía Nacional de Consejería para ITS establece los siguientes aspectos a abordar:

- Reconocimientos de signos y síntomas de infecciones de transmisión sexual.
- La búsqueda de servicios de salud.
- Promoción y provisión de uso de condón en cada relación sexual que tenga con sus clientes y con su pareja estable.
- Negociación con los clientes para el uso del condón.
- La práctica de sexo anal es la de mayor riesgo de contagio de una ITS o del VIH.
- El sexo oral sin usar preservativo es una práctica de riesgo.
- El cuidado del cuerpo y la protección de la salud es importante.
- La atención médica periódica permite la búsqueda activa de ITS.
- Higiene personal.
- Evitar el trabajo sexual durante la menstruación.
- Una persona con resultado positivo de WESTERN BLOT.
- Aspectos legales del trabajo sexual ⁽¹⁾.

a) Atención Médica Periódica (AMP).

La AMP, según MINSA, se define como el control sistemático y periódico en busca de ITS que se realiza a los/as trabajadores(as) sexuales (TS), sin importar su estado serológico con una periodicidad de 30 días. La AMP debe realizarse en los Centros de Referencia de ITS y SIDA (CERITS), o en las Unidades de Atención Médica Periódica (UAMP) reconocidas a nivel nacional.

La Atención Médica Periódica a trabajadoras sexuales mujeres incluye:

- Evaluación clínica cada 30 días, priorizando en el examen físico la inspección de piel, boca, región perianal, anal y presencia de adenopatías. Además deberá incluir examen vaginal con espéculo y examen bimanual.
- Evaluación de laboratorio cada 30 días, para lo cual se deberá realizar el examen con espéculo con toma de muestras de secreción vaginal (pH, directos y tinción de Gram) y estudio de secreción endocervical (tinción de Gram, Elisa para Clamidia y cultivo para N. Gonorrhoeae). Además se realizara el hisopado de recto (cultivo de N. Gonorrhoeae).
- Evaluación serológica para Sífilis con RPR cada 3 meses.
- Prueba de ELISA para VIH cada 6 meses.
- PAP anual, ya que la infección por algunos serotipos de VPH (16, 18, 3, etc.) aumentan el riesgo de Cáncer Cervical.
- Información, consejería, promoción del uso y provisión de condones ⁽¹⁾.

2.2.3.14 MEDIDAS PREVENTIVAS DE LAS ITS/VIH – SIDA.

Son todas aquellas medidas usadas con el fin de prevenir el contagio de las ITS, entre las cuales se tiene:

➤ Practicar el “sexo seguro”.

Es toda práctica sexual en la que no se está en contacto con fluidos que son de riesgo: semen. Secreciones vaginales, sangre. Existen varias alternativas y estas son: masturbación, caricias, besos, manejos eróticos e incluso el uso del preservativo. Tienen como propósito de reducir el riesgo a contraer SIDA u otra ITS.

➤ **Uso correcto del preservativo en las relaciones sexuales.**

Es la manera más efectiva de prevenir las ITS, usarlo en toda relación sexual; es necesario comprobar que el preservativo o condón esté en buenas condiciones, es decir, no usar si el envase está roto o despegado, está resquebrado, reseco o pegajoso, el color está alterado o es desigual. El uso adecuado del preservativo o condón se realiza de la siguiente manera:

1. Colocarse el condón antes de cualquier contacto sexual. Cuando el pene esté erecto sujetar la punta del preservativo y presionarlo para sacar el aire.
2. Sin soltar la punta desenrollando hasta llegar a la base del pene.
3. No usar crema cosmética ni vaselina como lubricantes porque deteriorarían el condón.
4. Después de eyacular, sujetar el condón por su base y retirarlo del pene mientras esté erecto.
5. Quitar el condón cuidando que no gotee.
6. Anudar el condón usado y eliminarlo a la basura.

➤ **La abstinencia sexual.**

Conducta por la cual una persona no tiene relaciones sexuales.

➤ **Prácticas sexuales sin penetración.**

Son aquellas prácticas en las cuales no existe el coito (penetración), entre ellas están los besos, fantasear, los abrazos, las caricias.

➤ **Ser fiel a la pareja o pareja sexual única y duradera.**

Esto hace referencia a tener relaciones sexuales sólo con su pareja, ser fiel, respetarla.

➤ **Evitar la promiscuidad.**

Se refiere promiscuidad cuando una persona mantiene relaciones sexuales con varias personas; es uno de los mayores riesgos para contraer el VIH o alguna ITS ⁽³⁴⁾.

2.2.3.15 TRABAJO SEXUAL.

Las Trabajadoras Sexuales son mujeres que reciben dinero o bienes a cambio de sus actividades sexuales ya sea de forma regular u ocasional y que pueden definir o no conscientemente estas actividades como generadoras de ingresos. Muchas de estas ingresan en el trabajo sexual por motivos económicos; es decir, puede ser la única opción de trabajo o la mejor pagada. A otras las coacciones para que ingresen en el trabajo sexual por medio de la violación, la trata de personas o la servidumbre por deudas. Algunas sobre todo las adultas, eligen libremente el trabajo sexual como ocupación.

Definir el trabajo sexual es complicado por el continuo desarrollo de políticas y programas a nivel nacional; es por eso que es más propicio hacerlo con un lenguaje que sea estigmatizado y que reconozca que muchos de los que están implicados en el trabajo sexual lo consideran se fuente de ingresos. Sin embargo, es preciso destacar que ningún término abarca adecuadamente toda la variedad de transacciones que tienen lugar en el Mundo relacionado con el trabajo sexual. El término apropiado que se aplica para el trabajo sexual se define en mejor relación con el contexto local, a su vez esta definición puede cambiar con el tiempo a medida que las actitudes evolucionan, sin embargo que la mayoría de los profesionales del sexo no se definen así mismo como tales y consideran el trabajo como una actividad temporal.

La Guía Nacional de Consejería en ITS/VIH y el SIDA define como trabajador sexual a aquella persona, hombre o mujer, que intercambia servicios sexuales por dinero o bienes. Se debe considerar, también, a quienes tienen sexo compensado, pero que no se identifican como trabajador sexual.

Para el presente trabajo definiremos entonces a las profesionales del sexo o trabajadoras sexuales como “mujeres adultas y jóvenes que reciben dinero o bienes a cambio de sus servicios sexuales, ya sea de forma regular u ocasional, y que pueden definir o no conscientemente estas actividades como generadoras de ingresos”.

El trabajo sexual parece fomentar cuando coexisten una demanda de servicios sexuales y un entorno favorable. El contexto en el que habitualmente tiene lugar incluye: una concentración de población sexualmente activa, suficiente

anonimato, una elevada tasa de varones en relación con la de mujeres y, más importante, disparidades socioeconómicas que hacen que el cliente pueda costearse el trabajo sexual y que éste constituya una oportunidad económica para el profesional del sexo. Además de los centros urbanos, estas circunstancias pueden darse en zonas mineras e industriales, puertos, comunidades situadas en zonas de mucho tránsito y rutas de transporte, barracones militares, ciudades comerciales fronterizas, etc ⁽¹⁾.

2.2.3.15.1 Trabajo Sexual en el Perú.

En el Perú, desde 1911, el trabajo sexual es considerado una actividad lícita para las mujeres mayores de 18 años, siempre que se realice en los lugares y bajo las condiciones que señalan las normas administrativas pertinentes. De lo contrario se le considera una actividad ilegal, pero no sujeta a sanción legal, a diferencia del proxenetismo que es considerado ilegal, con una pena privativa de la libertad de entre 2 a 12 años.

Las municipalidades de Lima, Chiclayo y Chimbote – Santa manifiestan haber establecido requisitos específicos para la apertura de un prostíbulo legal, cobrando un monto por la licencia. Según la información dada por el Instituto Nacional de Estadísticas en 31 ciudades de la República, para el año 1997, habían 49 prostíbulos registrados en 23 ciudades, ocho de los cuales se encontraban en Lima Metropolitano.

Existen diversos beneficios en torno al trabajo legislado, como poder acceder a sueldo y horario fijo de trabajo, trabajar en un lugar protegido por otras personas y el dinero extra que reciben por salir con los clientes. Sin embargo, existen otros bienes de los que podrían gozar que no se encuentran cubiertos, como el caso del control sanitario que, en teoría se exige que se realice cada 15 días y, sin embargo para 1980, existían más de 60000 trabajadoras inscritas, de las cuales solo 36000 recibían control sanitario permanente.

En el caso del trabajo sexual clandestino, éste es realizado de manera predominantemente oculto, siendo imposible contar con estadísticas exactas. Sin embargo, entre 1999 y 2001, la Policía Nacional informó que los

locales destinados al trabajo sexual clandestino detectados por la División de Licencias Especiales, eran 40 en Ancash, 0 en Callao, 15 en Cusco, 19 en Chiclayo, 25 en Iquitos, 13 en Pucallpa, 15 en Huancayo, 13 en Huánuco, 0 en Tacna y 161 en Lima.

En el Perú, existen mujeres de todos los estratos socioeconómicos de todas las edades dedicadas al trabajo sexual, y el nivel socioeconómico del que provengan influirá en la categoría en la que realizan su actividad. Es así que hay trabajo sexual en todos los estratos sociales y la cantidad de dinero que reciben a cambio de sus servicios también mantiene una gran variación. En el estudio realizado en 1980, se detectó que la mayoría de las trabajadoras sexuales registradas eran de clase popular y solo un 5% de clase media. De todas ellas. El 28% eran analfabetas, el 65% no había terminado la educación primaria y un 7% había culminado los estudios secundarios. Asimismo, se sabe que el 90% de las mujeres que ejercen la prostitución son madre y padre de familia, y constituyen la única fuente de ingresos de su hogar. Si bien es cierto que el uso de drogas y alcohol está presente en la mayoría de las trabajadoras sexuales, sean ellas clandestinas o registradas, sí existen diferencias en cuanto a los cuidados de la salud sexual. Se ha establecido que a más bajo nivel socioeconómico, es mayor la desinformación sobre enfermedades de transmisión sexual, modos de cuidados o métodos de planificación familiar, con lo que las trabajadoras sexuales clandestinas se encuentran en mayor riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual como el SIDA. Además, muchas veces, este grupo de mujeres acepta una mayor cantidad de dinero ofrecido por los clientes a cambio de no usar preservativo; por otro lado, en los niveles más altos, la mayoría de las trabajadoras sexuales usa algún método anticonceptivo y en algunas cosas reglamentadas les proporcionan el preservativo como parte de la implementación de la habitación ⁽¹⁾.

2.2.3.15.2 Causas por las que se practica el Trabajo Sexual.

➤ **Desempleo y subempleo.**

El subempleo se presenta como una categoría marginal de supervivencia. El empleo es la capacidad que tiene el trabajador/a para solventar gastos

corrientes y los de su familia con un ingreso regular, que le permita de forma eventual un margen para ahorrar. Quienes caen en el empleo eventual son en realidad desempleados que cuentan con alguna habilidad que les permita subsistir en el mercado caracterizado por un alto nivel de marginación. Por último, el desempleo, es la incapacidad del sistema económico actual para procurar a todas las personas, las condiciones mínimas de empleo y subsistencia permanentes.

El desarrollo de la prostitución está asociado con las limitaciones que debe afrontar una familia con casos recursos, producto del paro forzoso al que se están viendo sometidos los proveedores, los hombres, la cabeza de la familia. En estas circunstancias, es habitual que madre e hijos se incorporen al mercado laboral efectuando diversas tareas y por ingresos no siempre suficientes para mantener a la familia, con lo cual se subemplea. Para ello acuden a fuentes de trabajo mal remunerados. Por un lado, la mujer, suele desempeñar tareas destinadas al mantenimiento del hogar de otros y por otro, en el caso de las hijas mujeres, la situación se vuelve más crítica. Escasamente cualificadas para efectuar trabajos tradicionalmente asignados a los varones, se ven forzadas a aceptar trabajos como camareras, auxiliares en una oficina, etc. En los cuales las posibilidades de mejorar sus condiciones de vida son escasas.

➤ **Pobreza y condiciones de vida.**

La pobreza es otra de las posibles causas que repercuten en el ejercicio de la prostitución. En gran parte de los casos, suele ser el punto de partida.

El mayor número de menores, adolescentes y jóvenes prostituidos/as proviene de los estratos más bajos de la sociedad. Sin embargo hay que tener en cuenta que no toda persona indigente se prostituye. A la situación de pobreza se suman otros factores predisponentes.

Analizando el caso particular de la pobreza, puede verse que producto del acceso restringido al mercado laboral, la condición de vida de los miembros de las familias empobrecidas se ve seriamente afectada; esto se traduce en las siguientes características: hábitos alimenticios precarios, vestimenta desgastada, vivienda precaria, carente muchas veces de los servicios

básicos, educación inicial truncada, escaso acceso a los bienes de consumo, etc.

De esta manera, las condiciones de vida se hayan determinadas por el poder adquisitivo de los individuos. La pobreza implica un escaso poder adquisitivo, lo cual repercute negativamente en las condiciones materiales de existencia.

➤ **Violencia y desintegración familiar.**

Es el proceso por el cual los miembros de una familia pierden el contacto entre sí, y este puede ser el resultado de las condiciones de pobreza. Muchas veces el padre abandona el hogar. En ocasiones, una mujer es abandonada por sucesivas parejas, que aprovechan la unión no formal, optan por dejar a la mujer con uno o más hijos. Este hecho está frecuentemente relacionado condicionado por la violencia intrafamiliar, que se ejerce en contra de la mujer o de los hijos, sobre todo cuando estos tienen una corta edad.

En la violencia intrafamiliar, los hijos están más expuestos, porque son ellos los testigos presenciales de los ataques entre los cónyuges. El niño y/o la niña desde temprana edad se encuentran con situaciones que atentan contra su seguridad y desarrollo integral, e incluso otras veces contra su propia vida, como son el abandono, la desnutrición y los golpes, lo cual en un futuro podrá afectar al desarrollo de su personalidad.

Así la ausencia de uno de los padres y su eventual reemplazo por una madrastra o un padrastro, los conflictos internos sociales y económicos, los desajustes emocionales, la sustitución de roles en los menores que deben asumir funciones impropias para su edad. Todo esto afecta directamente al niño o la niña, el cual crece carente de afecto y recibiendo solo influencias negativas, lo que conllevará a una serie de traumas emocionales, desarrollo de inseguridades, baja autoestima, resentimiento, agresividad, etc.

Las estrategias de supervivencia, que muchas veces sustituyen a un empleo fijo o temporal, van desde el robo, hasta el tráfico de drogas, y son los miembros de las familias más empobrecidas las que más fácilmente llegan a

incurrir en estos tipos de actos. La prostitución, como ha quedado reflejado en este caso, no está al margen de la realidad.

➤ **Abusos sexuales.**

La violación y otras formas de abuso sexual son una de las causas comunes para que las personas opten por el camino de la prostitución, y de ésta no están libres varones ni mujeres. Según diversas fuentes consultadas, uno de los lugares donde se comete este abuso contra las personas es el propio hogar, siendo víctimas frecuentes niños, niñas, y adolescentes. El reportaje señala: “llama la atención que una gran parte de los casos de violación haya sido cometido en el seno de la familia por personas cercanas a los menores, sean éstos los padres, los hermanos, primos, tíos, etc.”

Son frecuentes los casos en que los niños se ven sometidos además de las agresiones, a los abusos sexuales por parte de su padre, el padrastro, familiares cercanos o desconocidos. Lo anterior implica en muchos niños verse expuestos a una iniciación sexual precoz, a relaciones incestuosas, y a los riesgos de una maternidad temprana y a la incorporación a la prostitución, lo que ocasiona su discriminación social y marginación.

➤ **Madres solteras.**

Un embarazo en condiciones de dependencia de la familia por parte de la joven, puede conducir a su rechazo del propio núcleo familiar. El abandono del hogar es la salida inminente, y la prostitución, una secuela previsible. Esta situación se ve agravada cuando la joven carece de una formación o preparación que le permita enfrentar la vida.

Ser madre soltera puede ser, además de una causa, un efecto de esta situación. En este último caso, la vida de una mujer prostituida podría reproducirse en sus hijos o hijas. Sumado a lo anterior, sería necesario considerar otros aspectos de menor importancia, pero que también contribuyen a agudizar el problema de la prostitución, como la influencia de los grupos secundario (amigas) o la captación de mujeres ingenuas, que ante propuestas de popularidad y fama con buena paga caen en la explotación sexual.

➤ **Dependencia a las drogas.**

Dependencia de las drogas: la adicción al consumo de las drogas es una causa de inicio en la prostitución pero, al mismo tiempo, puede ser consecuencia del ejercicio de la propia actividad, por inducción del compañero o del proxeneta, en su caso, o por decisión propia como una forma de soportar mejor la tensión afectiva y física. La necesidad de obtener dinero de una manera rápida y la facilidad que ofrece la prostitución para conseguirlo convierte a la prostitución en una de las salidas más viables.

➤ **Otras causas.**

Las causas generales de que existen menores ejerciendo la prostitución son:

- Personas dispuestas a comprar y a vender.
- Pobreza extrema.
- Servicios policiales ineficaces en muchos países.

Los factores concretos que llevan a que se posibilite esta práctica en menores son:

- Ausencia de factores protectores: la familia y la escuela.
- Factores de riesgo: familia abusadora, abandono del hogar, absentismo escolar, alcohol y drogas, abusos sexuales, etc.

Como todos sabemos cada causa tiene su efecto, y en el mundo de la prostitución esto no está oculto. Existen múltiples efectos que derivan de cada una de las causas, por las cuales una persona se adentra en el trabajo sexual.

Los principales efectos que están en nuestra sociedad actual y a los cuales tiene que enfrentar la persona que lo practica son: marginalidad y discriminación social y laboral, posibilidad de inclusión en el alcohol y la drogadicción, exposición constante a personas desconocidas, lo cual implica el correr un potencial riesgo físico, además de psíquico, posibilidad de contagio y transmisión de Infecciones de Transmisión Sexual ⁽⁷⁾.

Las circunstancias vitales que empujan a las personas al trabajo sexual, a cualquier edad, suelen ser las mismas circunstancias que contribuyen a su falta general de poder de decisión; no obstante, dicho poder de decisión es

esencial para negociar el uso del preservativo y otras prácticas sexuales seguras. Los siguientes factores determinantes a menudo tienen un papel importante:

- La pobreza y las oportunidades económicas limitadas, en concreto para las mujeres y los jóvenes, son los factores fundamentales para ingresar en el trabajo sexual, ya sea por voluntad propia o bajo coacción. Algunos individuos pueden elegir el trabajo sexual aunque tengan otras opciones igual de rentables, pero la inmensa mayoría tiene pocas fuentes de recursos, a menudo porque su educación y aptitudes comerciales son limitadas. Los individuos que tienen empleos con sueldos bajos u otras fuentes de apoyo parcial pueden complementar sus ingresos con el trabajo sexual a tiempo parcial o a corto plazo. Teniendo en cuenta que pueden no identificarse a sí mismas como profesionales del sexo, puede ser especialmente difícil establecer contacto con esas personas.
- La desigualdad basada en el género contribuyen a que las mujeres ingresen en el trabajo sexual. Aunque sus derechos e independencia económica son a menudo limitadas (en algunos ejemplos, gravemente), las mujeres, sobre todo las madres que viven solas, a menudo cargan con el mayor peso de las obligaciones familiares. Además de tener un acceso limitado al trabajo, en algunas ocasiones las mujeres tienen pocas perspectivas de recursos económicos fuera del matrimonio que no sean el trabajo sexual.
- La explotación sexual incluida la trata de personas. Al ser vulnerables a las presiones de la pobreza y ser fáciles de engañar con promesas de ganancias económicas, las familias pueden ser fácilmente inducidas por los traficantes a empujar a sus hijas más jóvenes o parejas al trabajo sexual comercial. Las mujeres que migran por razones económicas (de un entorno rural a otro urbano) son especialmente vulnerables a la explotación sexual o a la trata de personas por su relativa ingenuidad acerca de la nueva ciudad, los posibles obstáculos idiomáticos, y su precaria situación económica.
- Las prácticas y creencias culturales y/o tradicionales también pueden aumentar la vulnerabilidad a ingresar en el trabajo sexual, así como

aumentar la dependencia de los varones de las profesionales del sexo. Algunas tradiciones, por ejemplo, han fomentado durante generaciones que los varones jóvenes tengan su primera experiencia sexual con una mujer experimentada: normalmente una profesional del sexo.

- Los jóvenes, especialmente, pueden sentirse obligados por la presión de sus coetáneos a demostrar su hombría. En algunas comunidades, puede ser aceptable o incluso es previsible que las muchachas solteras colaboren a los ingresos familiares, y el trabajo sexual puede ser su única forma de generar ingresos.

El trabajo sexual puede clasificarse como “formal” (organizado) o “informal” (no organizado). En general el TS formal se realiza en un establecimiento y los gerentes y/o proxenetas actúan como autoridades claramente definidas y como intermediarios entre el profesional del sexo y su cliente. Esta clase de trabajo sexual se encuentra a menudo en establecimientos considerados como puntos de reunión para las transacciones o actividades sexuales comerciales, por ejemplo: prostíbulos, clubes nocturnos, bares y casas de masajes.

Los profesionales del sexo informal, como las mujeres que ejercen la prostitución en la calle, normalmente encuentra a sus clientes independientemente. Las TS ocasionales realizan otra clase de trabajo sexual, pueden vender o intercambiar sexo para satisfacer sus necesidades económicas a corto plazo, por ejemplo: una crisis económica familiar.

En cuanto a los Aspectos Legales del TS, en el Perú actualmente la prostitución no es avalada legalmente, sin embargo existen normas que la regulan como:

- Marco Legal que reglamente a nivel municipal requisitos para la instalación de casas citas.
- La legislación Penal reprime con severidad, Art. 181 el delito de “Proxenetismo”, Art. 179 “promoción de la prostitución”, Art. 180 “rufianismo” y Art. 182 “trata de personas”.

- El reglamento de la Ley N° 28243, Ley que amplía y modifica la Ley N° 26626 en su Art. 1 establece “El Ministerio de Salud será la única institución autorizada a señalar las pautas de intervención en salud orientadas a la Atención Médica Periódica (AMP) y de prevención de las ITS/VIH en miembros de grupos con alta frecuencia de ITS”, ninguna autoridad administrativa, policial, municipal o política tiene competencia sobre esta materia bajo responsabilidad ⁽¹⁾.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.

- **Conocimiento:** conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros, precisos, ordenados e inexactos.
- **Actitud:** es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas.
- **Infección de Transmisión Sexual:** son enfermedades transmisibles de diferentes etiologías cuya forma predominante de contagio es a través de las relaciones sexuales.
- **Trabajadora Sexual:** mujer que tienen como actividad económica el intercambio de sexo por dinero u otros bienes, considerado dentro de los grupos de elevada prevalencia, por su alto recambio de parejas sexuales y alta exposición a las Infecciones de Transmisión Sexual.
- **Edad Fértil:** etapa de vida de la mujer durante la cual se posee la capacidad biológica de la reproducción.

CAPÍTULO III

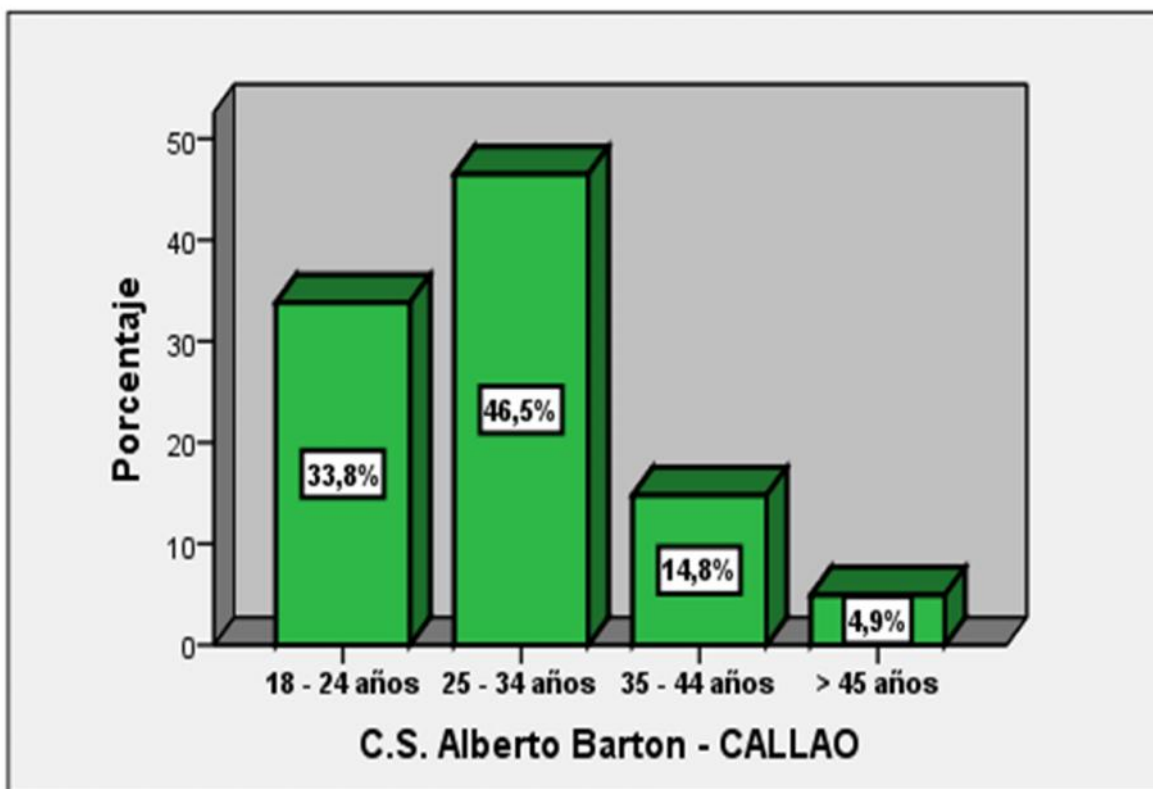
PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Luego de haberse aplicado un cuestionario a las 142 Trabajadoras Sexuales para determinar el nivel de conocimiento y actitud sobre las Infecciones de Transmisión Sexual, se obtuvieron resultados, los cuales se presentan a continuación, mediante cuadros y gráficos estadísticos.

TABLA N° 1: POBLACIÓN TOTAL Y POR GRUPOS DE EDAD.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18 – 24 años	48	33.8
25 – 34 años	66	46.5
35 – 44 años	21	14.8
>45	7	4.9
TOTAL	142	100

EDAD DE LAS TRABAJADORAS SEXUALES



FUENTE: Elaboración propia.

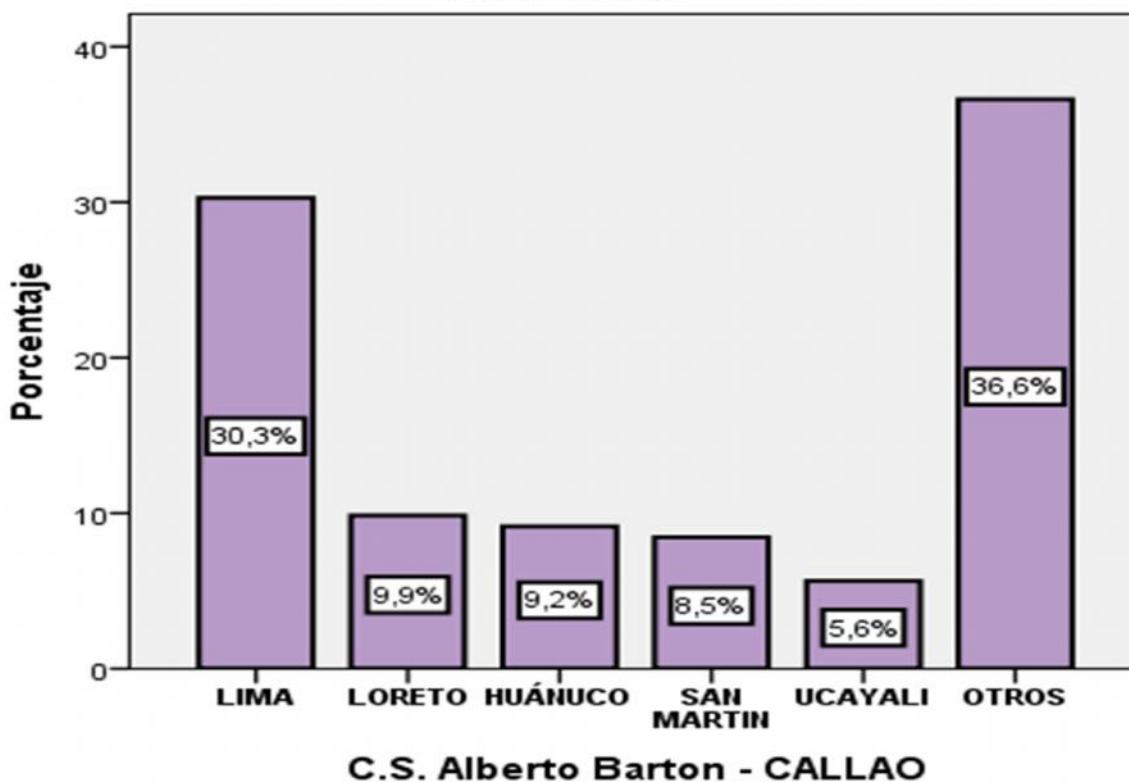
INTERPRETACIÓN N° 1

En el siguiente gráfico podemos observar que las edades en las que se ubican las Trabajadoras Sexuales están en el grupo de 25 a 34 años con 46.5% (66) seguido del grupo de 18 a 24 años con 33.8% (48) y en menor porcentaje se encuentra en el grupo mayores de 45 años con 4.9% (7). Además se encontró dos trabajadoras sexuales de 60 años fuera del grupo en Edad Fértil.

TABLA N° 2 LUGAR DE NACIMIENTO.

DEPARTAMENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LIMA	43	30.3
LORETO	14	9.9
HUÁNUCO	13	9.2
SAN MARTIN	12	8.5
UCAYALI	8	5.6
OTROS	52	36.6
TOTAL	142	100

LUGAR DE NACIMIENTO DE LAS TRABAJADORAS SEXUALES



FUENTE: Elaboración propia.

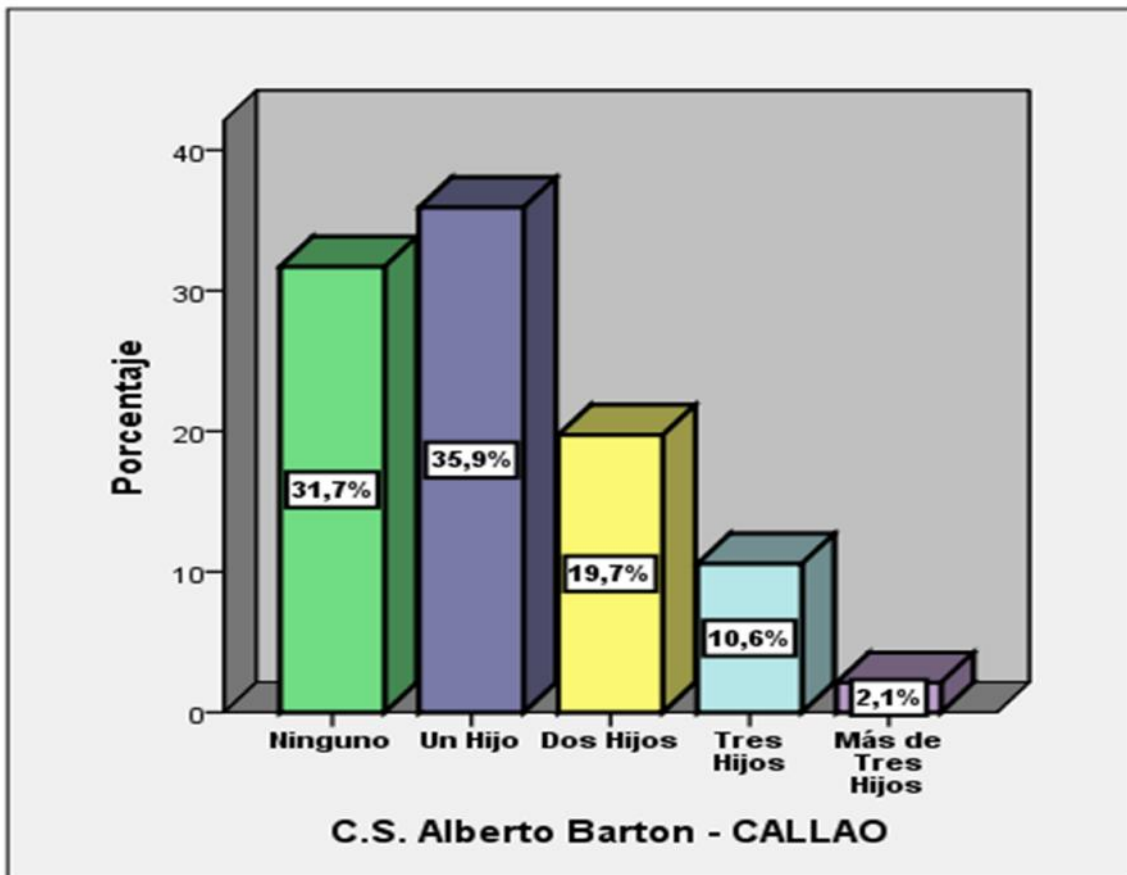
INTERPRETACIÓN N° 2

En relación al lugar de nacimiento de las Trabajadoras Sexuales el 30.3% (43) pertenecen al departamento de Lima, el 9.9% pertenecen a Loreto y Huánuco, el 36.6% son otros departamentos de mínimos porcentajes acumulados.

TABLA N° 3: NUMERO DE HIJOS.

HIJOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NINGUNO	45	31.7
UN HIJO	51	35.9
DOS HIJOS	28	19.7
TRES HIJOS	15	10.6
MAS DE CUATRO HIJOS	3	2.1
TOTAL	142	100

NUMERO DE HIJOS DE LAS TRABAJADORAS SEXUALES



FUENTE: Elaboración propia.

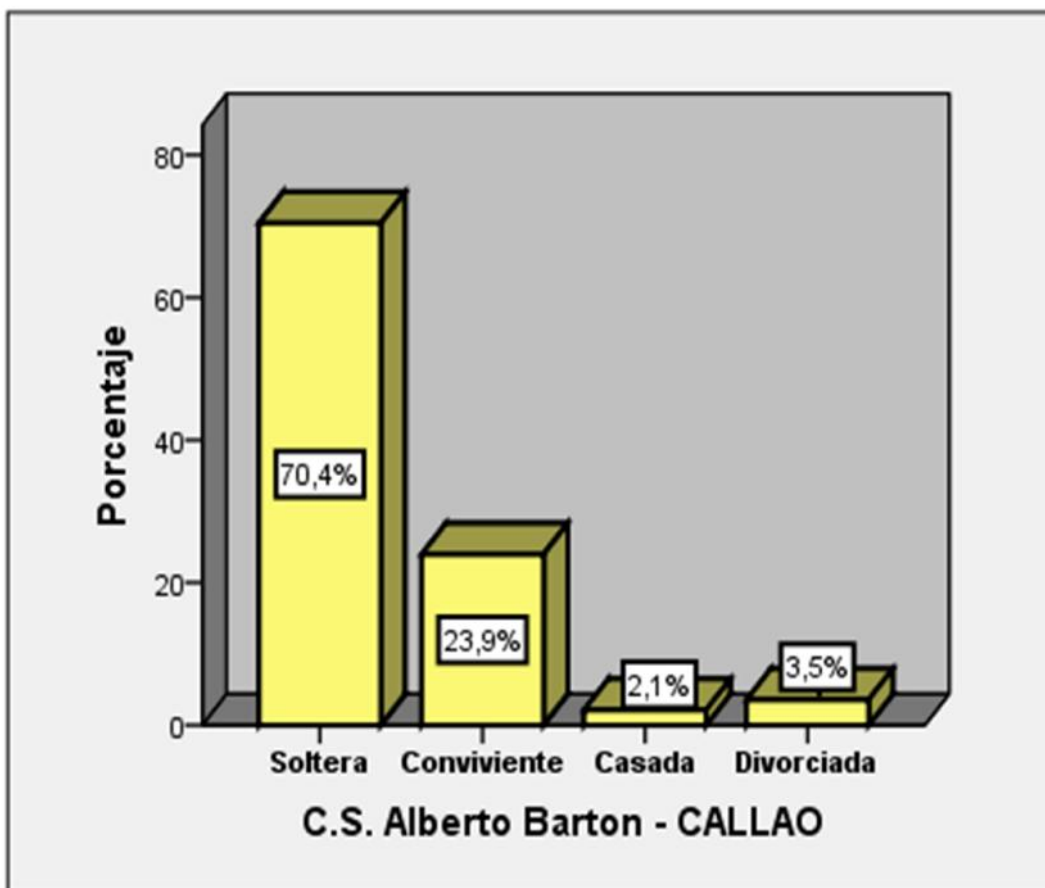
INTERPRETACIÓN N° 3

El siguiente gráfico nos muestra los números de hijos que tienen las Trabajadoras Sexuales, el 35.9% (51) tienen un hijo y solo el 2.1% tienen más de tres hijos.

TABLA N° 4: ESTADO CIVIL.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERA	100	70.4
CONVIVIENTE	34	23.9
CASADA	3	2.1
DIVORCIADA	5	3.5
TOTAL	142	100

ESTADO CIVIL DE LAS TRABAJADORAS SEXUALES



FUENTE: Elaboración propia.

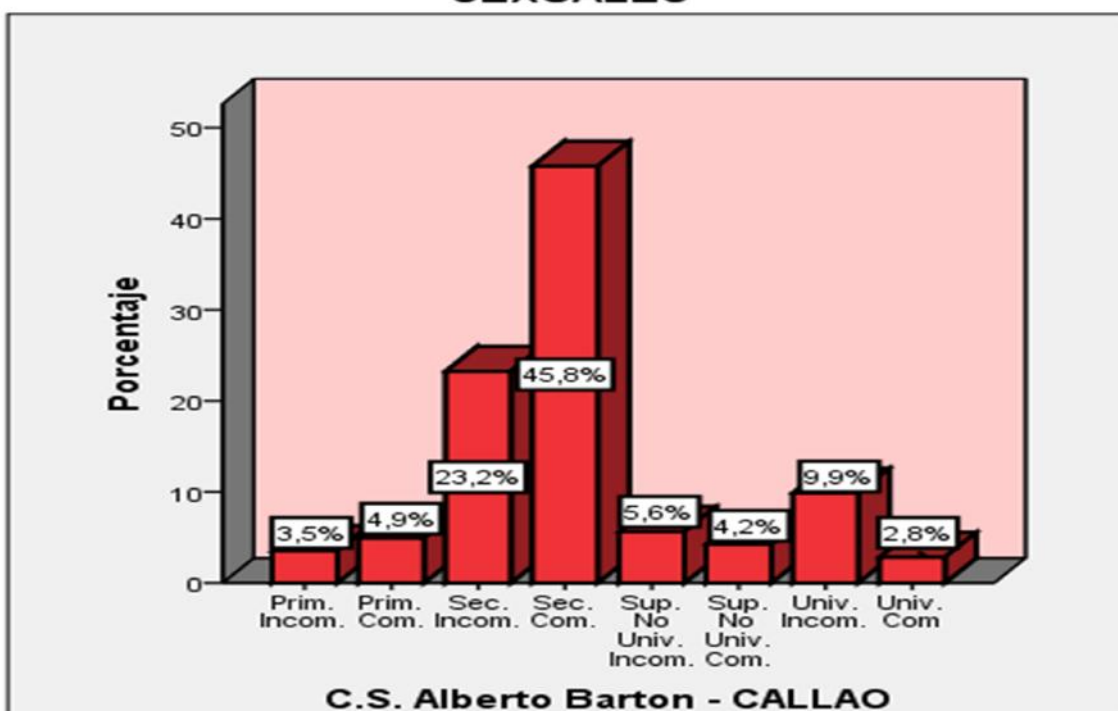
INTERPRETACIÓN N° 4

El siguiente gráfico nos muestra su estado civil de las Trabajadoras Sexuales; la gran mayoría son solteras que representa el 70.4% (100), y el 23.9% son convivientes; y en mínimo porcentaje de 2.1% son casadas.

TABLA N° 5: GRADO DE INSTRUCCIÓN

G. DE INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIM. INCOM.	5	3.5
PRIM. COM.	7	4.9
SEC. INCOM.	33	23.2
SEC. COM.	65	45.8
SUP. NO UNIV. INCOM.	8	5.6
SUP. NO UNIV. COM.	6	4.2
UNIV. INCOM.	14	9.9
UNIV. COM.	4	2.8
TOTAL	142	100

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS TRABAJADORAS SEXUALES



FUENTE: Elaboración propia.

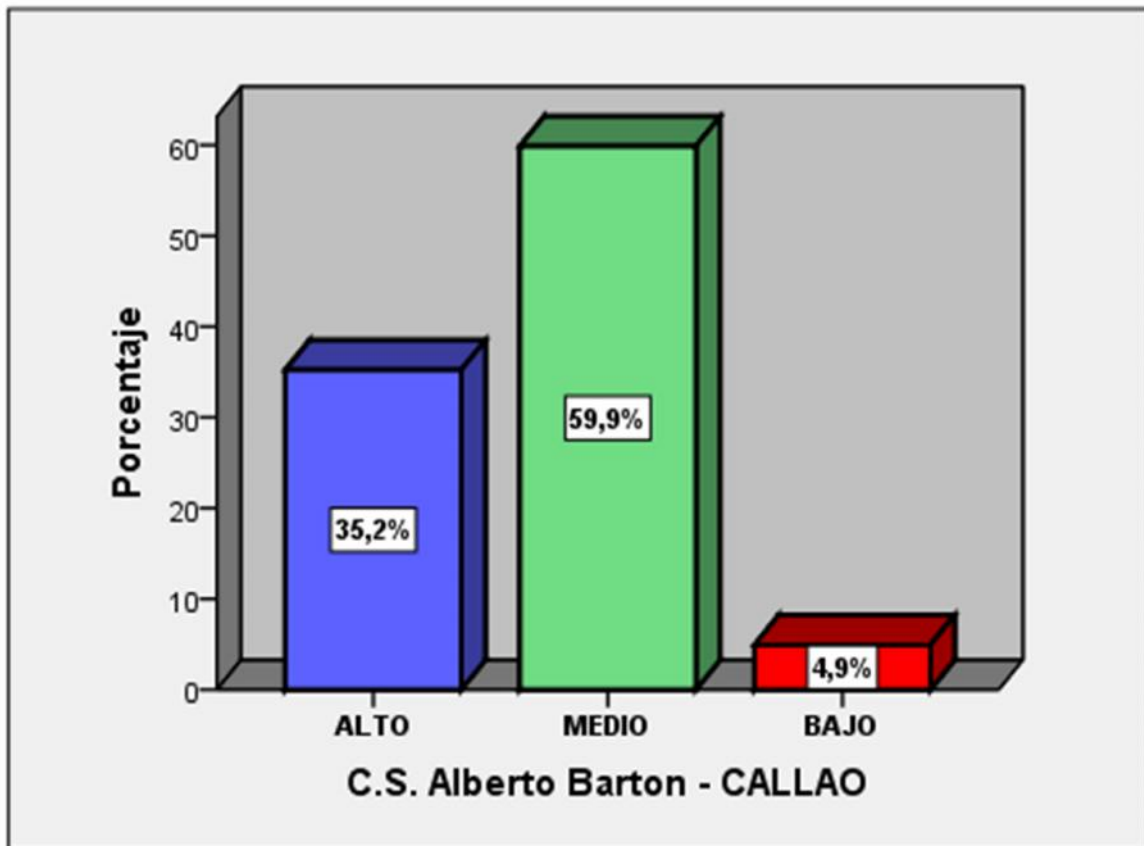
INTERPRETACIÓN N° 5

El relación al grado de instrucción que tienen las Trabajadoras Sexuales; el 45.8% (65); terminaron sus estudios secundarios, y el 2.8% (4) terminaron sus estudios universitarios.

TABLA N° 6: NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS TRABAJADORAS SEXUALES

NIVEL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALTO	51	35.2
MEDIO	84	59.9
BAJO	7	4.9
TOTAL	142	100

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS TRABAJADORAS SEXUALES



FUENTE: Elaboración propia.

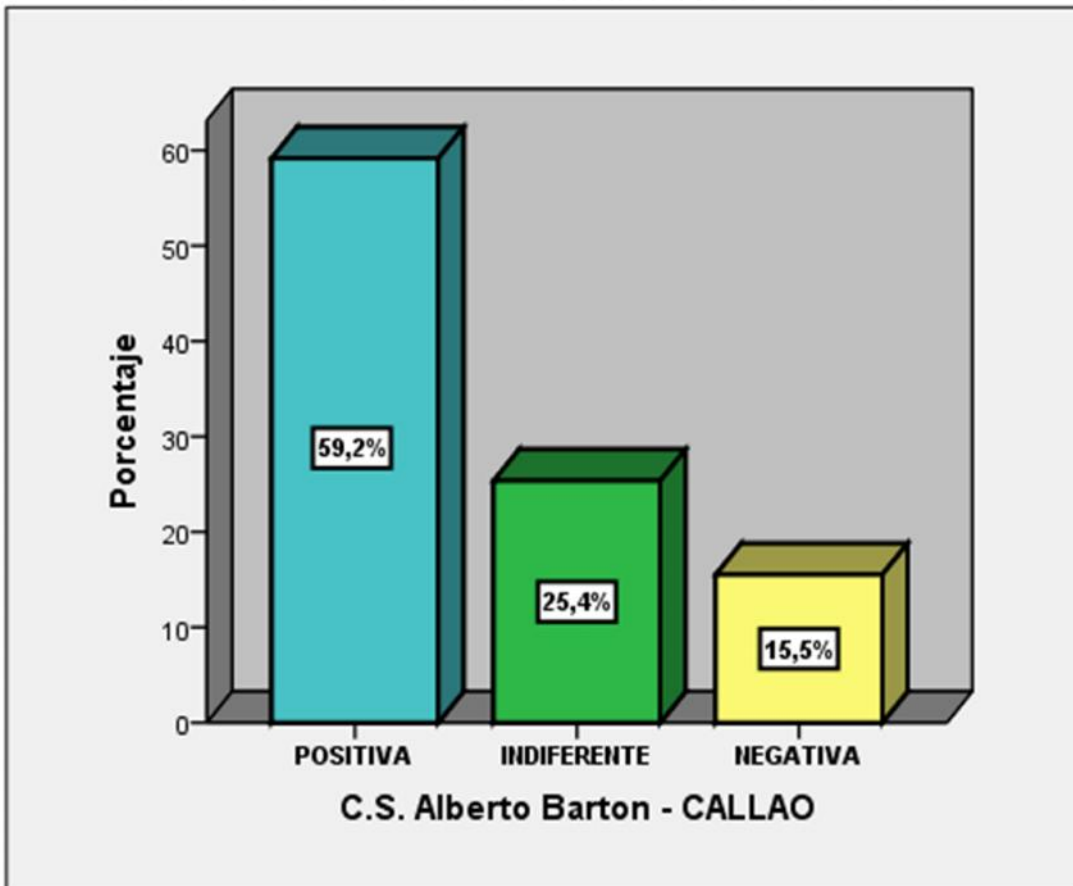
INTERPRETACIÓN N° 6

El siguiente gráfico nos muestra el nivel de conocimiento que tienen las Trabajadoras Sexuales; el 59.9% (84) tiene un nivel de conocimiento medio, el 35.2% (51) tienen un nivel de conocimiento alto y el 4.9% (7) tiene un nivel de conocimiento bajo.

TABLA N° 7: ACTITUD DE LAS TRABAJADORAS SEXUALES.

ACTITUD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
POSITIVA	84	59.2
INDIFERENTE	36	25.4
NEGATIVA	22	15.5
TOTAL	142	100

ACTITUD DE LAS TRABAJADORAS SEXUALES



FUENTE: Elaboración propia.

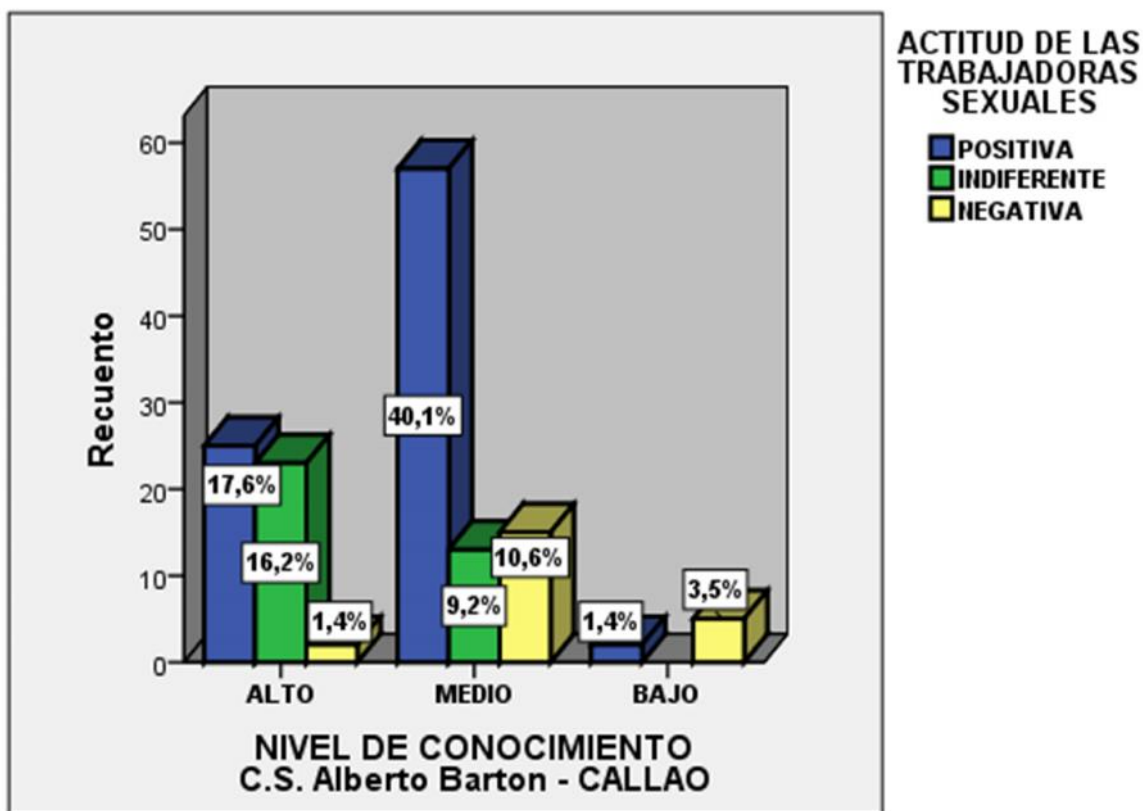
INTERPRETACIÓN N° 7

Respecto a la actitud de las Trabajadoras Sexuales el 59.2% (84) tienen una actitud positiva, el 25.4% (36) tienen una actitud indiferente y el 15.5% (22) tienen una actitud negativa.

TABLA N° 8: NIVEL DE CONOCIMIENTO vs ACTITUD

NIVEL DE CON.	ACTITUD						TOTAL	%
	POSITIVA	%	INDIFERENTE	%	NEGATIVA	%		
ALTO	25	17.6	23	16.2	2	1.4	50	35.2
MEDIO	57	40.1	13	9.2	15	10.6	85	59.9
BAJO	2	1.4	0	0	5	3.5	7	4.9
TOTAL	84	59.1	36	25.4	22	15.4	142	100

NIVEL DE CONOCIMIENTO vs ACTITUD DE LAS TRABAJADORAS SEXUALES



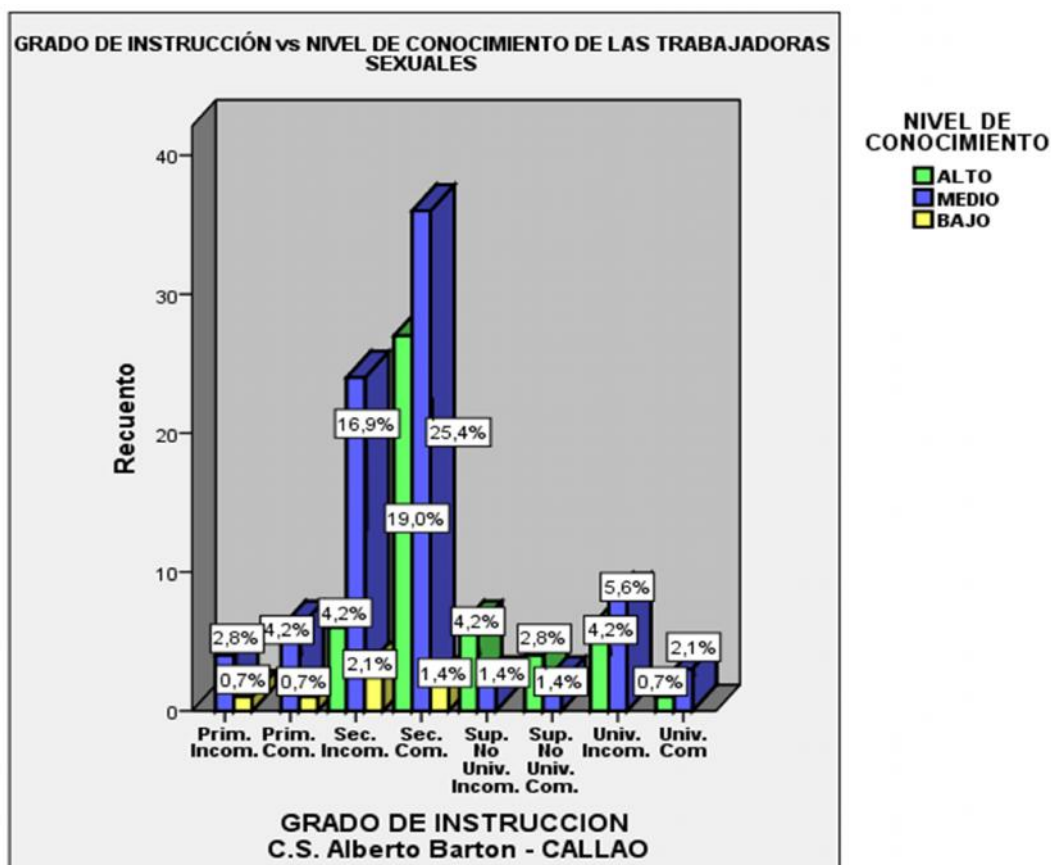
FUENTE: Elaboración propia.

Interpretación N° 8

El siguiente gráfico nos muestra que de todas las Trabajadoras Sexuales que obtuvieron un nivel de conocimiento medio el 40.1% su actitud es positiva, las que obtuvieron un nivel de conocimiento alto el 17.6% su actitud es positiva, y las que obtuvieron un nivel de conocimiento bajo el 3.5% su actitud es negativa.

TABLA N° 9: GRADO DE INSTRUCCIÓN vs NIVEL DE CONOCIMIENTO

GRADO DE INST.	NIVEL DE CONOCIMIENTO						TOTAL	%
	ALTO	%	MEDIO	%	BAJO	%		
PRIM. INCOM.	0	0	4	2.8	1	0.7	5	3.5
PRIM. COM.	0	0	6	4.2	1	0.7	7	4.9
SEC. INCOM.	6	4.2	24	16.9	3	2.1	33	23.2
SEC. COM.	27	19	36	25.4	2	1.4	65	45.8
SUP. NO UNIV. INCOM.	6	4.2	2	1.4	0	0	8	5.6
SUP. NO UNIV. COM.	4	2.8	2	1.4	0	0	6	4.2
UNIV. INCOM.	6	4.2	8	5.6	0	0	14	9.8
UNIV. COM.	1	0.7	3	2.1	0	0	4	2.8
TOTAL	50	35	85	60	7	5	142	100



FUENTE: Elaboración propia.

Interpretación N° 9

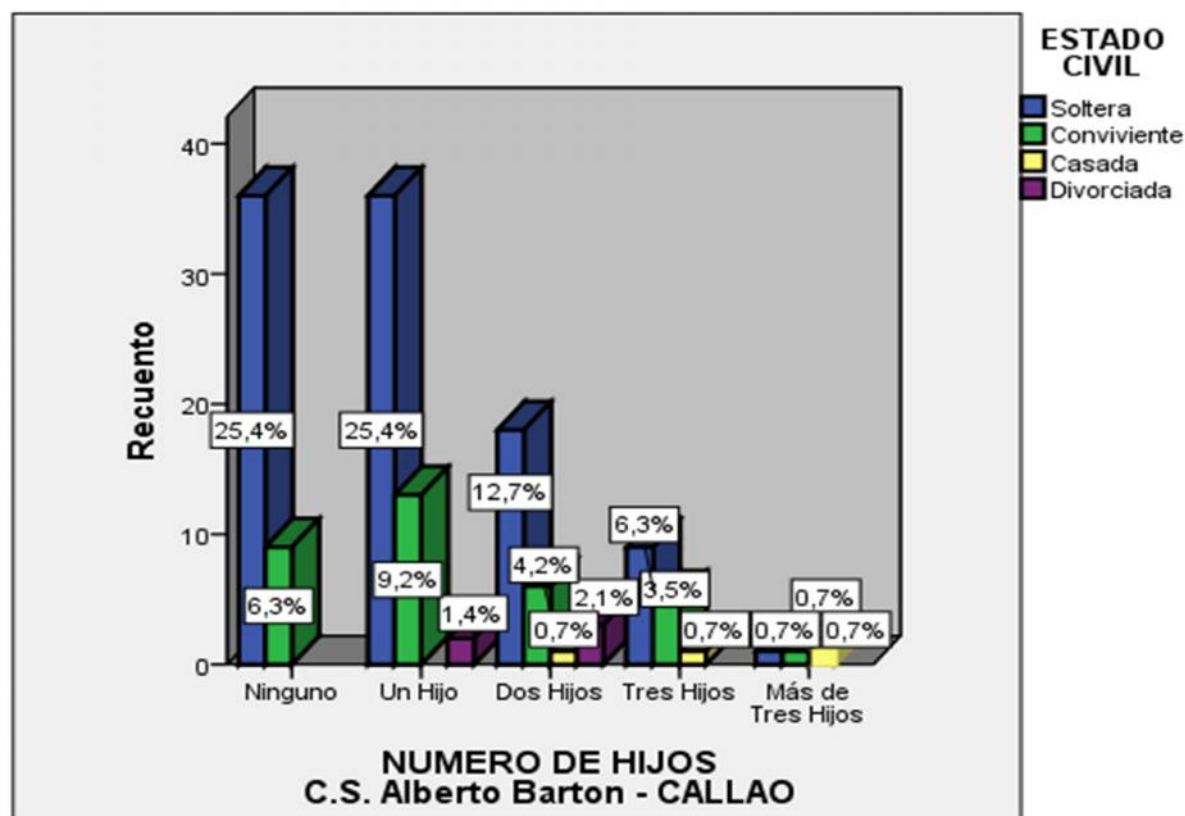
El siguiente gráfico nos muestra que a mayor grado de instrucción, el nivel de conocimiento es bueno. De las Trabajadoras Sexuales encuestadas que tienen grado de instrucción secundaria completa el 25.4% tienen un nivel de

conocimiento medio, el 19% tienen un nivel de conocimiento alto; y las que tienen un grado de instrucción universitario completo el 2.1% tienen un nivel de conocimiento medio; una trabajadora sexual que terminó sus estudios universitarios tiene nivel de conocimiento alto.

TABLA N° 10: NÚMERO DE HIJOS vs ESTADO CIVIL TRABAJADORAS SEXUALES.

N° HIJOS	ESTADO CIVIL								TOTAL	%
	SOLTERA	%	CONVIVIENTE	%	CASADO	%	DIVORCIADA	%		
NINGUNO	36	25.4	9	6.3	0	0	0	0	45	31.7
1 HIJO	36	25.4	13	9.2	0	0	2	1.4	51	36
2 HIJOS	18	12.7	6	4.2	1	0.7	3	2.1	28	19.7
3 HIJOS	9	6.3	5	3.5	1	0.7	0	0	15	10.5
+ 3 HIJOS	1	0.7	1	0.7	1	0.7	0	0	3	2.1
TOTAL	100	70.5	34	23.9	3	2.1	5	3.5	142	100

NÚMERO DE HIJOS vs ESTADO CIVIL DE LAS TRABAJADORAS SEXUALES



FUENTE: Elaboración propia

Interpretación N° 10

En el siguiente gráfico nos muestra que de todas las Trabajadoras Sexuales que no tienen hijos el 25.4% (36) son solteras; las tienen un solo hijo el 25.4% (36) son madres solteras, como único ingreso económico para poder mantener a su hijo.

DISCUSIÓN

Las trabajadoras sexuales siguen siendo la población más vulnerable al contagio y transmisión de las denominadas enfermedades venéreas. Por más esfuerzos que se invierten en el campo de la profilaxis lo único que se ha conseguido es disminuir su prevalencia y a su vez la incidencia. Esta preocupación permanente de la Organización Mundial de la Salud tiene el respaldo de todos los organismos nacionales de salud que en sus respectivos países mantienen programas permanentes para erradicación de las enfermedades infecciosas dentro de las que se encuentran las de transmisión sexual, por ello es importante que las trabajadoras sexuales tengan conocimiento y uso de razón sobre la propagación de estas enfermedades si no se protegen responsablemente, al ingresar en este oficio antiguo. Este estudio permite dar información en relación a este aspecto.

En un estudio realizado en Lima en el año 2004, en que se entrevistó a 100 trabajadoras sexuales adolescentes, éstas dijeron haber ingresado a la prostitución porque asumieron la responsabilidad económica de su casa, ante un padre drogadicto, una madre sumisa que no trabaja, o el abandono total de los hermanos menores por parte de los padres, por ser madres solteras. Por otro lado, la razón principal de las adolescentes madres es la necesidad inmediata de alimentación para ellas y sus hijos; al no tener apoyo de la pareja o de la familia.

La principal desventaja que asociamos a este incremento del ejercicio de la prostitución se debe al aumento de la pobreza en los países subdesarrollados, produciendo un empobrecimiento y una reducción de la calidad de vida de amplios sectores de la población. El mayor número de adolescentes y jóvenes proviene de los estratos más bajos de la sociedad, sin embargo hay que tener en cuenta que no toda persona indigente se prostituya; a la situación de pobreza se suman otros factores predisponentes como la condición de vida de los miembros de las familias empobrecidas principalmente como vestimenta desgastadas, vivienda precaria, carencia de los servicios básicos, escaso acceso a los bienes de consumo, educación truncada etc.

De las 142 trabajadoras sexuales respecto al grado de instrucción el 45.8% (65) tiene secundaria completa y una mínima porción de 2.8% (4) terminó sus estudios universitarios, como se sabe la deserción en la educación está dentro de los factores predisponentes en la situación de pobreza para ejercer el trabajo sexual; otra investigación nacional muestra que el 40% tiene secundaria completa. Un estudio en El Salvador la mayoría de las trabajadoras sexuales tenía estudios secundarios completos representando el 78.8%, esto presume que al menos las trabajadoras sexuales terminaron sus estudios secundarios con un conocimiento básico sobre las infecciones de transmisión sexual.

En el estudio como dato general respecto al lugar de nacimiento de las trabajadoras sexuales encuestadas en C.S. Alberto Barton del Callao, la gran mayoría son del departamento de Lima con un 30.3% (43); y otros departamentos en mínimos porcentajes pertenecen a la región de la selva, en donde existe mayor pobreza y menos desempleo, conllevándoles así a trabajar a la capital en este rubro para no ser reconocidas por familiares y amistades, para ayudar a sus familias a tener una buena calidad de vida, así como también apoyo para ellas mismas en sus estudios a futuro, ya que muchas de las participantes sobresalieron como profesionales gracias al trabajo sexual. Otra investigación nacional de Muro Tuesta la cual fue realizada en el distrito de Villa el Salvador en el Centro Materno Infantil muestra que el 76% corresponde al departamento de Lima.

En relación al número de hijos que tienen las trabajadoras sexuales, se obtuvo que la gran mayoría tiene un hijo representando el 35.9% (51) relacionando con el estado civil representa el 25.4% de madres solteras, solventando los gastos para sobresalir y apoyar con la educación de su hijos. En otros estudios de Centroamérica aquellas trabajadoras sexuales que tiene un hijo representa el 44.4%. Analizando esto podemos mencionar que en su mayoría tienen un hijo, siendo una de las razones principales que aceptan trabajar en el oficio antiguo.

Más del 70.4% de nuestra población de estudio se encuentra soltera; este dato no garantiza que las participantes no tuvieran convivencia alguna con otros familiares o hijos, y las que conviven con su pareja es de 23.9% (34), se les considera convivientes como estado civil aquellas que conviven por más de 2 años, datos que coinciden con los reportados por INEI en el último censo 2001 en que destaca que la mayoría de las mujeres tienen estado civil, con el cual se adquiere los mismos derechos que las casadas, es importante recalcar que esta condición tiene un respaldo afectivo importante. Otro estudio nacional (Muro Tuesta) muestra que el 60% de su población se encuentra soltera, es importante apreciar la diferencia entre los resultados de nuestro estudio con el de Muro Tuesta, probablemente el tiempo transcurrido (5 años) ha permitido varias la condición civil de las trabajadoras sexuales. Por otro lado en Nicaragua el 59% se encuentran solteras y el 41% afirman que convive con su pareja.

En relación a los conocimientos generales sobre las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) de las trabajadoras sexuales, la mayoría ha escuchado alguna vez sobre las mismas, siendo las más mencionadas: la sífilis, chancro, gonorreas y SIDA; así también conocen la sintomatología asociada a las ITS como escozor, ardor, mal olor en los genitales, secreciones vaginales y uretrales. Cabe indicar que hay conocimiento asociado a las ITS. El nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual en las trabajadoras sexuales en este estudio, se encontró que el 59.9% (84) es de nivel medio y con un grado de instrucción de instrucción secundaria completa de 45.8%, resultados similares encontrados por Muro Tuesta, Julio César y Palacios Olivera Maribel Catherine en el año 2010, en dicho estudio se encontraron a las trabajadoras sexuales atendidas en el Centro Materno Infantil, sobresaliendo con un nivel de conocimiento medio de 48% y el grado de instrucción que predomina era secundaria completa con 64%.

Respecto a la actitud de las trabajadoras sexuales, se encontró que el 59.2% (84) mostraron una actitud positiva; esto quiere decir que más de la mitad de

las trabajadoras sexuales tienen conciencia del riesgo que puedan contraer estas enfermedades si no se protegen adecuadamente.

CONCLUSIONES

Luego de finalizar el estudio de investigación se concluye que:

- ✓ En referencia al nivel de conocimiento el 59.9% de las Trabajadoras Sexuales encuestadas tienen un nivel de conocimiento medio sobre las Infecciones de Transmisión Sexual, el 35.2% alto, el 4.9% bajo.

- ✓ Con respecto a la actitud el 59.2% de las Trabajadoras Sexuales encuestadas muestran una actitud positiva sobre las Infecciones de Transmisión Sexual, el 25.4% una actitud indiferente, y el 15.5% una actitud negativa.

- ✓ Y con el cruce de las variables se encontró otra conclusión como:
 - A mayor nivel de conocimiento sobre ITS la actitud es buena.
 - A mayor grado de instrucción el nivel de conocimiento es bueno.
 - Además el 25.4% (36) son madres solteras.

RECOMENDACIONES

- Al Centro de Salud se recomienda incluir en el Área de Consejería al profesional de Obstetricia, para complementar y fortalecer la información recibida por esta población.
- Establecer un plan de prevención y promoción de la salud la cual esté integrado por todo el personal del Centro de Salud.
- Elaborar estrategias de trabajo para la inclusión en los programas del C.S. Alberto Barton aspectos relacionados a las Trabajadoras Sexuales.
- Profundizar otros estudios relacionados con las trabajadoras sexuales.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Muro Tuesta, Julio César; Palacios Olivera, Maribel Catherine. Influencia del nivel de conocimiento sobre las actitudes frente al contagio de las Infecciones de Transmisión Sexual en Trabajadoras Sexuales atendidas en el Centro Materno Infantil, San José de Villa el Salvador [tesis para optar el grado de Licenciado en Obstetricia] Lima, Perú. UNMSM; 2010.
2. Ministerio de Salud Pública y Asistenta Social Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA. Guía para el Personal de Salud en el Abordaje de Trabajadoras (es) del Sexo. [Sitio en Internet]. Consultado: 20 de marzo de 2015. Disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/Guia_trabajadorassexo_vih.pdf.
3. Proyecto CARE-FONDO MUNDIAL-V Ronda. Estudio de diagnóstico de opiniones, percepciones, actitudes, conocimientos y comportamientos de trabajadoras sexuales de 12 a 24 años. [Sitio en internet]. Consultado: 22 mayo 2015. Disponible en: <http://www.bvcooperacion.pe/biblioteca/bitstream/123456789/6113/1/BVCI006074.pdf>
4. Bonilla Pugo, Nelly Yolanda; Espejo Uzhca, Ruth Alexandra; Quinteros Mora, Claudia Geovana. Prevalencia de Infecciones de Transmisión Sexual en Trabajadoras Sexuales controladas en el Área de Salud 4, Yanuncay [tesis para optar el grado de Licenciada en Enfermería] Cuenca, Ecuador. Universidad de Cuenca; 2013. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5317/1/ENF153.pdf>
5. Acceso a servicios de prevención de ITS y VIH en trabajadoras sexuales en zonas fronterizas de Centroamérica. Salud Pública Méx. 2013; vol. 55 n° 1:31-38.
6. Alvis Nelson, Mattar Salim, Garcia Jair, et al. Infecciones de Transmisión Sexual en un grupo de Alto Riesgo de la Ciudad de Montería, Colombia. 2008; vol 9 n°1: 86 – 96.

7. Ángeles Félix. Trabajo Sexual, Droga, Violencia y Delito: (Abordaje clínico criminológico). Revista Cenipec. 2011; 67- 88.
8. Olmedo Fernández Sara. Análisis del cliente que consume prostitución desde una perspectiva de Género. [Sitio en internet]. Consultado: 31 marzo 2015. Disponible en: http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/99379/1/TFM_EstudiosInterdisciplinariosGenero_OlmedoFernandez_S.pdf
9. Folch Cinta, Sanclemente Cristina, Esteve Anna, et al. Diferencias en las características sociales, conductas de riesgo y prevalencia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana e infecciones de transmisión sexual entre trabajadoras del sexo españolas e inmigrantes en Cataluña. .medcli. 2009. vol. 132 n°10: 37- 45.
10. Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. Uso consistente del Condón en Trabajadoras Sexuales. [Sitio en internet]. Consultado: 28 marzo 2015 Disponible en : http://www.prevensida.org.ni/index.php?option=com_k2&view=item&task=download&id=25
11. Ministerio de Salud de Costa Rica. Estrategia de acceso universal a Condones masculinos y femeninos. [Sitio en internet]. Consultado: 30 marzo 2015: Disponible en: <http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/sobre-ministerio/politcas-y-planos-en-salud/estrategias/2305-estrategia-de-acceso-universal-a-condones-y-femeninos/file>
12. Red de Mujeres Trabajadoras Sexuales de Latinoamérica y el Caribe. De 100 trabajadoras del sexo, dos son portadoras de VIH. [Sitio en Internet]. Consultado: 20 de marzo de 2015. Disponible en: <http://www.redtralsex.org/De-100-trabajadoras-del-sexo-dos.html>.
13. Venegas Gloria, Boggianoll Gioconda, Castroll Erica. Prevalencia de vaginosis bacteriana en trabajadoras sexuales chilenas. Rev. Panam. Salud Pública. 2011; vol.30 n.1: 46 – 50.

14. Razón Pública de Colombia. El proyecto de ley que reglamenta el ejercicio de la prostitución en Colombia. [Sitio en Internet]. Consultado: 23 de marzo de 2015. Disponible en: <http://www.razonpublica.com/index.php/politica-y-gobierno-temas-27/7718-el-proyecto-de-ley-que-reglamenta-el-ejercicio-de-la-prostituci%C3%B3n-en-colombia.html>.
15. Ministerio de Salud. Diagnóstico de la Violencia contra los y las Trabajadores/as sexuales, mujeres, Transgénero y Varones y su Vulnerabilidad frente a las ITS y el VIH. [Sitio en internet]. Consultado: 31 marzo 2015. Disponible en: http://www.prosa.org.pe/perupaisdiverso/images_camp/materiales/estudios/diagnostico_violencia.pdf
16. Fernández Jorge, Martínez Andrés, Castillón Rubén, et al. Vaginosis Bacteriana en trabajadoras sexuales que acuden a un centro especializado de referencias de enfermedades de transmisión sexual y SIDA. Rev. Med. Hered. 2010; vol 21 n°1: 132-137.
17. Quijano Eberth, Salvatierra Javier, Bedón Virginia et al. Cultivo de Gonococo positivo en Gonorrea según género y localización anatómica en el Centro de Referencia para ETS Alberto Barton. Dermatol Perú 2008; vol 18 n° 1: 19-26.
18. René Leyva-Flores, Frida Quintino-Pérez, Alejandro Figueroa-Lara, et al. Acceso a servicios de prevención de ITS/VIH y SIDA en trabajadoras sexuales en zonas fronterizas de Centroamérica. Salud pública Méx. 2013; vol.55 n°1: 31-38.
19. Pando María de los Ángeles, Reynaga Elena, Soledad Coloccini Romina et al. Prevalencia de la infección por el VIH y de Treponema pallidum en mujeres trabajadoras sexuales de Argentina. Rev. Panam. Salud Publica 2011; vol.30 n.4:23-27
20. Alvis Nelson, Mattar Salim, García Jair, et al. Infecciones de Transmisión Sexual en un Grupo de Alto Riesgo de la Ciudad de Montería, Colombia. Rev. salud pública. 2007; vol.9 n°1: 35-42.

21. Valdez Carrizo Edgar, Kamhawi Sarah, Vargas Caballero Andrés. Los trabajadores sexuales frente al VIH/SIDA en la ciudad de Cochabamba. Rev. Salud pública. 2009; vol. 9 n° 1: 10-17.
22. Proyecto CARE- FONDO MUNDIAL. Estudio diagnóstico de Opiniones, Percepciones, Actitudes, Conocimientos y Comportamientos de Trabajadores Sexuales, sobre el VIH/SIDA e ITS. [Sitio en internet]. Consultado: 21 marzo 2015. Disponible en: <http://www.portalsida.org/repos/ESTUDIO%20DE%20DIAGNOSTICO%20DE%20TRABAJADORES%20SEXUALES.pdf>
23. Caballero Rojas Ketty y Col. Enfermedades de Transmisión Sexual en las Trabajadoras Sexuales: relación con algunos factores sociodemográficos, condiciones de trabajo y el nivel de conocimiento sobre prevención de ETS/SIDA. 2008.
24. Rojas Arango, Idelso Robert. Uso del condón femenino en trabajadoras sexuales que acuden al CERITS Raúl Patrucco Puig. [tesis para optar el grado de Médico Cirujano] Lima, Perú. UNMSM; 2014.
25. Fernández Jorge, Martínez Andrés, Castillón Rubén, et al. Vaginosis Bacteriana en Trabajadoras Sexuales que acuden a un centro especializado de referencias de enfermedades de transmisión sexual y SIDA. Rev Med Hered. 2010; vol.21 n°1: 25-30
26. Gutiérrez Tello Jomaly, Medidas de prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual en los alrededores del Hospital María Auxiliadora. [Tesis para optar el grado de Licenciada en Enfermería] Lima, Perú; 2006.
27. Psicología. Teoría de la Autoestima según Coopersmith. [Sitio en internet] Consultado: 12 abril 2015. Disponible en: <http://clubensayos.com/Psicolog%C3%ADa/Teor%C3%ADa-De-La-Autoestima-Seg%C3%BAAn/1780925.html>.
28. Quispe Montañez Roxana. Nivel de conocimiento acerca de las formas de transmisión del VIH/SIDA y las actitudes hacia las prácticas sexuales

- riesgosas de los adolescentes de la Institución Educativa Isaías Ardiles del distrito de Pachacámac [tesis para optar el grado de Licenciada en Enfermería] Lima, Perú. UNMSM; 2005.
29. Garayar Tello Maricruz. Nivel de conocimiento y su relación con la actitud sobre el VIH/SIDA, en escolares del 5° secundaria de la institución educativa Jesús Sacramentado Cieneguilla [tesis para optar el grado de Licenciada en Obstetricia] Lima, Perú. Universidad Alas Peruanas; 2013.
30. Mongrut Steane Andrés. Tratado de Ginecología. 3ra ed. Perú: Editorial Monpress; 2000. Pag 125-174.
31. R. Scott James, S.Gibbs Ronald, Y. Karlan Beth, F. Haney Arthur. Tratado de Ginecología y Obstetricia. 9a edición. México: Editorial Mexicana; 2005. 613-637.
32. Cunningham F. Gary, Leveno Kenneth J., Bloom Steven L., Hauth John C., Rouse Dwight J., Spong Catherine Y. Williams Obstetricia. 23a edición. España: Editorial McGraw-Hill Interamericana; 2011. 1235-1253.
33. Ministerio de Salud. VIH y SIDA. [Sitio en internet]. Consultado: 21 marzo 2015: Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/PortalVIH/internomenu.asp?Int=1&Opc>
34. Choccare Salcedo, Caridad del Carmen. Nivel de conocimiento sobre las Infecciones de Transmisión Sexual-VIH/SIDA y sus medidas preventivas en los estudiantes de enfermería. [tesis para optar el grado de Licenciada en Enfermería] Lima, Perú. UNMSM; 2008.
35. MINISTERIO DE SALUD. Guía Nacional de Manejo de Infecciones de Transmisión Sexual 2006. Consultado: 27 marzo 2015. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/docconsulta/documentos/dgsp/vihsida/GuiaNacionalIT_S_Dic2006.pdf

ANEXOS

MATRÍZ DE CONSISTENCIA

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLE	INDICADORES	METODOLOGIA	INSTRUMENTO
<p>¿Cuál es el nivel de conocimiento y actitud sobre las infecciones de transmisión sexual en las trabajadoras sexuales en edad fértil del Centro de Salud Alberto Barton Marzo 2015?</p>	<p>OBJ. GENERAL: Determinar el nivel de conocimiento y actitud sobre las infecciones de transmisión sexual de las trabajadoras sexuales en edad fértil.</p> <p>OBJ. ESPECIFICOS: - Medir el nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual que tienen las trabajadoras sexuales en edad fértil. - Identificar la</p>	<p>Nivel de conocimiento de las ITS.</p>	<p>-¿Qué es la Infección de Transmisión Sexual? -¿Cuáles son los síntomas de las ITS en las mujeres? -¿Cuáles son los síntomas de las ITS en los hombres? - ¿Cuáles son los síntomas de una Sífilis? -¿Cuál es el síntoma del Condilomatosis? -¿Cuáles son los síntomas del Tricomoniasis? -¿Dónde se produce el Herpes Genital? -¿Cuáles son las ITS más comunes? -¿cuál no es una ITS? -¿Cuáles son las principales formas de transmisión de ITS? -¿Cuáles son las vías de transmisión de las ITS? -¿Cuáles son los fluidos corporales que</p>	<p>Tipo de Investigación: -Descriptivo, prospectivo de corte transversal.</p> <p>Nivel de Investigación: -Aplicativo</p> <p>Metodología: -Cuantitativa</p> <p>Recolección de Datos: -Se realizará un cuestionario para el levantamiento de la información.</p>	<p>Encuesta</p>

	<p>actitud sobre las infecciones de transmisión sexual que tienen las trabajadoras sexuales en edad fértil.</p>		<p>transmiten el VIH?</p> <ul style="list-style-type: none"> -¿Cuáles son las 3 principales formas de transmisión del VIH? -¿Cómo no se transmite el VIH? -¿Cuáles son las principales pruebas de laboratorio para el diagnóstico de VIH? -¿Cuáles son las manifestaciones del SIDA? -¿el condón es el principal medio de protección frente al contagio de las ITS? -¿En qué tipo de relación sexual debe ser utilizado el preservativo? -¿Cuántas veces se debe usar el preservativo? -¿Cuál es la forma correcta del uso del preservativo? 		
		<p>Actitud sobre las ITS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cualquier tipo de relaciones sexuales sin debida precaución puede producir ITS. - Toda persona con una ITS no debe compartir objetos personales ni relacionarse afectivamente con otras 		

			<p>personas.</p> <ul style="list-style-type: none">- El alcohol y la droga antes o durante las relaciones sexuales son elementos de riesgo.- La mujer puede aceptar tener RS con un hombre con ITS, siempre y cuando use preservativo.- Todas las ITS necesitan de tratamiento médico, porque no se autoeliminan.		
--	--	--	---	--	--

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	INDICADORES	ITEMS	ESCALA DE MEDICION	INSTRUMENTO
<p>Nivel de conocimiento de las ITS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Concepto de ITS. - Síntomas de las ITS. -Producción de Herpes Genital. -Tipos de ITS. -Formas de transmisión. 	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué es la infección de transmisión sexual? - ¿Cuáles son los síntomas de las ITS en las mujeres? - ¿Cuáles son los síntomas de las ITS en los hombres? - ¿Cuáles son los síntomas de una Sífilis? - ¿Cuál es el síntoma del Condilomatosis? - ¿Cuáles son los síntomas del Tricomoniasis? - ¿Dónde se produce el Herpes Genital? - ¿Cuáles son las ITS más comunes? - ¿Cuál no es una ITS? - ¿Cuáles son las principales formas de transmisión de ITS? 	<p><u>Alto:</u> 17 - 20</p> <p><u>Medio:</u> 12 - 16</p> <p><u>Bajo:</u> < 11</p>	<p>Encuesta</p>

	<p>-Diagnóstico</p> <p>-Manifestación del SIDA.</p> <p>-Medidas de prevención.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuáles son las vías de transmisión de las - ITS? - ¿Cuáles son los fluidos corporales que transmiten el VIH? - ¿Cuáles son las 3 principales formas de transmisión del VIH? - ¿Cómo no se transmite el VIH? - ¿Cuáles son las principales pruebas de laboratorio para el diagnóstico de VIH? - ¿Cuáles son las manifestaciones del SIDA? - ¿El condón es el único medio de protección frente al contagio de las ITS? - ¿En qué tipo de relación sexual debe ser utilizado el preservativo? - ¿Cuántas veces se debe usar el preservativo? - ¿Cuál es la forma correcta del uso del preservativo? 		
--	--	---	--	--

VARIABLE	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	INSTRUMENTO
Actitud sobre las ITS.	<p>-Cualquier tipo de relaciones sexuales sin debida precaución pueden producir ITS.</p> <p>-Toda persona con una ITS no debe compartir objetos personales ni relacionarse afectivamente con otras personas.</p> <p>-El alcohol y las drogas antes o durante las relaciones sexuales son elementos de riesgo.</p> <p>-La mujer puede aceptar tener relaciones sexuales con un hombre con ITS, siempre y cuando use preservativo.</p> <p>-Todas las ITS necesitan de tratamiento médico, porque no se autoeliminan.</p>	<p>Positiva 15 – 25</p> <p>Indiferente 11 – 18</p> <p>Negativa < 10</p>	Encuesta



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Nivel de conocimiento y actitud sobre las Infecciones de Transmisión Sexual en las Trabajadoras Sexuales en Edad Fértil del Centro de Salud Alberto Barton del Callao.

Introducción

Buenas tardes, mi nombre es Rocío V. Jurado Toledano, soy estudiante de la Universidad Alas Peruanas, el presente cuestionario tiene como objetivo determinar el nivel de conocimiento y actitud sobre las Infecciones de Transmisión Sexual en las Trabajadoras Sexuales en Edad Fértil. La información obtenida es de carácter confidencial, por lo que le solicito responder lo más verazmente posible.

Instrucciones

A continuación se le presenta una serie de preguntas con alternativas de respuesta y otras para que usted complete. Marque con un aspa (X) la que considera más apropiada para usted.

I. Datos generales:

1. Edad: _____ años.

2. Lugar de Nacimiento: _____

3. Número de hijos: _____

4. Estado civil

- a) Soltera.
- b) Conviviente.
- c) Casada.
- d) Divorciada.
- e) Viuda.

5. Grado de instrucción

- a) Primaria incompleta.
- b) Primaria completa.
- c) Secundaria incompleta.
- d) Secundaria completa.
- e) Superior no Universitario incompleto
- f) Superior no Universitario completo.
- g) Universitario incompleto.
- h) Universitario completo.

II. Datos Específicos:

➤ Dimensión sobre el nivel de conocimiento de las Infecciones de Transmisión Sexual.

1. Las Infecciones de Transmisión Sexual:

- a. Su transmisión predominante de contagio es por relaciones sexuales con una persona infectada.
- b. Se transmiten por compartir ropas personales.
- c. Se transmiten solo por contacto oral.
- d. Se transmiten solo por contacto anal.

2. Síntomas de las Infecciones de Transmisión Sexual en las mujeres son:

- a. Picazón en los genital, sangre en orina.
- b. Sangre en orina, flujo vaginal.
- c. Flujo vaginal y con mal olor, Picazón en los genitales.
- d. Sangre en la orina.

3. Síntomas de las Infecciones de Transmisión Sexual en los hombres:

- a. Secreción uretral (pus por el pene), tos.
- b. Secreción uretral (pus por el pene) con mal olor, color amarillo-verdoso, picazón en los genitales.
- c. Tos, secreción uretral (pus por el pene).
- d. Secreción uretral (pus por el pene), sangre en orina.

4. Los principales síntomas de la Sífilis son:

- a. Picazón en los genitales, fiebre.
- b. Flujo vaginal, sangre en orina.
- c. Verruga genital, flujo vaginal
- d. Úlceras/lagas en los genitales, lesiones en la piel (manos y pies).

5. El principal síntoma del Condilomatosis (condiloma) es:

- a. Fiebre.
- b. Verrugas en los genitales.
- c. Vómitos.
- d. Sangre en la orina.

6. Los principales síntomas de las Tricomoniasis son:

- a. Fiebre,
- b. Sangre en orina.
- c. Llagas en la piel.
- d. Flujo vaginal amarillo y/o verdoso, y con/sin mal olor.

7. El Herpes genital se produce en:

- a. La vagina y el pene.
- b. La cara.
- c. Las manos y los pies.

8. Las Infecciones de Transmisión Sexual son:

- a. Sífilis, Tricomoniasis, Tuberculosis (TBC), Verruga genital, Herpes.
- b. Sífilis, Tricomoniasis, Gonorrea, Herpes, Verruga genital.
- c. Sífilis, Verruga genital, Tricomoniasis, Herpes, Neumonía.
- d. Sífilis, Tricomoniasis, Herpes, Verruga genital, Asma.

9. De las siguientes enfermedades , diga Ud. cuál no es una Infección de Transmisión Sexual:

- a. Tricomoniasis.
- b. Condilomatosis (Verrugas en los genitales).
- c. Sífilis.
- d. Neumonía.

10. La principal forma de transmisión de las Infecciones de Transmisión Sexual es:

- a. A través de la picadura de insectos que ha picado a una persona infectada.
- b. Al tocar, abrazar y saludar dando la mano a una persona infectada.
- c. Al compartir alimentos con una persona infectada.
- d. A través de las relaciones sexuales con una persona infectada.

11. Las vías por la cual se pueden transmitir las Infecciones de Transmisión Sexual son:

- a. Vía oral.
- b. Vía anal.
- c. Vía vaginal.
- d. Todas las anteriores.

12. Los fluidos que transmiten el VIH son:

- a. Sangre, semen, secreciones vaginales, leche materna
- b. Saliva.
- c. Sudoraciones.
- d. Estornudo.

13. Las 3 principales formas de transmisión del VIH son:

- a. De madre a hijo (Embarazo, Parto y Lactancia Materna), por medio de abrazos, a través de las relaciones sexuales.
- b. Por compartir cubiertos, a través de las relaciones sexuales, por medio de abrazos.
- c. A través de las relaciones sexuales, transfusiones sanguíneas, de madre a hijo (Embarazo, Parto y Lactancia Materna).

- d. A través de las relaciones sexuales, transfusiones sanguíneas, por medio de abrazos.

14. El VIH no se transmite por:

- a. Compartir cubiertos, ropa personal, por medio de abrazos.
- b. Tener sexo anal.
- c. Tener sexo oral.
- d. Tener sexo vaginal

15. Las pruebas de laboratorio para diagnosticar que una persona es portadora del VIH son:

- a. Análisis de orina, Prueba de Elisa.
- b. Western Blot, Análisis de heces.
- c. Prueba de Elisa y Pruebas Confirmatorias (IFI y Western Blot)
- d. Análisis de heces y Análisis de orina.

16. Los principales manifestaciones más frecuentes sobre SIDA son:

- a. Fiebre, diarrea, pérdida de peso, flujo vaginal.
- b. Pérdida de peso, fatiga, diarrea, fiebre, sudoraciones nocturnas.
- c. Pérdida de peso, fatiga, secreción uretral (pus por el pene), sudoraciones nocturnas.
- d. Diarrea, fiebre, esterilidad, flujo vaginal, fatiga.

17. El condón es el principal medio de protección frente al contagio de las Infecciones de Transmisión Sexual?

- a. Si.
- b. No.

18. El uso del preservativo debe ser utilizado en:

- a. Las relaciones sexuales vaginales.
- b. Las relaciones sexuales orales.
- c. Las relaciones sexuales anales.
- d. Todas las anteriores.

19. Un preservativo se debe usar solo:

- a. 1 vez.
- b. 2 veces.
- c. 3 veces.
- d. 4 veces.

20. La forma correcta del uso del preservativo es:

- a. Abrir con cuidado el preservativo, desenrollarlo hasta la base del pene, luego de usarlo retirarlo con cuidado el preservativo con el pene erecto para evitar que se derrame el semen, coger con las yemas de los dedos la punta del condón.
- b. Abrir con cuidado el preservativo, desenrollarlo hasta la base del pene, coger con las yemas de los dedos la punta del condón, luego de usarlo retirarlo con cuidado el preservativo con el pene erecto para evitar que se derrame el semen.
- c. Abrir con cuidado el preservativo, coger con las yemas de los dedos la punta del condón, desenrollarlo hasta la base del pene, luego de usarlo retirarlo con cuidado el preservativo con el pene erecto para evitar que se derrame el semen.
- d. Abrir con cuidado el preservativo, coger con las yemas de los dedos la punta del condón, luego de usarlo retirarlo con cuidado el preservativo con el pene erecto para evitar que se derrame el semen, desenrollarlo hasta la base del pene.

**INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS PARA MEDIR LA
ACTITUD RESPECTO A LAS ITS**

INSTRUCCIÓN

Lee detenidamente cada una de las proposiciones del cuestionario y luego elige una opción de las cinco alternativas, marcando con una (X) o una cruz (+).

(TA) Totalmente de Acuerdo.

(PA) Parcialmente de Acuerdo.

(NA, ND) Ni de Acuerdo, Ni en Desacuerdo.

(PD) Parcialmente en Desacuerdo.

(TD) Totalmente en Desacuerdo.

Nº	PROPOSICIONES	TA	PA	NA,ND	PD	TD
1.	Cualquier tipo de relaciones sexuales sin debida protección puede producir ITS.					
2.	Toda persona con una ITS no debe compartir objetos personales ni relacionarse afectivamente con otras personas.					
3.	El alcohol y las drogas antes o durante las relaciones sexuales son elementos de riesgo.					
4.	La mujer puede aceptar tener relaciones sexuales con un hombre con ITS, siempre y cuando use preservativo.					
5.	Todas las ITS necesitan de tratamiento médico, porque no se autoeliminan.					

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, identificado con DNI _____ y con _____ años de edad cumplidos, acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Rocío V. Jurado Toledano, estudiante de la Escuela Académica Profesional de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas, he sido informada de que el objetivo de este estudio es Determinar el nivel de conocimiento y actitud sobre las Infecciones de Transmisión Sexual en las Trabajadoras Sexuales en Edad Fértil del Centro de Salud Alberto Barton del Callao.

Me han indicado también que tendré que completar una encuesta.

Reconozco que la información que yo provea en esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de este estudio sin mi consentimiento. He sido informada de que puedo hacer preguntas sobre el tema en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree prejuicio alguno para mi persona.

Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asume y los acepto expresamente. Y, por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para manifestar mi deseo de participar en este estudio de investigación acerca del nivel de conocimiento y actitud sobre las Infecciones de Transmisión Sexual en las Trabajadoras Sexuales en Edad Fértil del Centro de Salud Alberto Barton del Callao, hasta que decida lo contrario. Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos.

Firma del Participante

Firma del Investigador

Lima, ____ de _____ 2015