

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN
ANDRES
FACULTAD DE MEDICINA,
ENFERMERIA, NUTRICION Y
TECNOLOGIA MÉDICA
UNIDAD DE POST GRADO**



Principales factores de riesgo para la transmisión del VIH/SIDA, en población adolescente que vive en situación de calle y que asistió a consultas médicas al Programa Departamental de ITS/VIH/SIDA (CDVIR La Paz), en las gestiones 2007 a 2011.

POSTULANTE : Dra. Eliana Telleria Velez
TUTOR : Dr. MsC.Ronald Gutiérrez Michel

Tesis de grado para optar el título de Magister Scientiarum en Salud Pública con Mención en Epidemiología.

**La Paz – Bolivia
2013**

INDICE

RESUMEN	4
1. INTRODUCCION	6
2. ANTECEDENTES	8
3. JUSTIFICACION	10
4. MARCO TEORICO	12
4.1. Características Psicológicas	15
4.2. Autoestima	15
4.3. Consumo de alcohol	17
4.4. Sistema de salud físico nutricional	19
4.5. Respuesta nacional a la epidemia	26
4.6. Factores determinantes asociados al VIH	26
4.7. Situación actual de las ITS en Bolivia	27
4.10. Aspectos y síntomas generales de las ITS	28
4.11. Población de riesgo	29
4.12. Interacción entre ITS y VIH	32
4.13. Diagnóstico de laboratorio	33
5. MARCO CONCEPTUAL	37
6. MARCO HISTORICO	44
7. MARCO LEGAL	58
8. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	61
8.1. Pregunta de Investigación	67
9. OBJETIVOS	67
9.1. Objetivo General	67
9.2. Objetivos Específicos	67
10. DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO	68
10.1. Muestra	69
10.2. Criterios de inclusión y exclusión	69
10.3. Variables y medición	70
10.4. Población	70

10.5. Lugar	70
11. ASPECTOS ETICOS	70
12. RESULTADOS	72
13. CONCLUSIONES	80
14. DISCUSION	82
15. RECOMENDACIONES	85
16. BIBLIOGRAFIA	86
GLOSARIO	89
ANEXOS	91

AGRADECIMIENTOS:

Quiero primero agradecer a Dios, por darme la oportunidad de superarme y ofrecerme a personas maravillosas que coadyuvaron en la elaboración de esta tesis.

Agradecer a la Universidad Mayor de San Andrés y a las Facultades de Bioquímica y Medicina que me abrieron las puertas y me formaron profesionalmente.

A la Dra. Jacqueline Cortez por su calidad y calidez tanto humana como profesional, al brindarme todo su apoyo técnico y moral.

Al Programa Departamental de ITS/VIH/VIH La Paz, que me permitió realizar este trabajo, especialmente a la Dra. Beatriz Cazas y al Dr. David Segurondo que me ofrecieron desinteresadamente toda su ayuda.

RESUMEN.

Objetivo.

Determinar los principales factores de riesgo para la transmisión del VIH/SIDA, en población adolescente, que vive en situación de calle, precisar el lugar de residencia y/o permanencia, el consumo de drogas, el uso del condón y la presencia de ITS.

METODOLOGIA.

El diseño que se aplicó en el presente estudio fue: Analítico, no experimental, Caso Control Retrospectivo se compararon 10 Casos, con 30 Controles (relación1:3) a través de las Historias Clínicas almacenadas en el Programa Departamental de ITS/VIH/SIDA La Paz, desde las gestiones 2007 a 2011.

RESULTADOS.

En el análisis se observó que el 30% de los adolescentes seropositivos al VIH, residen en hogar o en algún centro de apoyo y en los controles se observó el 90%. Por otro lado se encontró que el 70% de los casos residen en la calle como única fuente de resguardo, en relación a los controles que es del 10%. Con un intervalo de confianza del 95%, la asociación entre el factor de riesgo y la enfermedad, OR de acuerdo al SPSS Statistics 21, es de 0.048 (no expuestos), con un intervalo de confianza que va de (0.008 – 0.289) y un valor de significancia $p < 0.05$; lo que significa que el factor de riesgo esta negativamente asociado a la enfermedad; el residir en hogar, se convierte en un *factor protector*, disminuyendo la probabilidad de infección por VIH en un 4,8%(factor protector).

En el análisis del consumo de alcohol, se observó que en los adolescentes seropositivos al VIH, el consumo es del 20% y en los controles es del 60%. Por otro lado se encontró que el 80% de los casos, consumió inhalantes, frente a un 40% en los controles. Con un intervalo de confianza del 95%, la

asociación entre el factor de riesgo y la enfermedad, OR de acuerdo al SPSS statistics 21, es de 0.167 (no expuestos), con un intervalo de confianza que va de (0.030 a 0.924), y un valor de significancia $p < 0.05$; lo que significa que el factor de riesgo esta negativamente asociado a la enfermedad; el riesgo de transmisión del VIH en adolescentes que consumen alcohol, es un 16,7% menos, en relación a los que consumen Inhalantes.

En el análisis del uso del condón, se observó que en los adolescentes que viven en situación de calle y que son seropositivos al VIH, solamente el 10% utilizó el condón en su última relación sexual y un 90 % no lo utilizó; el análisis de los controles no fue diferente, el 11% declaró utilizar el condón en sus relaciones sexuales y el 89% no lo utiliza. Con un intervalo de confianza del 95%, la asociación entre el factor de riesgo y la enfermedad, OR de acuerdo al SPSS statistics 21, es de 1.00, con un intervalo de confianza que va de (0,092 a 10,865), y un valor de significancia $p > 0,05$; lo que significa que el factor de riesgo no está asociado a la enfermedad, el utilizar o no el condón, para los adolescentes que viven en situación de calle es indiferente, en relación a la infección del VIH.

En el análisis de la presencia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), en los casos se observó que el 50% presentó ITS y el 50% no presentó ninguna; para los controles encontramos que un 20% contrajo alguna infección de este tipo y un 80% no la presentó. Con un intervalo de confianza del 95%, la asociación entre el factor de riesgo y la enfermedad, OR de acuerdo al SPSS statistics 21, es de 4.00, con un intervalo de confianza que va de (0.867 a 18.448), y un valor de significancia $p > 0,05$; el factor de riesgo está asociado positivamente a la enfermedad, es decir que los expuestos tienen la probabilidad de enfermar en un 4% más que los sanos.

1. INTRODUCCION.

Bolivia y el mundo entero se encuentran frente a una emergencia que desde hace décadas ha ido aumentando, pese a los diferentes esfuerzos realizados que han buscado frenarla: Las niñas(os), los(as) adolescentes que buscan en las calles de los centros urbanos un espacio de vida, en su mayoría tienen un referente familiar o incluso mantiene un cierto grado de contacto con la familia. [4]

Varios testimonios señalan, “que las razones de su salida a la calle son muchas, muy diversas e individuales. Resaltan los problemas de violencia física y psicológica con el padrastro/madrastra, el abandono y despreocupación por parte de sus padres, la existencia de un sistema social, comunitario y familiar que en vez de integrarlos, los excluye y los margina”. [4]

Según el código niño-a adolescente: “Se considera niño o niña a todo ser humano desde su concepción hasta cumplir los doce años y adolescentes desde los doce a los dieciocho años de edad cumplidos. En los casos expresamente señalados por Ley, sus disposiciones se aplicaran excepcionalmente a personas entre los dieciocho y veintiún años de edad”. [1]

Los adolescentes que viven en la calle son excluidos socialmente, si se entiende exclusión como un término que trasciende el significado mismo de la pobreza absoluta y se vincula con la desigualdad y la pobreza relativa, en tanto se la define como “la incapacidad de participar en el funcionamiento básico de su sociedad, de acceder a las oportunidades sociales de su entorno y de realizar un pleno ejercicio de la libertad”. La exclusión es un concepto que ha sido considerado como el producto propio del nuevo modelo tecno económico. [5]

“El comportamiento del habitante de la calle puede llegar, en la búsqueda de la supervivencia como objetivo fundamental, a tener matices y expresar valores

donde la violencia, la pérdida de la cultura del auto-cuidado, la soledad y las dificultades de construcción de relaciones y solidaridades con otros seres humanos son una constante”.^[6]

“Otro concepto que nos ayuda a dimensionar el fenómeno del habitante de la calle es el de vulnerabilidad social, entendiendo por ésta la incapacidad de las personas para movilizar recursos que les permitan evitar el deterioro de sus condiciones de vida y aprovechar las estructuras de oportunidades existentes. Dicha incapacidad les impide, a su vez, alcanzar formas y niveles de integración y movilidad en la sociedad, situación que genera grupos segmentados”.^[7]

“La historia familiar de los habitantes de la calle está asignada por la tragedia de la incompreensión, la desilusión de la expectativa puesta en el otro que se ama, muchas veces no comunicada o comprendida claramente y siempre no cumplida; también está marcada por el desamor, las tensiones, el miedo, el maltrato físico y verbal, la desintegración de los vínculos familiares y los abusos de índole emocional, sexual, económico”.^[8]

“Los patrones dominantes de la relación y conducta familiar establecen los roles sociales y sexuales, en los que se privilegia la violencia como matiz constitutivo de la relación entre padres e hijos, se permite y se aprueba la existencia del maltrato físico, se tiene y se provee poca información sexual y mucho menos de carácter explícito. Estas situaciones generalmente están asociadas a familias numerosas cuyos miembros crecen en condiciones de vida deficitarias, lo que los hace proclives a la condición de constituirse en habitantes de la calle, pues sus hogares adquieren características excluyentes”.^[8]

“La calle es entonces el lugar a donde llegan estas personas para quedarse, pues encuentran relaciones gratificantes en algunos casos y construyen allí una “vida”, pero además enfrentan los embates del azar y de la marginalidad,

de la pobreza y la exclusión, del maltrato y el dolor, del desplazamiento y la orfandad, del delito y el ocio improductivo, de los psicoactivos, el pegante, la mendicidad y el rebusque. Desde este panorama, la calle queda significada como doloroso espacio para la sobrevivencia”.^[7]

Sin embargo, a pesar de todos estos factores desfavorables de su condición de vida en el espacio de la calle, cada vez se genera más la percepción que pocas son las intenciones de cambiar este espacio de vida por distintas alternativas puntuales que ofrece las instituciones de apoyo.^[7]

2. ANTECEDENTES.

“Alrededor del mundo se estima que existen 100 millones de personas viviendo en las calles, entre ellos menores de edad, solo en América Latina, se encuentran 40 millones de personas”.^[7]

La población excluida, según José Luis Machinea, secretario ejecutivo de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). “El 19.4% de los latinoamericanos, son indigentes y el 44% son pobres”. Por lo tanto, no es raro que al recorrer las calles y avenidas de cualquier ciudad de América Latina se pueda encontrar con facilidad personas que viven en la calle. Plazas, portales, calles, atrios de iglesias y parques, se constituyen en albergues de personas que viven a merced de la caridad pública, o afrontando la indiferencia y la discriminación de vecinos y transeúntes”.^[8]

Según la conferencia de alcaldes de los Estados Unidos, en un estudio realizado en el 2003 en 27 ciudades de este país, “tres fenómenos son responsables del crecimiento de esta población: “Activos disponibles, estructuras de oportunidades y vulnerabilidad social”.^[8]

En Bolivia según el AANAC (Asociación Nacional de Niños niñas y adolescentes en la calle), “600 mil menores de edad estarían distribuidos solo

en el eje troncal, es decir: La Paz, Cochabamba y Santa Cruz. Según UNICEF, datos oficiales recopilados, señalan que a nivel nacional existen alrededor de 200 albergues transitorios administrados por los gobiernos departamentales y municipales, dependencias que acogerían anualmente a más 12 mil niños y adolescentes víctimas de abandono, violencia y que en algunos casos fueron rescatados de las calles donde habían adquirido vicios”.^[4]

La ONG Maya, Paya, Kimsa, también advierte que “en la ciudad de El Alto del Departamento de La Paz, habrían entre 400 a 550 menores de edad, viviendo en las calles y que las ITS en esta población, estarían incrementado en los últimos años y que entre 23 a 30 mujeres dan a luz anualmente en estas condiciones”.^[4]

“En la calle, los adolescentes y niños serían víctimas de mayor violencia, debido a que la vulneración de sus derechos llega al grado de que sean sometidos a explotación laboral, prostitución y delincuencia; mientras que en otros casos la delincuencia o la mendicidad serían sus únicas formas de sobrevivencia”.^[4]

“Adolescentes e inclusive niños estarían optando por escapar de sus hogares para poner fin a sus situaciones de violencia, según datos del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), hasta el año 2009, en Bolivia existían seis mil personas en situación de calle, muchos considerados como indigentes y otros con severas adicciones al alcohol, thinner y clefa”.^[4]

Por otro lado está la problemática del VIH/SIDA, “se calcula que hay alrededor de 40 millones de personas afectadas por la epidemia del VIH/SIDA, que ha costado más de 20 millones de vidas a escala mundial; de ellas en el 2003, 3 millones de infectados, correspondían a: 1,2 millones mujeres y 100 000 menores de 15 años”, según estimaciones de ONUSIDA.^[4]

3. JUSTIFICACION.

“En la atención de las ITS y el VIH en Bolivia, se han identificado algunos problemas que impiden un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado. En primer lugar, en cuanto al diagnóstico de VIH, aún la mayoría de los médicos no piensan en realizar una prueba de diagnóstico de VIH, al encontrarse con un paciente que presente un cuadro médico de enfermedades e infecciones relacionadas a la infección y en segundo lugar, causado entre otros por falta de información en el personal de salud, existe un estigma y discriminación en los servicios de salud al tener que atender a personas que viven con el VIH o SIDA. El diagnóstico y tratamiento de Infecciones de transmisión sexual (ITS) tiene sus propias características”. [3]

Los datos nacionales ponen de manifiesto la necesidad de elaborar una política nacional intersectorial sostenible en relación con el VIH/SIDA, encabezada y supervisada por el Ministerio de Salud y Deportes a través del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA. Esta política debe contemplar un enfoque intersectorial y estar dirigida a promover, fortalecer y ampliar los programas de prevención y atención del VIH/SIDA del país, garantizando el acceso universal a la atención integral de ITS/VIH/SIDA, con énfasis particular en los grupos poblacionales más vulnerables al riesgo de infección por el VIH. [24]

“En Bolivia en los últimos años, los casos de VIH/SIDA en población en situación de calle han ido incrementado, alcanzado a adolescentes, lamentablemente no existen políticas de salud implementadas en esta población que también debería considerarse como vulnerable, al igual que las poblaciones de trabajadoras sexuales (TS) y hombres que tienen sexo con hombres (HSH), atendiendo las demandas que este grupo de riesgo necesita, ofertando un servicio de salud multidisciplinario e incrementando el apoyo a través de Organizaciones no Gubernamentales, las mismas que se convertirían también en un apoyo y resguardo de los niños/as y adolescentes”.

Con todos estos antecedentes , se advierte que las (os) adolescentes que viven en situación calle, son una población vulnerable de contraer el virus del VIH/SIDA; por lo tanto, captar y notificar una de éstas personas significa realizar un trabajo más intenso, ya que por las características de esta población, es imposible efectivizar un monitoreo oportuno a su estado de salud (atención integral a las enfermedades oportunistas), una buena adherencia al tratamiento antirretroviral y esto adicionado a la mala alimentación y estilo de vida, hace más difícil el seguimiento.

En el presente trabajo, se pretende demostrar la vulnerabilidad de esta población, y que los resultados obtenidos, sean el cimiento de futuras investigaciones hasta alcanzar concientizar a las autoridades en Salud, a que incluyan las necesidades de este grupo, en las políticas nacionales.

4. MARCO TEORICO.

Cuando se hace alusión al habitante de la calle, se concibe a éste como un indigente, lo que constituye una concepción equívoca, pues cuando se habla de indigencia “se hace referencia a una categoría económica, la cual indica un estado en el que un individuo es carente de recursos para alimentarse, vestirse, entre otras necesidades básicas que no son satisfechas”, esta es la razón por la cual no todo habitante de la calle es indigente y no todo indigente es *habitante de la calle*.^[9]

“Según el PNUD, Chile y Argentina son los países de América Latina mejor situados en los puestos 44 y 45, seguido de Uruguay en el 48 y Bolivia está en el puesto 108 de 187 países, ocupando el lugar más bajo de Sudamérica en el índice de desarrollo Humano” (IDH).^[10]

“El ingreso a la vida de la calle es diferente entre varones y mujeres. Los varones son más propensos a dejar sus hogares, porque debido a las características socio-culturales presentan lazos más débiles con su familia y desarrollan contactos más continuos con la calle, donde generan actividades de sobrevivencia”.^[11]

“La mujeres se encuentran vinculadas con mayor intensidad a sus hogares, debido a los roles que tienen asignados dentro de las familias. Ellas frecuentemente están obligadas a asumir el cuidado de hermanos, olvidando su propia identidad como niña o adolescente, ocupando el lugar de mamá sustituta dentro de su propia familia. Esta realidad se refleja en la edad de inicio para la vida en la calle. En la población femenina se registra desde los 12 o 13 años o más tarde, mientras que los varones inician la vida en la calle a partir de los 7 a 8 años por testimonios de algunos educadores de Calle”.^[4]

“Es importante tomar en cuenta que el proceso de los adolescentes a la vida de la calle, generalmente no es inmediato, sino que se da paulatinamente a

través de contactos con la dinámica de la calle. De a poco se va aumentando el tiempo de permanencia en el espacio, hasta llegar a un pernocte. Incluso después de haber pasado días y noches en la calle se dan retornos a la casa, pero generalmente reciben más reproches, agresiones físicas y psicológicas por esa conducta, lo que contribuye como círculo vicioso, a un mayor alejamiento del espacio familiar”.^[11]

Según la ONG Maya Paya Kimsa, para que un adolescente llegue a buscar en la calle un espacio de vida, influye una serie de situaciones y condiciones muy extremas:

- El crecimiento de las ciudades, genera una serie de demandas y problemas sociales, económicos y educativos, porque el Estado no está en condiciones de garantizar a los migrantes, el acceso a los servicios básicos en salud, educación, empleo, vivienda, protección, etc. Originándose un desarrollo desproporcionado, por los cordones de pobreza que se generan en las ciudades.^[12]
- La estructura familiar deteriorada, se origina a partir de diversos factores de dinámicas familiares, las actividades laborales de los padres y en muchos casos también de los hijos, lo que debilita la estructura familiar y genera un alejamiento de los componentes.
- La violencia intrafamiliar, junto al consumo de alcohol de parte de los progenitores y la falta de atención y compañía, deterioran la relación padre /madre-hijo, restando la confianza y respeto de los adolescentes hacia sus padres. La suma de todos estos factores ocasiona que los (as) adolescentes ya no encuentren la seguridad necesaria en su núcleo familiar y en consecuencia, se agilizan los procesos de alejamiento, encontrando en la calle la única alternativa de satisfacción de necesidades económicas, pero también emocionales y de seguridad.^[12]

Violencia intrafamiliar, define la UNICEF, en su publicación “Bolivia: Determinantes de la violencia contra la niñez y adolescencia”, maneja lo siguiente: “La violencia contra la niñez y adolescencia es entendida como el maltrato ejercido contra los (as) adolescentes en el ámbito familiar o fuera de él. El agresor o agresora genera un daño leve o severo, y sus causas pueden estar relacionadas con los factores individuales, familiares, socioeconómicos, ambientales o culturales”.^[13]

En cuanto a la violencia sexual, la Defensoría del Pueblo, mediante la Dirección Nacional de Derechos Humanos de la Niñez y la Adolescencia, elaboró un informe en el cual señala que 3 de cada 10 niña (os) son violados o sufrieron algún tipo de agresión sexual, especialmente en las ciudades con mayor índice de población (La Paz, Cochabamba y Santa Cruz).^[13]

La desintegración familiar puede considerarse como el rompimiento de la unidad y la quiebra de los roles de los integrantes de una familia, lo cual se origina a partir de la insatisfacción de las necesidades primarias que requieren sus miembros.

Los factores que contribuyen a la ruptura familiar son: la falta de empleo y la pobreza extrema (económico), la falta de amor, el consumo de alcohol y drogas (afectivo), la falta de escolaridad, la escasa transmisión de valores de parte de la familia y la sociedad (cultural).^[14]

Con la ruptura total de la familia, se puede dar la nueva situación de una familia ensamblada. A partir del momento de tener que convivir con terceras personas bajo el mismo techo, surge una nueva asignación de roles a nivel de la estructura familiar, lo que afecta emocionalmente a los sujetos más vulnerables dentro de una familia. Eso frecuentemente desemboca en una dinámica de callejización de alguno de sus integrantes.^[14]

Alejamiento de la familia, es el resultado de los puntos anteriormente citados (deterioro de los vínculos familiares, la violencia intrafamiliar, la desintegración familiar). Las condiciones socio-económicas de Bolivia, obligan a la madre y al padre de la familia a trabajar, generando un abandono de los hijos, lo cual favorece un acercamiento a la calle como espacio lúdico y de esparcimiento.^[11]

El libertinaje en la calle y la ausencia de control, promueven el desarrollo de actitudes que pueden estar en contra de los valores aceptados por la sociedad. Al generarse conflictos al interior de la familia, la calle se convierte en los ojos de las personas, en un espacio mejor que la propia familia: “La salida del adolescente tiene base en su no aceptación, en la falta de correspondencia y cariño, en la debilidad de nexos afectivos, en su rechazo tácito o manifiesto, en la ausencia de un sitio propio, que manifiestan su segregación y marginación al interior de la familia”.^[11]

4.1. Características Psicológicas.

Identificamos las características Psicológicas principalmente a través de la experiencia del trabajo de acercamiento continuo y permanente con la población en situación de calle.^[15]

4.2. Autoestima inestable.

La autoimagen y el auto concepto, con respecto a su identidad son frágiles, como consecuencia de su vivencia en una situación total de exclusión, discriminación y estigmatización por parte de sus familias y de la sociedad.

La autoimagen es un concepto que está relacionado con la forma de cómo se ve o percibe a sí mismo físicamente, es un componente muy importante en todo el proceso evolutivo de las personas sobre todo en la adolescencia, porque genera seguridad en la persona, siendo que en nuestro ámbito socio cultural, la apariencia física es muy importante y valorada.

Por ejemplo para los adolescentes en situación de calle “es muy importante la fuerza física, la cantidad de cortaduras o marcas corporales como resultados de historias extremas, porque son reconocidas como factores de destrezas y valentía que otorgan un status al grupo”.^[15]

Por otra parte el auto concepto se enfoca mayormente en la forma de cómo una persona se entiende a sí misma y a la vida a partir de valores conceptos y criterios, además, se encuentra relacionado con la autovaloración porque condiciona la aceptación que los sujetos tienen de sí mismos en la construcción de su personalidad. En comparación entre el contexto de la calle y la sociedad, este aspecto genera una gran brecha, ya que al ser excluidos de la sociedad, buscan ser aceptados en ámbito de la calle, lo cual implica una categoría de valores y criterios muy diferentes y poco valorados por la sociedad.^[15]

“En todas las personas la frustración se genera a partir de una fuerte represión e impotencia de emociones que no pueden ser satisfechas o no son adecuadamente respondidas”.^[14] La carencia de socialización positiva han provocado en las personas que viven en esta condición, que las estrategias de resolución de conflictos sean limitadas, ocasionando que la frustración se exprese por medio de las agresiones verbales o físicas, o en el abandono abrupto de las situaciones de conflicto, sin tematizar lo ocurrido y buscar una solución razonable; generalmente no manejan las habilidades de una comunicación asertiva, sino más bien, han desarrollado un tipo de comunicación agresiva como mecanismo de defensa.^[15]

“La situación de vida en el espacio de la calle provoca en las personas, una inestabilidad emocional, la cual necesita compensar de alguna manera. Para aquello recurren a comportamientos y relaciones interpersonales de tipo afectivo emocional muy intenso y dependiente, caracterizados en su dimensión Psicológica”.^[4]

1. Niveles de desconfianza elevados
2. Involucración afectiva interna
3. Ansiedad ante situaciones de despedida y separación
4. Rechazo ante expresiones o sentimientos de abandono
5. Mecanismos de negación o modo de esconder sus experiencias emocionales dolorosas.
6. Dificultad para hablar de situaciones o recuerdos del pasado.
7. Dificultad para proyectar u organizar planes futuros.

4.3. Consumo de Drogas.

Aunque no existen cifras exactas del porcentaje de NNASC (niños (as) y adolescentes en situación calle), que consumen sustancias psicoactivas, podemos afirmar que es un elemento, muchas veces determinante sobre el involucramiento al espacio y contexto de los diferentes grupos en situación de calle. El consumo de estas sustancias, suelen ser concebidos como un compensador afectivo, pero también físico, que puede llegar a comportamientos adictivos y de dependencia.^[4]

Según la experiencia de algunas organizaciones que hacen trabajos sobre esta temática el consumo lo hacen por:

1. Olvidar su realidad
2. Incrementar el valor para pelear o robar
3. No sentir dolor cuando los agreden Psicológica, sexual y físicamente.
4. Mitigar el hambre, frío, dolor, etc.
5. Sentirse y verse bien frente a los demás.
6. Ser parte del grupo de pares.

“La sustancias con mayor frecuencia de consumo entre los adolescentes en situación de calle en Bolivia, son los inhalantes (vapores químicos), que al respirarlos producen efectos psicoactivos que alteran la mente. Entre los

productos que se inhalan por la boca o por la nariz están: la clefa, el thinner, diferentes pegamentos y disolventes. Es importante aclarar que el consumo de estas sustancias es diferente en cada contexto, es decir el consumo de clefa se da principalmente en Santa Cruz y Cochabamba, mientras que en La Paz, El Alto y Oruro se consume sobre todo el Thinner”.^[4]

Sin embargo por la movilidad y migración de la población, el consumo de sustancias psicoactivas, se van diversificando, provocando que se intercambien las costumbres de consumo, en la mayoría de los grupos de niños y púberes en situación de calle, el consumo de inhalantes es muy común, se considera como la droga de inicio para la estadía en la calle, debido a su fácil disponibilidad y al bajo costo que representa. En adolescentes y jóvenes el consumo se mantiene, aunque se diversifica con el uso del alcohol y otras drogas.^[4]

“En general los inhalantes de las funciones del cuerpo, mediante inhalaciones sucesivas, llegan a ser cada vez menos inhibidas y pierden el control, hasta poder lograr hacer perder el conocimiento, por un abuso excesivo. Debido al consumo de inhalantes sin considerar las consecuencias de sus actos. De igual manera, antes de incurrir en otras conductas delictivas o entrar en la dinámica de violencia sexual comercial, optan por consumir inhalante porque le otorga valor y minimizar el dolor”.^[4]

El consumo de alcohol en la población de calle, se da en adolescentes, jóvenes y adultos. Culturalmente en Bolivia el alcohol se sirve como un agente socializador entre grupos, y de la misma manera tiene un uso amplio en el ambiente de la calle. Generalmente, se consume el alcohol medicinal (96%), mezclado con agua o refresco, la intensidad de la bebida en el momento del consumo, la hace menos atractiva para los niños (as), el consumo desmedido de alcohol trae serias consecuencias para la salud de esta población, hasta se constituye en una de las principales causas de muerte entre ellos.^[4]

El consumo de drogas, en el país en la última década ha crecido de forma inimaginable, en un estudio realizado sobre “Percepciones sociales sobre drogas en La Paz (Bolivia)”^[16], refleja que entre las drogas más consumidas en La Paz, esta la marihuana con datos de un 70% de consumo dentro del universo poblacional, la cocaína en un 65,5%, alcohol 95,1% inhalantes 29.7%, sobre la base de un muestreo de un estudio realizado a 400 personas encuestadas, donde el 80% de la muestra considera tener acceso fácil o muy fácil a los mismos y existe un mayor porcentaje de mujeres (62.5%) que hombres (58,1%), cuyas edades oscilan en mayor proporción entre 25 y 35 años.^[16]

“En la actualidad el país no cuenta con ningún centro de desintoxicación público, los que existen son privados y muy caros, la mayoría de estos jóvenes provienen de hogares pobres y con un bajo nivel de escolaridad, además la falta de empleo los obliga a marcharse a las calles donde hacen su *modus vivendus* (narcomenudeo, prostitución, robos, explotación sexual y turismo sexual)”.^[16]

4.4. Sistema de salud físico-nutricional.

Las condiciones de salud en condición de calle son complicadas, ya que en la calle no se alimentan adecuadamente, no pueden desarrollar hábitos de higiene, existe un desconocimiento de las enfermedades que les puede afectar y así también de los efectos que pueden surgir. Entre las patologías más comunes encontramos:

- Desnutrición, anemias y talla baja, estos problemas pueden llegar a ser crónicos.
- Caries, restos radiculares y abscesos peri apicales que con el tiempo pueden condicionar cardiopatías.

- Tuberculosis, fiebre tifoidea, fiebre amarilla e infecciones urinarias.
- Pediculosis (piojos), sarcoptosis (sarna) y micosis (hongos).
- Infecciones bacterianas, amebianas, así también cuadros diarreicos agudos, parasitosis y salmonella.
- ITS, las más comunes: Sífilis, gonorrea, herpes genital, condiloma acuminado, candidiasis, tricomoniasis, y en muchos casos VIH/SIDA.
- Insuficiente desarrollo físico, inmadurez psicológica, junto al consumo de sustancias psicoactivas, ITS, o desnutrición, se presentan complicaciones durante el embarazo, afectando la salud de la madre y del futuro bebé.^[4]

“La infección del VIH Sida, ha ido incrementando y más aun en población en situación de calle; por ejemplo en la gestión 2011 en el Departamento de La Paz se notificaron 208 casos nuevos de VIH en población en general, y hasta septiembre de la gestión 2012, La Paz estaría con 1164 casos positivos de VIH acumulados desde 1987”, (datos consolidados en el CDVIR La Paz). A nivel Internacional, el panorama no es muy diferente, según las últimas estadísticas del ministerio de salud de la República de Honduras, en el país se registran más de 15,000 jóvenes entre 15 a 18 años infectados por el VIH. Casi en un 90% de los casos la infección se debió al consumo de drogas como el *crack* y cocaína u otras drogas frente a conductas sexuales de riesgo y viviendo o alternado casa con calle.^[13]

Al igual que en otros países en Bolivia no existen políticas públicas de atención a jóvenes drogodependientes por parte del gobierno a nivel de

intervención. “La familia y la sociedad marginan a estos jóvenes que terminan infectados con el VIH, muerte por violencia en calle o presos”.^[17]

“Por otra parte la infección por VIH/SIDA se ha convertido en una pandemia que ha cobrado millones de víctimas y amenaza la vida de más de 40 millones de personas actualmente.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es una enfermedad crónica transmisible, causada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), en la cual se establece una relación muy diversa entre hospedero y virus, que al final favorece la aparición de infecciones oportunistas o tumores raros, inevitablemente mortales.^[17]

Por otro lado, el nivel de conocimientos sobre la prevención del SIDA, aún resultan insuficientes, la práctica de un sexo seguro con la utilización del preservativo continúa siendo muy limitada y varía según el nivel de instrucción. No obstante, la expansión creciente de esta pandemia en el nuevo siglo (junto a los escasos recursos para detenerla) demanda el uso más eficiente de intervenciones de salud, encaminadas fundamentalmente a programas de promoción y prevención de la transmisión del VIH/SIDA, ya que en esto radica la clave del éxito, porque es indiscutible el pobre nivel de conocimientos que tiene la población (sobre todo con riesgo) sobre la transmisión del VIH/SIDA y su repercusión en la calidad y expectativa de vida del hombre”.^[18]

“Por otra parte, en América Latina y el Caribe existe un peligro inminente de que dicha epidemia continúe propagándose a gran velocidad, si no se adoptan medidas enérgicas e inmediatas al respecto”.^[18]

“Múltiples factores favorecen la propagación del VIH/sida en Las América, donde se combinan perfiles desiguales de desarrollo demográfico y socioeconómico, elevado número de migraciones y una situación de profundas

inequidades, con el consabido predominio de las injustas consecuencias del subdesarrollo”.^[18]

“La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) consideran que cada día se producen entre 600 y 700 nuevas infecciones por el VIH en la Región y que hasta el 2000 había muerto más de medio millón de individuos por esta causa. En el Caribe, la gran mayoría de personas se infectan con VIH por mantener relaciones heterosexuales sin protección”.^[18]

“Estimaciones de ONUSIDA revelan que entre el 2002 y el 2020 ocurrirán alrededor de 68 millones de defunciones en los 45 países más afectados. De todo lo anterior se infiere que la epidemia de VIH/SIDA implica un costo social creciente, al destruir a tantas familias, hogares y comunidades, porque afecta a personas jóvenes, sobre todo entre 15 y 49 años, quienes representan la población más activa sexualmente (por tanto, con mayor probabilidad de infección) y la fuerza productiva principal de las sociedades, lo cual repercute en sus oportunidades de trabajo e ingresos y acorta la esperanza de vida.”^[18]

Resulta, por tanto, impostergable trazar una estrategia integral contra el VIH/SIDA, que vincule la educación, la prevención, el tratamiento, así como la atención y el apoyo a las personas”.^[18]

Por ejemplo, un estudio en VIH/SIDA en adolescentes guatemaltecos del Instituto de Magisterio de Fray Bartolomé afectadas por el virus, advierte que se podrían salvar millones de vidas en los países de ingresos bajos y medios; y precisamente el escenario de la atención primaria de salud permite que el individuo y la comunidad adquieran conocimientos, intervengan y adopten decisiones sobre su propia salud, para lo cual la única manera posible de alcanzarlo es que la comunidad tome plena conciencia de su situación real de salud, qué problemas debe resolver por sí misma, cuál es la prioridad de estos y sobre qué aspectos tiene derecho a exigir soluciones.”^[18]

“La construcción de una accesibilidad ampliada de la población en situación de calle constituye un desafío para el sector salud. Desde la experiencia de intervención presentada, consideramos fundamental seguir trabajando en esta línea con el fin de generar una relación distinta entre la población y los servicios de salud que permita el ejercicio efectivo del derecho a la salud. La diferencia sustancial a lograr es que el contacto de los adultos en situación de calle con los efectores de salud deje de concretarse en la urgencia y pueda dar lugar a prácticas regulares de cuidado de la salud. A menudo el acceso a la guardia no resulta en una atención adecuada sino que se torna en una nueva situación en la cual las personas son maltratadas y estigmatizadas. Por lo tanto, es necesario que el sector salud tome conciencia y conocimiento de la gravedad de esta problemática en aumento y piense en estrategias de acercamiento y atención que contemplen la complejidad que involucra”.^[19]

“En relación al desarrollo de la sexualidad de los adolescentes en situación de calle, se produce una distorsión debido a la exposición a experiencias sexuales inapropiadas, respecto a momentos, personas, formas y/o circunstancias. En esta línea se reporta la iniciación temprana en la vida sexual, en algunos casos con personas adultas y/o prostitutas, con presencia frecuente de relaciones homosexuales, involucramiento en cadenas de prostitución, aún casos de embarazo precoz que tiñen la pubertad y adolescencia de estos chicos.”^[20]

“A pesar de la corta edad de estos chicos, se ha observado que las mujeres están mejor informadas y tienen un mayor uso de los métodos de protección, tal vez debido a que se perciben más expuestas a abusos sexuales por parte de sus parejas o pares de grupo en la calle, con el riesgo de resultar embarazadas o contraer alguna enfermedad. Sin embargo, en las adolescentes aún se dan casos de embarazo, a pesar que muchas conocen y utilizan métodos de protección, al parecer la relación drogas y sexo es un factor que determina el embarazo precoz”.^[20]

“La formación de unidades comunitarias de Prevención del maltrato y del abuso sexual en las zonas de donde provienen estos chicos, podría ser una alternativa que permita orientar mejor a los padres y crear condiciones para una mejor forma de vida en familia y en sociedad; y de esta manera impida que estos adolescentes salgan expulsados de sus familias, en la calle se configura una cultura, unos modos de vida, costumbres, conocimientos; se elaboran y operacionalizan unas estrategias sobre vivencia “. [20]

“Los adolescente que viven en situación de calle son generosos y solidarios con sus compañeros, ayudan a los más débiles, y se defienden, en conjunto, cuando la policía arremete contra ellos”. [20]

Todos podemos constatar un hecho muy sencillo y altamente significativo que nos revela ciertos sentimientos muy humanos de estos grupos de niños y niñas en calle: Siempre los podemos ver acompañados de perros vagabundos por la sencilla razón de que, en su extrema pobreza, saben compartir lo poco que tienen entre sí y aún con los perros “de nadie”.

“Que la edad media del joven en situación de calle es de 18 años. Este dato nos lleva a advertir el alto riesgo, que tanto bebés en calle como jóvenes y adolescentes menores de 18 años, en dicha situación, tienen debido al aparente “amparo” que el colectivo de mayor edad les ofrece, pues pudiendo terminar en su grupo de jóvenes adolescentes de 18 años, se iniciaran en los procesos de cronificación y/o alto deterioro. [20]

“Pensamos que la razón de que esto suceda, se debe a la poca o nula intervención técnica profesional y a la falta de políticas sociales que lo impida, de manera que no se dé este alto nivel de edad en calle y con ello, que los menores no encuentren figuras de aparente amparo para estar en calle”. [20]

Que la edad media en la que se tiene el primer contacto con la calle es de 9 años y medio.(Esto nos ayuda a ver lo temprano que se inician estos jóvenes,

desde los procesos de callejización y desestructuración familiar exceptuando, claro está, los que ya nacen en calle).^[20]

Con una media de 11 años, ya deciden quedarse en la calle. (Junto con el dato anterior, podemos ver lo atractivo y rápido que es, el hecho de que estos jóvenes queden seducidos y atrapados en su contacto con los grupos ya en calle de los NASC, exceptuando una vez más, los que nacen en calle o llegan de muy temprana edad).^[20]

El contacto y consumo, con la peligrosa sustancia adhesiva denominada “Clefa”, se da a la edad de 10 años. Con ello vemos lo accesible, lo económico y lo fácil de adquirir que es esta sustancia y, el consiguiente peligro que supone su uso, tanto a nivel social (escolar) como ya en calle si se extiende como ya ocurre en EEUU y Canadá).^[20]

Es importante afirmar que, durante el periodo de tiempo en el que están en calle, la abandonan, con una media de 7 ocasiones, por diversas razones:

- 3 veces para irse a su casa.
- 1,5 por ingresos judiciales en centros de reforma.
- 4 para acudir a un programa, centro o institución.
- 1,5 para irse a otra ciudad.
- 2 por ingreso hospitalario^[21].

“Con estos datos podemos observar que; la variedad del perfil de los NASC (Niños (as) y adolescentes en situación calle), en la calle oscila entre 10 y 33 años, que tanto su motivación y capacidad de cambio es alta, y que su esfuerzo por dejar la calle es más fuerte del que se les imputa. Aún sabiendo que hay otros grupos, bebés o mayores alcohólicos y ex inhaladores, hacen pensar, que tanto la ineficacia de las políticas sociales (sobre todo a nivel preventivo), como la lentitud del trabajo, tanto institucional como gubernamental, el nivel de desconcierto y deterioro en esta población, es tal,

que se llega a encontrar chicos/as que dudaban de su propia edad. Además está el hecho (estratégico de supervivencia) desde el que muchos fingen una minoría de edad para beneficiarse de la impunidad judicial, sobre todo en el ámbito delictivo o institucional".^[21]

4.5. Características de la epidemia del VIH/SIDA en Bolivia

En Bolivia la epidemia del VIH/SIDA es de tipo concentrada, con prevalencias por encima de 5% en poblaciones vulnerables, principalmente en grupos poblacionales de HSH (Hombres que tienen sexo con Hombres).^[22]

Los casos acumulados de VIH/SIDA notificados en el país entre enero de 1984 y octubre de 2006, ascienden a 2,190 de las cuales 1,239 son casos acumulados de VIH y 951 de SIDA, con un sub registro nacional estimado mayor a 70%.^[22]

Para fines de 2006, ONUSIDA había estimado que 6,700 personas en Bolivia vivirían con el VIH/SIDA. Los departamentos más afectados y con la mayor notificación de casos en el país, sobre todo a expensas de sus ciudades capitales, son Santa Cruz, Cochabamba y La Paz. La vía de transmisión predominante es la sexual, con más de 90% de las notificaciones. La relación de casos de VIH/SIDA hombre mujer notificada es superior a 2, es decir, hay una mujer por cada dos hombres notificados^[22]. Si bien se puede suponer una feminización de la epidemia, ya que la relación hombre mujer ha disminuido considerablemente en los últimos años (al inicio de la epidemia era 9:1), es importante destacar que la oferta de pruebas rápidas de VIH a las mujeres embarazadas y a las TSC es mayor que la hecha a los hombres.^[22]

4.6. Respuesta nacional a la epidemia.

El modelo actual de atención pública para personas que viven con el VIH/SIDA (PVVS) muestra signos de fragilidad. Actualmente existen 13 CDVIR en Bolivia; son centros públicos auspiciados por la Agencia de los Estados Unidos

para el Desarrollo Internacional (USAID) hasta finales de 2006, orientados a brindar atención a PVVS. La estigmatización de estos centros y la falta de respuesta nacional hacia una descentralización de la atención del VIH a centros hospitalarios especializados e interdisciplinarios, determina que la atención pública a PVVS no sea integral, periódica y oportuna. ^[24]

4.7. Factores determinantes asociados a la propagación del VIH.

Bolivia es un país multiétnico y pluricultural que sufre de migraciones múltiples y temporales desde el área rural hacia lugares donde se pueden encontrar fuentes de trabajo. Los procesos migratorios, sumados a factores tales como el machismo, el consumo excesivo de alcohol, la falta de concienciación y conocimiento sobre el VIH/SIDA y sus formas de transmisión y prevención, los altos índices de violencia y los prejuicios y falsas creencias acerca del tema, favorecen la rápida transmisión de las ITS y el VIH en el país. Es poca la información que existe acerca de los procesos y dinámicas de la sexualidad y sus determinantes en ciertas poblaciones rurales vulnerables, migrantes, que permitan diseñar estrategias adecuadas de prevención y atención para disminuir la tasa de ITS y VIH/SIDA, promoviendo cambios de comportamiento. ^[25]

Estudios realizados en comunidades y municipios migrantes de habla quechua, del departamento de Chuquisaca, demuestran que una alta proporción de la población desconoce las ITS/VIH/SIDA y su prevención; se ha observado que el condón es muy poco utilizado y que las prácticas sexuales de riesgo son frecuentes en la población. ^[25]

El considerable estigma y la discriminación reinantes en el país inciden en la propagación de la enfermedad, sobre todo entre las poblaciones vulnerables. A esto se suma la escasez de servicios, por un lado, y la renuencia a acudir a los mismos, por el otro. En muchas comunidades no se ofrecen servicios para ITS/VIH/SIDA a los hombres, o bien son insuficientes. ^[26]

La relación entre el VIH/SIDA y el estigma lleva a muchas personas que están dentro de una norma social, a no considerarse afectados por la enfermedad y a seguir practicando comportamientos inseguros que las ponen en riesgo. Al disminuir la motivación para hacerse las pruebas y cuidar de la salud propia, el estigma y la discriminación promueven la propagación del VIH, con consecuencias personales y sociales graves, además de que pueden tener consecuencias psicológicas profundas en las PVVS, al intensificar el aislamiento social y la depresión.^[27]

Los datos nacionales ponen de manifiesto la necesidad de elaborar una política nacional intersectorial sostenible en relación con el VIH/SIDA, encabezada y supervisada por el Ministerio de Salud y Deportes a través del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA. Esta política debe contemplar un enfoque intersectorial y estar dirigida a promover, fortalecer y ampliar los programas de prevención y atención del VIH/SIDA del país, garantizando el acceso universal a la atención integral de ITS/VIH/SIDA, con énfasis particular en los grupos poblacionales más vulnerables al riesgo de infección por el VIH.^[24]

4.8. La situación de las ITS en Bolivia.

“Las ITS, continúan siendo un problema de salud pública de gran importancia en la mayoría de los países del mundo. Se considera que la incidencia de ITS es elevada en muchos países. Las fallas en el diagnóstico y el tratamiento en estadios tempranos pueden ocasionar graves complicaciones y secuelas”.^[3]

“En 1992 ya se consideraba a las ITS de alta prevalencia en Bolivia, a pesar del sub registro importante en el sistema de información en salud, porque en las ITS debido al tabú sexual y el pudor, las personas no acuden a los servicios de salud, una gran mayoría recurre a la automedicación”.^[3]

4.9. Aspectos y síntomas generales de las ITS.

Las Infecciones de Transmisión Sexual ITS, han protagonizado durante las 3 últimas décadas gran parte de los cambios epidemiológicos y clínicos. Aunque la incidencia bacteriana de las ITS ha descendido durante la década de los 90 en el mundo occidental, continúa siendo una epidemia en gran parte del planeta, incluso en los países desarrollados. ^[3]

El control y la profilaxis de las ITS, se considera un problema ginecológico. Muchas ITS parecen transmitirse de modo más eficaz de hombre a mujer que a la inversa, probablemente porque el área de exposición es mayor en la mujer, ya que la vagina actúa como un reservorio que prolonga el tiempo de exposición a las secreciones infecciosas, y porque el riesgo de traumatismo durante el coito puede ser mayor en la mujer que en el hombre. Las mujeres son más proclives que los hombres a padecer infecciones asintomáticas o sub clínicas, en ellas los síntomas clínicos son menos específicos y algunas pruebas microbiológicas son menos sensibles para detectar la infección, haciendo el diagnóstico más dificultoso. Es más, en las mujeres y sus hijos tienen mucho mayor riesgo que los hombres de sufrir secuelas permanentes o de larga duración. ^[3]

Las ITS son infecciones causadas por diversos microorganismos que se transmiten fundamentalmente, a través de las relaciones sexuales (orales, vaginales o anales) mantenidas con una persona infectada o enferma. ^[3]

Los gérmenes causantes de las ITS tienen muy poca resistencia al medio ambiente externo, muriendo rápidamente en contacto con el mismo (con excepción de los ácaros de la sarna y las ladillas). ^[3]

La creencia de que este tipo de enfermedades se transmiten por baños públicos, piscinas o duchas es errónea, por esto es la vía sexual la que debe ser considerada primordialmente para el abordaje de estas patologías que agrupan a las ITS. ^[3]

Se conocen más de 30 microorganismos transmisibles por contacto sexual, los cuales pueden ser causados por:

1. Hongos
2. Parásitos
3. Bacterias
4. Virus

No es raro que una o más ITS se presenten y se repitan durante el periodo de la adolescencia y la re infección es la causa más frecuente. Se debe hacer seguimiento y estar alerta para detectar las secuelas a largo plazo.

Los síntomas se presentan con algunas diferencias de acuerdo a la evolución clínica o co-infecciones presentes en la misma persona:

En la mujer:

- Flujos, supuraciones o secreciones por vagina con mal olor.
- Picazón en los genitales.
- Dolor o ardor al orinar
- Relaciones sexuales con dolor (dispareunia)
- Erupciones cutáneas alrededor de los órganos sexuales (pápulas ampollas) Inflamación o enrojecimiento de los órganos sexuales, inclusive ano.
- Lesiones en la piel (verrugas, chancros o manchas)
- Dolores bajo el vientre

En el hombre:

- Líquido espeso amarillo o blanco que sale por la uretra del pene o el recto, con mal olor.
- Erupciones o úlceras en los genitales
- Tumoraciones inguinales

- Ardor o dolor al orinar
- Necesidad de orinar más seguido (poliuria)
- Puede no tener síntomas durante años

Es importante aclarar que en el presente estudio no se tomaron en cuenta a todas las ITS existentes, sino mas bien a aquellas que son diagnosticadas de manera STAT, es decir de diagnóstico rápido, tratamiento oportuno y supervisado, política implementada en el Programa Departamental de ITS/VIH/SIDA La Paz, desde la gestión 1992, las cuales están identificadas en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10), las mismas que se detalla a continuación:

Cuadro N° 1. Clasificación CIE -10 de las ITS.

N°	Infección	Agente causal	Clasificación en CIE-10
1.	Vaginitis	Trichomona vaginalis	B95-97
2.	Cervicitis	Chlamydia trachomatis	A70-74
3.	Sífilis	Treponema pallidum	A50-53
4.	VIH	Virus de Inmunodeficiencia humana	A50-53
5.	Gonorrea	Neisseria gonorrhoeae	B95-97

1. Fuente: Vargas Andrés, Valdez Edgar, Caballero Verónica, Tinajeros Freddy. Manual educativo de Infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, Sífilis materna y congénita. ^[3]

4.10. Población de riesgo.

El primer paso para determinar factores de riesgo y la terapia adecuada consiste en conocer los marcadores demográficos y sociales de las ITS, se entiende por “núcleo transmisor” o “grupo diseminador”, a un subgrupo poblacional caracterizado por su promiscuidad y otros comportamientos, que mantiene una ITS en la comunidad. Otras personas pueden adquirir la ITS por contacto sexual con los individuos del núcleo transmisor, pero fuera de él la infección no se propaga indefinidamente.

Un determinante primario del núcleo transmisor es la duración media de la infección en la población. La gonorrea, sífilis o chancro blando (chancroide), por ejemplo, solo se propagan durante días o semanas, ya que la mayor proporción de casos quedan limitados gracias a la intervención terapéutica o por remisión espontánea. Por esto la propagación de la infección depende de que las personas infectadas tengan nuevos compañeros sexuales en corto periodo de tiempo tras su adquisición.

La infección por Chlamydia es de tipo intermedio: la infección suele ser más prolongada que en el caso de la gonorrea pero menos que en la infección por VHS o VPH, por lo que se observa infección por Chlamydias en un sector de la población más amplio que la gonorrea, pero menor que las ITS víricas. Aunque el término “núcleo transmisor” se suele aplicar a personas jóvenes de grupos étnicos minoritarios con bajo poder adquisitivo y asociados con el abuso de drogas y prostitución, estas características solo corresponden al núcleo de las ITS bacterianas clásicas. El núcleo transmisor de la Chlamydia probablemente está constituido por los individuos jóvenes sexualmente más activos. ^[28]

Las ITS aumentan considerablemente debido a diversos factores: Factores socio culturales como el comienzo de las relaciones sexuales a edades más tempranas, sin protección que implica una mayor posibilidad de contactos con distintas parejas sexuales.

- Uso de alcohol y drogas que promuevan conductas sexuales de alto riesgo.
- Uso inconstante o incorrecto del condón en las relaciones sexuales.
- El aumento de las actividades sexuales, solo con la protección de otros métodos anticonceptivos sin usar el condón.
- Múltiples parejas (casuales) que aumenta la probabilidad de exposición y transmisión.
- No tener una educación sexual formal
- Tener una pareja sexual que vive con el VIH o SIDA o que tiene una ITS y no utilizar el condón
- No utilizar de manera sistemática el condón en las relaciones sexuales con personas que se desconoce su estado serológico, sean por la vía anal, vaginal u oral.
- Existen infecciones como el VIH y la infección por Hepatitis B que se pueden adquirir con material corto punzante mediante tatuajes y perforaciones y no son siempre por contacto sexual.
- Ser víctima de abuso sexual o violación por uno o varios agresores.
- Factores médicos como resistencias de los gérmenes causales, es decir, las bacterias, virus, hongos y otros crean resistencia a los medicamentos debido a la automedicación y el uso incorrecto de los antibióticos.
- Madres con sífilis y VIH pueden transmitir a sus bebés. ^[3]

4.11. Interacciones entre la infección de VIH y otras ITS

“La ITS más devastadora de todos los tiempos es la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), con mucha mayor morbilidad e impacto social que la sífilis en la era pre-antibiótica. Además la infección por VIH interactúa biológicamente con otras ITS, existiendo factores sociales y de comportamiento que facilitan la transmisión. Quizás lo más importante es que la inflamación ocasionada por la ITS aumenta mucho la incidencia de transmisión del VIH por contacto sexual. Se ha demostrado tanto en estudios de cohortes como puntuales que la posibilidad de adquirir o transmitir la infección por VIH se incrementa de 2 a 32 veces más si se añade a una infección por herpes genital, sífilis, chancro blando (chancroide), gonorrea, chlamydia o trichomonas. En los individuos infectados por VIH, muchas de las células inflamatorias que acuden a las superficies mucosas infectadas con úlceras producen el VIH en grandes cantidades, y en aquellos sin infección de VIH, las mismas células son especialmente susceptibles al virus en caso de exposición. En una población base, la prevalencia de las ITS tradicionales predicen fuertemente la posibilidad y frecuencia de contagio heterosexual del VIH; en realidad, la prevalencia de base y la incidencia de ITS puede ser la principal explicación de las diferencias en frecuencia de transmisión heterosexual del VIH alrededor del mundo y entre las poblaciones de distintos países. Por tanto, la profilaxis de las ITS es crucial en las estrategias de prevención del VIH” [28] “También a tener en cuenta, es que las ITS pueden afectar adversamente el curso clínico de la enfermedad del VIH y viceversa. Por ejemplo entre individuos infectados por VIH con herpes genital recurrente, la reactivación del VHS está acompañada de un incremento sustancial de la carga vírica del VIH en el plasma, afectando quizá a la progresión de la inmunodeficiencia. Los pacientes infectados por VIH comparados con individuos no infectados, padecen de infecciones herpéticas mas graves y dolorosas, con mayor tasa de resistencia al aciclovir; mayor tasa de fracaso en tratamiento antibiótico de sífilis y chancro blando (chancroide);

progresión acelerada de la infección anal o genital por VPH hacia cáncer o cambios celulares pre malignos, y quizás mayor frecuencia o gravedad de enfermedad inflamatoria pélvica”. [28]

4.12. Diagnóstico de Laboratorio.

“Los médicos controlan a pacientes con ITS o en riesgo, deberían tener acceso inmediato a pruebas de laboratorio para diagnosticar infección por VIH, sífilis, a los análisis de anticuerpos específicos, para determinar el tipo de VHS y las pruebas específicas para la detección de *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* y VHS en secreciones genitales o úlceras”. [28] “Aunque los resultados del acta de mejora de Laboratorio, consideren algo problemática la utilización de microscopía, es muy recomendable tener acceso inmediato a extensiones teñidas con Gram, y a secreciones vaginales montadas en fresco. En las consultas que atienden pacientes con altos índices de sífilis también se debería disponer de microscopio de campo oscuro y de pruebas serológicas de detección temprana”. [28]

“La mayoría de los casos de ***C. trachomatis*** no serían detectados sin pruebas de laboratorio, porque el diagnóstico clínico y los indicadores epidemiológicos de infección no son sensibles ni específicos. Las pruebas de elección son los estudios de amplificación de ácidos nucleicos, reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y la amplificación mediada por transcripción (AMT); con sensibilidad del 90%-95% compara con el 60%-70% de la sonda de ADN sin amplificación y 70-80% del aislamiento en cultivo. Los estudios de amplificación también tienen la ventaja de mantener una sensibilidad excelente en las muestras vaginales auto-obtenidas así como en la orina de hombres y mujeres, posibilitando así el estudio en entornos donde resultaría poco práctica la recogida de muestras uretrales o cervicales”. [28]

“En el caso de **gonorrea** deben ser confirmados por análisis de laboratorio específicos. El aislamiento del microorganismo se está sustituyendo por pruebas de detección de antígenos, sondas de ADN sin amplificar o bien métodos de amplificación de ADN como el RCL o RCP. A diferencia de las pruebas para detectar chlamydia, el cultivo sigue constituyendo un método de alta sensibilidad y bajo coste, con la ventaja añadida de proporcionar la posibilidad de realizar un antibiograma”.^[28]

“Los casos típicos de **herpes genital** se suelen diagnosticar por la historia o exploración física, pero la forma más frecuente de presentación es a modo de úlceras genitales raras o con aspecto inespecífico. El herpes es el principal causante de las úlceras genitales, incluso en aquellas poblaciones con altos índices de sífilis y chancro blando (chancroide). Por tanto los análisis para la detección del herpes están indicados en todos los pacientes sexualmente activos con úlcera genital. La prueba de elección es el aislamiento en cultivo del virus, aunque hay pruebas por RPC más sensibles. Los análisis serológicos que distinguen de forma precisa el VHS-1 del VHS-2, están indicados en muchos pacientes con úlceras genitales herpéticas y posiblemente en detecciones selectivas (screening). Hasta hace poco, la mayor parte de los análisis que decían ser específicos no distinguían con precisión la infección por VHS-1 del la del VHS-2; no conviene utilizar este tipo de análisis para clasificar una enfermedad como transmisión sexual”.^[28]

“Se debe ofrecer de rutina la posibilidad de realización del análisis serológico del **VIH** a la mayor parte de los pacientes que padezcan o tengan riesgo de ITS. Las pruebas serológicas de sífilis siguen estando indicadas en aquellos que vivan en un área geográfica de alta prevalencia de infección por VIH y en poblaciones en las que persiste la sífilis en proporción relevante. En algunos casos hay que utilizar además del análisis serológico, para detectar la infección reciente o pasada por virus de la Hepatitis (VH) tipo A, B, o C”.^[28]

“Es difícil diferenciar clínicamente la causa más frecuente de aumento del flujo vaginal en mujeres jóvenes, vaginosis bacteriana, tricomoniasis, candidiasis y cervicitis mucopurulenta, por lo que se necesitan pruebas microbiológicas o microscópicas. Los exámenes semicuantitativos rápidos para detectar ***Gardenella vaginalis*** u otro método de detección pueden suplir en algunos casos al examen microscópico de preparaciones en fresco para el diagnóstico de vaginosis bacteriana. Aunque la citología vaginal se detectan la mayoría de los casos de tricomoniasis o candidiasis.” [28]

Las mujeres con ITS o en riesgo elevado de padecerlas tienen mayor frecuencia de cambios epiteliales displásicos y malignos, por lo que ellas se deben obtener una citología vaginal de modo rutinario. El papel de las pruebas de detección de VPH en la toma vaginal de rutina es controvertido; se están desarrollando investigaciones que ayudarán a aclarar este punto en el futuro. Las extensiones anales suelen demostrar displasia maligna en HSH (Hombres que tienen sexo con hombres), sobretodo en infectados por VIH.

5. MARCO CONCEPTUAL.

En un estudio publicado por la revista Scielo “*Factores de riesgo para la Infección por VIH/SIDA en adolescentes y jóvenes Colombianos*”, por la Dra. Ana Fernanda Uribe, et-al en Cali Colombia, junio de 2010, establecieron que el conocer “qué saben y cuáles son las prácticas y actitudes de los jóvenes sobre planificación familiar, ITS y VIH/SIDA”, constituye una fuente valiosa de información para el diseño de estrategias de educación y comunicación, tendientes a promover en esta etapa de la vida comportamientos saludables, los cuales son definitivos para el futuro. Teniendo en cuenta que la vida sexual de los jóvenes está atravesada por componentes culturales, sociales, étnicos y económicos. Por ello, es de gran importancia la realización de estudios de carácter local que contribuyan a contrastar o validar lo que a nivel nacional se

expone y, sobre todo, a orientar las intervenciones en salud con base en evidencia local, sin perder la perspectiva nacional. ^[30]

Además se logró identificar que ni la edad, ni disponer de un buen nivel de conocimientos, influyen de manera positiva y decisiva sobre la práctica de comportamientos de prevención. El preservativo no se reconoce como medio para protegerse del VIH/SIDA, lo cual se reflejó en el bajo porcentaje que se obtuvo, cuando se preguntó acerca de los riesgos de las relaciones sexuales sin protección. La preferencia por no usar el preservativo durante las relaciones sexuales indica una baja percepción de riesgo de transmisión del VIH entre los jóvenes.

Según Navarro y Vargas (2003), en un estudio realizado con adolescentes escolarizados sobre la temática de VIH que tenían edades entre 14 y 19 años pertenecientes a colegios públicos de la ciudad de Barranquilla, los estudiantes afirman que presentan algunos conocimientos inadecuados frente a las formas de prevención y transmisión de VIH/SIDA. Contrario al anterior estudio, la mayoría presenta actitudes positivas frente a la infección, algunos adolescentes han tenido relaciones sexuales y de ellos un gran porcentaje presenta prácticas de riesgo, tales como consumo de sustancias psicoactivas, relaciones sexuales con desconocidos, y no uso del preservativo.

Método

Diseño de investigación

Para el presente estudio se estableció un diseño no experimental exploratorio descriptivo (Montero y León, 2002).

Participantes

La muestra estuvo conformada por 978 adolescentes, entre 10 y 23 años, con una edad promedio de 14.41 años y una desviación típica de 1.96. Se realizó un muestreo no probabilístico. La muestra comprendía grados de sexto a once de instituciones educativas públicas de diferentes ciudades de Colombia, entre las cuales se encontraban Cali, Bogotá, Armenia, Manizales y Pasto.

Procedimiento

En primera instancia se realizó el contacto con las instituciones educativas explicándoles los propósitos, objetivos y procedimientos relacionados con la investigación; también se les informó sobre el contenido de los instrumentos, la forma y el tiempo requerido para su aplicación. Posteriormente, se diligenciaron los consentimientos informados por parte de los padres de familia o representantes del estudiante con el fin de realizar el proceso de aplicación de los instrumentos a los estudiantes de grados sexto a once. La aplicación del instrumento osciló entre 35 y 45 minutos. Finalmente, se procedió a realizar el análisis de los datos por parte de los investigadores a través del Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 16.0 para Windows. La realización de esta investigación fue evaluada por el comité investigativo de la universidad antes de ser aprobada para su realización, logrando cumplir con los criterios éticos necesarios.

Resultados

Los adolescentes que participaron en la aplicación del instrumento fueron 978 estudiantes con edades entre los 10 y 23 años; la edad promedio fue de 14.41 años y una desviación típica 1.96. Los porcentajes más altos de adolescentes que participaron en la primera evaluación del proyecto son de estrato socioeconómico 1 y 2. En cuanto a la variable sexo, el 52.0% correspondía a

mujeres y el 48% a hombres. Los estudiantes, en su mayoría, pertenecían a grado décimo.

Del total de los adolescentes que participaron y respondieron el instrumento, la mayoría ha recibido información sobre transmisión (67.6%) y prevención (74.4%) del VIH/SIDA durante los últimos seis meses, principalmente en las ciudades de Armenia y Pasto. Las principales fuentes de información sobre transmisión y prevención fueron programas de TV, charlas en el colegio, la familia, amigos y/o conocidos y folletos distribuidos en el colegio.

Para la presentación de los resultados de la escala VIH/SIDA-65 se realizó un análisis descriptivo e inferencial de las diferentes sub escalas (conocimiento correcto, conocimiento erróneo, actitud positiva, actitud negativa, actitud neutra, susceptibilidad y auto eficacia) en función de la ciudad, del sexo, de la edad y de la escolaridad de los adolescentes. Los análisis estadísticos se efectuaron con el software Statistical package for social sciences [SPSS]. Se utilizaron pruebas no paramétricas debido al incumplimiento de algunos supuestos para la utilización de un ANOVA paramétrico.

Al analizar las sub escalas del VIH/SIDA-65 en función de la ciudad, al nivel de significación del 5%, se encontraron diferencias significativas en casi todos los niveles del VIH/SIDA-65 menos en el nivel de actitud negativa ($\chi^2=6.30$, $p\text{-valor}=0.178$). Al observar los resultados de acuerdo con cada ciudad se halló que los adolescentes de la ciudad de Cali presentaron mayor puntaje en las sub escalas donde se presentaron diferencias, mientras que la ciudad de Bogotá presentó los puntajes más bajos en la mayoría de estas sub escalas en comparación con los adolescentes de las otras ciudades.

En el análisis post-hoc mediante la prueba DSM se encontraron diferencias significativas mínimas en el nivel de conocimientos correctos, entre los adolescentes de la ciudad de Bogotá y los del resto de las otras ciudades,

siendo los adolescentes de Bogotá los que menor puntuación tuvieron comparada con Cali, Manizales, Pasto y Armenia.

En cuanto al género, se encontró diferencias significativas en la subescala de actitud neutra (U de Mann Whitney=69660.5, p-valor=0,000).Específicamente, se halló que las mujeres tienen mayor actitud neutra que los hombres.

En relación con la edad, se observaron diferencias significativas en la mayoría de las sub escalas, exceptuando la actitud negativa (Chi-cuadrado=1.08, p-valor=0.781), entre los diferentes grupos de edades. Concretamente, se encontró mayor puntuación en las sub escalas de conocimiento correcto, de actitud positiva, de actitud neutra, susceptibilidad y auto eficacia en el grupo de adolescentes de edades entre 10 y 12 años; y en la sub escala de conocimiento erróneo en los jóvenes de 13 a 15 años de edad. Se observó que a medida que aumenta la edad es menor el nivel de actitud positiva y auto eficacia.

En función de la escolaridad también se encontraron diferencias significativas en la mayoría de sub escalas, exceptuando de igual manera la sub escala de actitud negativa (Chi-cuadrado=3.97, p-valor=0.554). En general se observa la tendencia que a medida que aumenta la escolaridad disminuyen los niveles de las sub escalas del VIH/Sida-65. Respecto al análisis post-hoc en la sub escala de conocimiento correcto se encontraron diferencias mínimas significativas entre la mayoría de los grados escolares, menos entre los grados 8 y 9 y los grados 10 y 11, donde los estudiantes de grado sexto presentaron mayores puntuaciones que los estudiantes de los otros grados escolares; en actitud positiva los estudiantes de once presentaron puntuación más baja que los otros cursos, teniendo mayor nivel de actitud positiva los estudiantes de sexto y séptimo; y finalmente en el nivel de auto eficacia, los estudiantes de sexto presentaron mayor nivel en esta sub escalas que el resto de los estudiantes de otros grados superiores.

Discusión

Los resultados obtenidos en la presente investigación permiten identificar y describir algunos factores que han sido relacionados como de riesgo en otros estudios e investigaciones realizadas en los adolescentes colombianos. Específicamente se encontraron diferencias significativas relacionadas con los conocimientos correctos, erróneos, las actitudes, susceptibilidad y auto eficacia en función de la ciudad, edad, género y nivel de escolaridad. En otros estudios se han observado diferencias de conocimiento y comportamiento según género, edad, etnia y educación (Svenson, Carmel y Varhhagen, 1997). Navarro y Vargas (2005) afirman que los adolescentes han sido identificados como grupo de riesgo para contraer la infección especialmente por estar expuestos a una gran cantidad de factores, como relaciones sexuales sin preservativo y conocimientos inadecuados frente a la infección por VIH/SIDA.

Finalmente, en la presente investigación se puede plantear que los adolescentes, independientemente de la ciudad, edad, género y nivel de escolaridad, requieren continuar con procesos de evaluación e intervención en la salud sexual y reproductiva ya que son un grupo vulnerable que cada día se ve expuesto a situaciones de riesgo.

Otro artículo publicado por la UNAM México: *“El VIH está en las calles”*, por Yared de la Rosa, en 2013, hace alusión sobre la problemática del VIH en adolescentes en situación calle, la misma que se constituye en una población invisible entre las invisibles, los jóvenes que habitan las calles deben sortear constantes retos y riesgos para subsistir. Entre ellos está también el riesgo de contraer el VIH/SIDA a consecuencia de la carencia de información y de conciencia del sexo protegido. A esto se suma la ausencia de políticas públicas dirigidas a esta población y la dificultad para acceder a los servicios médicos, al no contar con documentos de identidad.

Durante cinco años se observó a un grupo de jóvenes quienes tenían como hogar las calles de la ciudad de México, donde en algunas ocasiones se observó que los habitantes de la calle en algunas circunstancias realizan el trabajo sexual y en otras el consumo de drogas. En ese mismo lapso, Antonio Solís fue testigo de la muerte de al menos 80 de sus amigos, todos por VIH/SIDA, infección que nunca controlaron, pues esta población carecía de servicios de salud y de información sobre infecciones de transmisión sexual (ITS)".^[31]

Afirma que todos los días algunos del grupo hacía trabajo sexual, pues conseguir un cliente garantizaba tener hotel ese día. Después del servicio, el cliente se marchaba del cuarto, y así llegaban a pasar la noche 10 jóvenes más.

"Muchas de las personas que conocí murieron de SIDA. Recuerdo que si traías un condón, la policía te golpeaba y te los quitaba.

El Caracol ha realizado un seguimiento de la muerte de niños, niñas, jóvenes y adultos callejeros en el Distrito Federal denominado *Estadísticas de la muerte callejera 1995 a 2005, ciudad de México*. En este registro se documentaron 184 muertes, entre ellas, 10 a causa del VIH/SIDA. Cada año, la organización realiza una campaña llamada Prevensida con el objetivo de llevar a esta población información sobre ITS. A través de una botarga de un pene reparten postales y condones.

En 2009 y 2010, dentro de esta campaña realizaron pruebas rápidas de detección del virus en sus instalaciones. "Los chavos que vinieron salieron negativos. Eso quiere decir que no hay un índice muy alto de VIH dentro de esta población. Hablamos más o menos del 5 por ciento". No obstante, la prevalencia de la infección en la población general en México es de 0.3 por ciento.

Por su parte, Antonio Solís, quien trabajó con El Caracol, indica que uno de los factores que hace vulnerable a esta población frente al VIH es el consumo de drogas, ya que estas sustancias hacen que las personas no tengan una percepción del riesgo, pues no utilizan un condón para evitar contraer alguna ITS. Asimismo, el sexo recompensado, el abuso sexual y la falta de servicios de salud son otros factores que vulnerabilizan a esta población. El activista menciona que muchas de las personas que acceden a una instancia de salud para que les realicen una prueba de VIH y resultan positivas, no siguen el proceso para obtener un tratamiento antirretroviral debido a que se encuentran en constante movimiento (cambian de lugar) y no siempre tienen el control de sus pertenencias.

La Dirección General del IASIS ha elaborado censos de esta población desde 2008. El más reciente (2011-2012) indicó que hay 4 mil 14 personas en situación de calle, de las cuales 547 son mujeres y 3 mil 467 hombres. La mayoría (32 por ciento) tiene entre 18 y 30 años de edad. Para Luis Enrique Hernández, las personas que viven en la calle no tienen acceso a los sistemas de salud ni a información sobre educación sexual, pues no se ubican como una población de prioridad para el Estado. "A las instancias de gobierno no les importa atender a esta población o ver qué enfermedades tienen, lo que buscan es retirarlos de la vía pública o tenerlos en un albergue". Esto en referencia a la "limpieza social": acciones en las que por medio de operativos, retiran del espacio público a grupos callejeros.

6. MARCO HISTORICO.

Actualmente, las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), entre ellas el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), se presentan frecuentemente en la población de adolescentes y jóvenes, lo cual evidencia un panorama alarmante en la salud sexual y reproductiva de los jóvenes a nivel mundial. De acuerdo

con la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2007 se estimó que 33,2 millones de personas vivían con el VIH. De éstas, 420 mil son jóvenes menores de 15 años. Esta problemática se convierte en la cuarta causa de mortalidad en el mundo. Durante 2007 se registraron 2,7 millones de nuevos casos de infección por el VIH y dos millones de muertes relacionados con el SIDA, de acuerdo con lo planteado por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA-ONUSIDA (2008). A escala mundial, la epidemia de VIH se ha estabilizado, pero los niveles de nuevas infecciones y de fallecimientos por SIDA son inaceptablemente altos. La tasa de nuevas infecciones por el VIH ha disminuido en varios países pero, a nivel mundial, el aumento de nuevas infecciones en otros países contrarresta, al menos en parte, estas tendencias favorables (ONUSIDA, 2008). Así mismo, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura- UNESCO (2008) proyecta que para el año 2030 más de 40 millones de adolescentes de todo el mundo podrían contraer el virus, dato que indica que realmente es de importancia trabajar por la prevención de dicho diagnóstico^[30]. Los jóvenes de 15 a 24 años representan el 45% del total de nuevas infecciones por el VIH en adultos, y gran cantidad de jóvenes aún no cuentan con información completa y exacta acerca de cómo evitar la exposición al virus. Se estima que en 2007, 370.000 niños menores de 15 años se infectaron con el VIH. A nivel mundial, el número de niños menores de 15 años que viven con el VIH aumentó de 1,6 millones en 2001 a 2,0 millones en 2007 (ONUSIDA, 2008)^[30].

7. MARCO LEGAL.

NORMATIVA LEGAL BOLIVIANA.

El problema de los menores con problemas de consumo de drogas e inhalantes no es reciente, sigue siendo un tema sin resolver, situación declinada en el hecho de que la minoría de edad es la más vulnerable ante la desintegración

familiar, el medio social hostil, la mala educación, influencia nociva de los medios de información, la pobreza, la ignorancia.

No cabe duda de que los menores con problemas de consumo de inhalantes y otras drogas, son resultado de la sociedad que hemos creado, por lo tanto somos directa o indirectamente responsables.

En este contexto es insoslayable que los ciudadanos y los gobiernos pongan mayor atención, resultando indispensable que nuestra normativa busque y permita contrarrestar este problema, máxime si consideramos que fuera de la normativa internacional existente, son muchas las disposiciones legales que existen en Bolivia en cuanto a la protección de la niñez en general y sus derechos fundamentales, pero lamentablemente las mismas no se adecuan a la realidad, en cuanto a los reducidos recursos humanos, económicos asignados y fundamentalmente de sensibilidad social de las autoridades y los ciudadanos, receta que facilita el atentado contra la integridad Bio psicosocial de niños, niñas y adolescentes inmersos en el problema.

A continuación detallamos la normativa existente en el tema:

a) Constitución Política del Estado.

La Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, que se basa en el respeto de la igualdad entre todos, con principios de soberanía, dignidad, complementariedad, solidaridad, armonía y equidad en la distribución y redistribución del producto social, donde predomine la búsqueda del vivir bien, a establecido del Art. 58 al 61 los derechos de la niñez adolescencia y juventud, determinando en lo que atañe al caso que se analiza claramente lo siguiente:

"Art. 59.- I.- Toda niña, niño y adolescente tiene derecho a un desarrollo

integral... V.- El Estado y la sociedad garantizarán al protección, promoción y activa participación de las jóvenes y los jóvenes en el desarrollo productivo, político, social, económico y cultural, sin discriminación alguna, de acuerdo a ley.

Art. 60.- Es deber del Estado, la sociedad y la familia garantizar la prioridad del interés superior de la niña, niño y adolescente, que comprende la preeminencia de sus derechos, la primacía en recibir protección y socorro en cualquier circunstancia, la prioridad en la atención de los servicios públicos y privados, y el acceso a una administración de justicia pronta, oportuna y con asistencia de personal especializado.

b) Código Niño, Niña y Adolescente (Ley Nº 2026 de 27 de octubre de 1999).

Artículo 1 (Objeto del Código) "El presente Código establece y regula el régimen de prevención, protección y atención integral que el Estado y la sociedad deben garantizar a todo niño, niña y adolescente con el fin de asegurarles un desarrollo físico, mental, moral, espiritual, emocional y social en condiciones de libertad, respeto, dignidad, equidad y justicia".

Artículo 51 (Concepto)"La tutela es la potestad que por mandato legal, se otorga a una persona mayor de edad, a efectos de proteger y cuidar a un niño, niña o adolescente, cuando sus padres fallecen, pierden su autoridad o están suspendidos en el ejercicio de ella, con el fin de garantizarle sus derechos, prestarle atención integral, representarle en los actos civiles y administrar sus bienes".

Artículo 100 (Derechos)

"El niño, niña o adolescente tiene derecho a la libertad, al respeto, a la dignidad

como persona en desarrollo."

Asimismo, como sujeto del derecho, están reconocidos sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales garantizados por la Constitución, las Leyes, Convención internacional sobre los Derechos del Niño y otros instrumentos internacionales ratificados por el Estado Boliviano.

Artículo 105 (Respeto)

"Ningún niño, niña o adolescente debe sufrir discriminación étnica, de género, social o por razón de creencias religiosas. Consiste en la inviolabilidad de la integridad física, psíquica y moral del niño, niña o adolescente."

"El Estado tiene la obligación de garantizar un trato respetuoso de igualdad y equidad a todos los niños, niñas y adolescentes que habitan en el territorio nacional."

Artículo 112 (Educación)

"El niño, niña y adolescente tienen derecho a una educación que les permita el desarrollo integral de su persona, les prepare para el ejercicio de la ciudadanía y cualifique para el trabajo, asegurándoles:

La igualdad de condiciones para el acceso y permanencia en la escuela.

El derecho a ser respetado por sus educadores.

El derecho a impugnar criterios de evaluación, pudiendo recurrir a las instancias escolares superiores.

El derecho de organización y participación en entidades estudiantiles.

El acceso en igualdad de posibilidades a becas de estudio.

La opción de estudiar en la escuela más próxima a su vivienda.

Derecho a participar activamente como representante o representado en la junta escolar que le corresponda.

Derecho a su seguridad física en el establecimiento escolar."

Artículo 115 (Deber del Estado)

"El Estado tiene el deber de asegurar a todo niño, niña y adolescente:

9. Adoptar mecanismos efectivos para evitar la deserción escolar."

Artículo 233 (Detención Preventiva)

Medida excepcional que puede ser determinada por el Juez de la Niñez y adolescencia como una medida cautelar, a partir del momento en que recibe la acusación y cuando se presentan cualesquiera de las siguientes circunstancias:

Que el delito tenga prevista pena privativa de libertad cuyo máximo legal sea de cinco años o más.

Exista el riesgo razonable de que el adolescente evada la acción de la justicia.

Exista peligro de destrucción u obstaculización de la prueba; y.

Exista peligro para terceros.

En ningún caso se podrá imponer esta medida por más de cuarenta y cinco días, en todos los casos el Juez deberá analizar si es posible sustituir la

detención preventiva por otra medida más favorable.

Artículo 237 (Clases)

"Comprobada la comisión de una infracción, el Juez de la Niñez y Adolescencia podrá aplicar las siguientes medidas:

3. Privativas de libertad:

"Privación de libertad en Centros Especializados."

Artículo 240 (Tratamiento Especial)

"El adolescente que sufre trastornos mentales recibirá el tratamiento individual y especializado en instituciones adecuadas a su condición"

Artículo 252 (Centros de detención preventiva y de la privación de libertad)

"La privación de libertad, así como la detención preventiva, será cumplida en entidades exclusivamente establecidas para adolescentes, en local distinto a aquellos destinados a medidas de acogimiento, en rigurosa separación por criterios de edad, sexo y gravedad del delito.

"Durante el período de privación de libertad, inclusive de la detención preventiva, son obligatorias las actividades pedagógicas.

"En ningún caso el adolescente infractor será privado de su libertad en un centro destinado a adultos.

Artículo 253 (Concepto)

Se entiende por remisión a la medida por la cual se excluye al adolescente infractor, del proceso judicial con el de evitar los efectos negativos que el

proceso pudiera ocasionar a su desarrollo integral.

c) LEY 1.008.

En lo referente a la legislación en materia de drogas, en Bolivia se encuentra vigente la Ley del Régimen de la Coca y Sustancias Controladas desde el 19 de julio de 1.988, más conocida por Ley 1.008 que cuenta con su Reglamento emitido y aprobado mediante Decreto Supremo N° 22099 de 28 de diciembre de 1.988; dicha ley en su forma original establecía un procedimiento "especial" de Aplicación y Juzgamiento en sus artículos 80 al 131 de los títulos IV y V, siendo la misma duramente criticada por organizaciones de la sociedad civil, abogados, defensores de Derechos Humanos e incluso Autoridades, por establecer penas excesivas a los delitos en ella tipificados y lo que fue peor, al establecer un procedimiento a todas luces inquisitivo y violatorio a las Garantías Constitucionales más elementales como son el del Debido Proceso y la Presunción de Inocencia que debe regir en todo proceso de juzgamiento, por lo que dicha Ley a través del establecimiento de un Procedimiento especial para los delitos por ella tipificados, con sanciones completamente exageradas, ocasionaba sin lugar a dudas una clara desventaja del acusado, dejándolo desamparado, desprotegido o ajeno a sus Garantías Constitucionales.

Durante los últimos años, la legislación Boliviana en general ha venido sufriendo una serie de cambios y modificaciones, y en especial en el área Penal al tratarse de una materia completamente dinámica que debe adecuarse a la realidad de la Población en búsqueda de establecer una correcta administración de Justicia, en la que se respeten las Garantías Constitucionales; en ese contexto la Ley 1.008 no ha quedado ajena a dichos cambios y modificaciones habiendo sido derogadas y/o abrogadas varios de sus artículos por medio de otras leyes

Siendo que las personas a las que se les atribuye la comisión de delitos

tipificados por la 1.008, son juzgadas por el ordenamiento jurídico común, estos gozan de todos los derechos, beneficios y obligaciones que este procedimiento establece, incluida la posibilidad de poder asumir su defensa en completa libertad siempre y cuando cumplan las condiciones que establece dicho procedimiento, en consecuencia ya no existen los Tribunales y Procedimientos especiales establecidos inicialmente en la Ley 1.008 al haber sido derogados.

Sin embargo de lo mencionado, tomando en cuenta que las penas son las consecuencias jurídicas de los delitos, se debe resaltar que las penas y/o sanciones establecidas en la Ley 1.008 resultan ser muy severas, ya que en su mayoría se tratan de presidio y conforme determina el Art. 27 Inc. 1 del Procedimiento Penal el presidio se aplicara a los delitos que revisten mayor gravedad, desvirtuando el fin de la pena que es la enmienda y readaptación social del delincuente, fuera de que la mencionada ley no tiene ningún tipo de consideración cuando se trata de menores consumidores, tomando a los consumidores de manera general en su Art. 49 que a la letra señala lo siguiente

ARTÍCULO 49º.- CONSUMO Y TENENCIA PARA EL CONSUMO: El dependiente y el consumidor no habitual que fuere sorprendido en posesión de sustancias controladas en cantidades mínimas que se supone son para su consumo personal inmediato, será internado en un instituto de farmacodependencia público o privado para su tratamiento hasta que se tenga convicción de su rehabilitación.

La cantidad mínima para consumo personal inmediato será determinada previo dictamen de dos especialistas de un instituto de farmacodependencia público. Si la tenencia fuese mayor a la cantidad mínima caerá en la tipificación del artículo 48º de esta ley.

Sin embargo en la práctica dicho articulado no se aplica, pues paradójicamente

si exigiéramos el cumplimiento de la Ley, se debería enfocar más hacia comprobar si la norma se cumplió, por ende estaríamos por lo menos rescatando en centros especializados del Estado, y con personas recibiendo tratamiento y con posibilidades de rehabilitación si ese fuera el caso, lo cual no es evidente, lo que sí es cierto que a los consumidores de drogas los ven como delincuentes y no como enfermos, entonces nuestro sistema penitenciario no establece como tratarlos y rehabilitarlos, lo que ocasiona la búsqueda de un escenario en el que se busque de manera específicamente la rehabilitación de los menores consumidores de drogas e inhalantes.

En este punto se debe tener presente que el Art. 33 de la Ley 1.008 establece las siguientes definiciones:

ARTÍCULO 33º.- Para efectos de la presente ley se entiende por:

c) TOLERANCIA: Es la propiedad por la cual, para inducir u obtener el mismo efecto, es necesario aumentar las dosis utilizada;

d) DEPENDENCIA FÍSICA: Es el estado de adaptación a la droga, que cuando se suspende su administración provoca perturbaciones físicas y/o corporales;

e) DEPENDENCIA PSÍQUICA: Es el estado en que una droga produce una sensación de satisfacción y un impulso psíquico que exige la administración periódica o continua de la misma por placer que causa para evitar malestar;

f) DEPENDENCIA QUIMICA O FARMACODEPENDENCIA: Es el estado psíquico y/o físico, debido a la interacción entre el ser humano y la droga, natural o sintética, que se caracteriza por alteraciones del comportamiento y otras reacciones causadas por la necesidad y el impulso de ingerir la droga natural o sintética, en forma continua o periódica, con objeto de volver a experimentar sus efectos y a veces para evitar el malestar producido por la privación de la misma;

n) CONSUMO: Se entiende por consumo al uso ocasional, periódico, habitual o permanente de sustancias controladas, de las listas I, II, III, IV.;

ñ) REHABILITACIÓN DEL CONSUMIDOR: Se entiende por rehabilitación la readaptación bio-psico-social del consumidor para su reincorporación a la actividad normal de la sociedad.

d) CODIGO PENAL

Debe tomarse en cuenta en el caso de los menores la imputabilidad y la inimputabilidad de los niños, niñas y adolescentes. En el primer caso, observamos que la imputabilidad es la aptitud concreta del sujeto para ser considerado penalmente responsable, según la conciencia, salud y madurez mental del autor.

El Código Penal, en su artículo 5, establece: "La ley penal no reconoce ningún fuero ni privilegio personal, pero sus disposiciones se aplicarán a las personas que en el momento del hecho fueren mayores de dieciséis años". Este artículo señala que las personas menores de esta edad son inimputables por los delitos que cometan, teniendo derecho únicamente a ser asistidos por personeros de las Defensorías de la Niñez y Adolescencia; respecto a los menores inimputables, el Código Penal señala en su artículo 17: "Está exento de pena él que en el momento del hecho por enfermedad mental o por grave perturbación de la conciencia o por grave insuficiencia de la inteligencia no puede comprender la anti juridicidad de su acción o conducirse de acuerdo a esta comprensión".

Así, vemos que al concepto de imputabilidad corresponde el polo opuesto de la inimputabilidad, que equivale a la ausencia de responsabilidad de los sujetos que carezcan, al cometer el hecho, de la capacidad para comprender lo que hacen.

La conducta del niño, niña o adolescente que consume inhalantes u otras drogas, repercute más allá del dominio estrictamente personal, y por lo tanto incumbe a la

comunidad y las instituciones, quienes se ven obligadas a ejercer acciones, entendiendo que es problema de salud mental y asumiéndolo como tal, se deben proporcionar los medios para que se trate, rehabilite y reinserte en su comunidad, sin embargo la polémica es grande ya que mientras unos sostienen la eficacia criminógena de las drogas, otros abiertamente la rechazan (García, Sergio 1982: 46). La autora Hilda Marchiori, por ejemplo, expone que "la personalidad dependiente, con un síndrome de toxicomanía está muy relacionada a aspectos criminológicos, especialmente por la inestabilidad emocional que manifiesta, la desinhibición en sus relaciones con los demás y el progresivo deterioro psíquico y social". Según Tocavén, alcohólicos y toxicómanos "llegan a cometer infracciones contra la propiedad, impulsados, casi siempre, por la necesidad de procurarse dinero para satisfacer sus necesidades tóxicas, contra las buenas costumbres, debido a un erotismo desviado y mal contenido, de violencia por la falta de control emotivo, con tendencia al pleito, a la rebelión y a las reacciones impulsivas en general". (TOCAVEN Ob. Cit., p. 30)

e) PROPUESTA LEGISLATIVA.

Lo mencionado, implica la necesidad de plantear una propuesta legislativa, que busque una estrategia basada en la atención, tratamiento, rehabilitación y re inserción social desde una mirada holística e integral de reducción de daños.

ANTEPROYECTO DE LEY PARA EL TRATAMIENTO TERAPÉUTICO DE MENORES INFRACTORES, CON PROBLEMAS DE CONSUMO DE INHALANTES, ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

JUAN EVO MORALES AYMA

PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

POR CUANTO EL HONORABLE CONGRESO NACIONAL

DECRETA:

CAPÍTULO I

ARTICULO 1.- La presente ley tiene por objeto reglamentar el tratamiento terapéutico de menores infractores con problemas de consumo de inhalantes, alcohol y otras drogas, siendo las disposiciones de la presente Ley de orden público, cumplimiento obligatorio y se reputan de interés social.

ARTÍCULO 2.- En la aplicación de esta ley se deberá garantizar el irrestricto respeto a los derechos consagrados por la Constitución Política del Estado las Leyes y los Tratados Internacionales.

ARTICULO 3.- El menor a quien se atribuya la comisión de una infracción y/o delito, con problemas de consumo de inhalantes, alcohol y otras drogas recibirá un trato justo y humano, quedando prohibidos, en consecuencia, el maltrato, la incomunicación, la coacción psicológica, o cualquier otra acción que atente contra su dignidad o su integridad física o mental.

ARTICULO 4.- La presente Ley determina el ámbito de acción del Instituto de Tratamiento Terapéutico de Menores Infractores con problemas de consumo de inhalantes, alcohol y otras drogas (ITTMI).

ARTICULO 5.- El ITTMI tiene por finalidad específica la reducción de daños, rehabilitación y posterior reinserción de los niños, niñas y adolescentes infractores con problemas de consumo de inhalantes, alcohol y otras drogas.

ARTICULO 6.- Para la reducción de daños, rehabilitación y posterior reinserción de los niños, niñas y adolescentes infractores con problemas de consumo de inhalantes, alcohol y otras drogas, el ITTMI es la entidad científica oficial

autorizada.

ARTÍCULO 7.- El ITTMI contara con un equipo interdisciplinario que se integrara con los siguientes miembros; Médicos; Pedagogos; Licenciados en trabajo social; Psicólogo; Criminólogos, Personal técnico y administrativo.

ARTICULO 8.- El funcionamiento, financiamiento, infraestructura, personal, condiciones, características, diversos tratamientos terapéuticos de rehabilitación, criterios de educación especial, evaluación psicopedagógica, aprendizaje, estrategias metodológicas, procedimiento para la flexibilización de la escolaridad, seguimiento académico, del ITTMI, se lo realizará a través de un Reglamento sobre la presente Ley, el cual deberá ser realizado por especialistas en un plazo no mayor a los 90 días de la promulgación de la presente Ley.

CAPÍTULO II

ARTICULO 9.- Cuando en una investigación, denuncia, querrela ante la policía, FELCC, FELCN, Ministerio Público, Juez, se atribuya a un niño, niña y/o adolescente con problemas de consumo de inhalantes, alcohol o drogas la comisión de una infracción o delito que corresponda a un ilícito tipificado por el código penal y/o ley 1.008, el ITTMI será la institución encargada y autorizada para su internación y rehabilitación sin perjuicio de las sanciones que se determine en su juzgamiento, para lo cual, el Juez de la causa ordenará su correspondiente internación obligatoria en dicho instituto; sin embargo, el tiempo que pase dentro del ITTMI será tomando a cuenta de su condena o sanción.

ARTICULO 10.- En caso de que no exista una sanción por su conducta y se compruebe que se trata de un consumidor, el Juez podrá ordenar su internación hasta que se logre su rehabilitación, dentro de los parámetros establecidos por el ITTMI.

ARTICULO 11.- El ITTMI a través de sus especialistas será la entidad legal autorizada, para determinar si se trata o no de un niño, niña y/o adolescente con problemas de consumo ocasional, periódico, habitual o permanente de inhalantes, alcohol o drogas, debiendo emitir un diagnóstico y dictamen técnico correspondiente; dicha etapa de diagnóstico y dictamen tendrá una duración máxima de veinte días hábiles, contados a partir del primer día hábil siguiente al que se haya iniciado su remisión al ITTMI para su diagnóstico.

En caso de determinarse que se trata de un menor consumidor, dicho hecho será puesto en conocimiento del Juez y/o Autoridad correspondiente, quien emitirá la Resolución Fundamentada inicial de sujeción del menor al procedimiento del ITTMI, determinando la internación del niño, niña y/o adolescente con problemas de consumo ocasional, periódico, habitual o permanente de inhalantes, alcohol o drogas; dicha Resolución se emitirá dentro del plazo de dos días de recibido el diagnóstico y dictamen del ITTMI por el Juez y/o Autoridad correspondiente, el cual deberá reunir mínimamente los siguientes requisitos:

Lugar, fecha y hora en que se emita;

Los elementos que, en su caso, determinan que se trata de un niño, niña y/o adolescente con problemas de consumo ocasional, periódico, habitual o permanente de inhalantes, alcohol o drogas los menores con problemas de consumo de inhalantes, alcohol o drogas;

Los elementos que determinen o no la presunta participación del niño, niña y/o adolescente en la comisión de la infracción y/o delito;

La sujeción del niño, niña y/o adolescente al procedimiento de tratamiento terapéutico en el ITTMI, con las reservas de ley;

Las determinaciones de carácter administrativo que procedan; y

El nombre y la firma del responsable del ITTMI.

ARTICULO 12.- La Resolución Fundamentada señalada en el articulado precedente, constituye el mecanismo legal por el cual el niño, niña y/o adolescente con problemas de consumo ocasional, periódico, habitual o permanente de inhalantes, alcohol o drogas, pueda ser internado en instalaciones del ITTMI, cuyo cumplimiento es obligatorio, pudiendo ordenarse para dicho fin la colaboración y actuación de la policía nacional a efectos de garantizar la permanencia del niño, niña y/o adolescente en instalaciones del ITTMI.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

ARTÍCULO 1.- La presente Ley se aplicara de manera retroactiva a todos los casos en los que se esté juzgando a niños, niñas y/o adolescentes con problemas de consumo ocasional, periódico, habitual o permanente de inhalantes, alcohol o drogas, por lo que los mismos se resolverán conforme a la presente norma.

ARTÍCULO 2.- El Estado, a través de las instancias correspondientes, deberá implementar políticas públicas progresivas para la creación y funcionamiento del ITTMI. A su vez y siendo que el Estado en el marco de la Tutela Superior debe buscar la de reinsertar a los niños, niñas y/o adolescentes con problemas de consumo ocasional, periódico, habitual o permanente de inhalantes, alcohol o drogas, realizara campañas de información y sensibilización para prevenir el consumo.

ARTICULO 3.- La presente norma entrara en vigencia plena, seis meses después de su publicación, plazo en el cual se implementaran los correspondientes ITTMIS.

DISPOSICIONES FINALES

ARTÍCULO 1.- Las Instituciones del Estado realizarán cursos y campañas de capacitación, especialización, actualización y difusión para el conocimiento del

ITTMI.

DISPOSICIONES DEROGATORIAS.

ARTÍCULO 1.- A partir de la vigencia de la presente Ley y su reglamento, se derogan todas las disposiciones contrarias a la presente norma.

CONCLUSION.

Con la presente propuesta se podrá contar con un mecanismo legal, que busque el tratamiento terapéutico a través de una estrategia basada en la reducción de daños, que permita implementar una institución de atención y rehabilitación, que cuente con el respaldo jurídico y los mecanismos legales para su funcionamiento.

RECOMENDACIÓN.

Implementar, crear y garantizar la existencia a la brevedad posible del ITTMI, encargada del Tratamiento, Rehabilitación y Reinserción de niños, niñas y/o adolescentes con problemas de consumo ocasional, periódico, habitual o permanente de inhalantes, alcohol y otras drogas.

Todos nacemos en una familia y también los Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes. En el seno de la familia (sea cual sea esta) "aprendemos" lo básico para desarrollarnos como seres humanos, como por ejemplo alimentarnos, movernos en nuestro medio, relacionarnos con los objetos que nos rodean, satisfacer nuestras necesidades de afecto.

De forma especial, en la familia, nos apropiamos del lenguaje; es decir, de aquellas formas de expresión que nos permiten comunicarnos con los demás. Con ello nos adscribimos a una cultura, una forma de ver el mundo y un estilo de comportamiento.

Al abordar el análisis de familia del grupo de los Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes que viven en la calle hablaremos de la existencia de dos tipos de familia, a saber: la familia de origen y la familia de la calle:

- La familia de origen, cuando nos referimos a ella, es la familia donde han nacido, el hogar que han dejado antes de vivir en la calle.

- La familia de la calle, es la que muchos ya han establecido y/o relacionado en la calle con su pareja y con sus hijos.

La familia de origen, que es la que nos interesa ahora en este estudio, según los resultados del estudio que se realizó; de 200 Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes que viven en situación de calle indicaron claramente que éstos abandonaron el hogar por cuenta propia. Como podemos observar, al cruzar esta información con la obtenida a través de las entrevistas, nos encontramos que si bien, la decisión final de abandonar el hogar fue la del propio niño, influyeron los factores de la deteriorada situación familiar.

La presencia de entornos familiares adversos y vulnerables, generalmente, representa para los niños experiencias de maltrato familiar, entendido como todo acto, hecho, situación, actitud o condición que atenta contra: la integridad física , psicológica, emocional y contra la integridad sexual de la persona, violentando a través de dichas situaciones sus derechos. El maltrato mencionado por los Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes en las entrevistas y por ser una rutina incorporada culturalmente en la vida cotidiana de los grupos sociales.

La mayoría de ellos provienen de hogares donde existe mucha violencia familiar, existe un sentido de propiedad de los padres hacia los niños, donde la cotidianidad son los gritos, las peleas y los golpes, no aceptando a los niños como personas y por lo tanto que son sujetos de derechos. Otra constante que sobresale es la que tiene que ver con la falta de afecto y comprensión, que se constituye en otra de las

razones para que el Niño, Niña,

Adolescente y Joven haya salido a la calle. Ambas constantes mencionadas están interrelacionadas íntimamente, el maltrato traducido en la falta de afecto y comprensión como causales importantes.

La mayoría de ellos provienen de hogares donde existe mucha violencia familiar, existe un sentido de propiedad de los padres hacia los niños. Otra causa está referida al alcoholismo, que se hace en nuestro medio de uso muy frecuente y como parte de nuestras culturas, manifestándose con más frecuencia en las familias de escasos recursos.

Podemos observar que estos Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes provienen de familias, que si bien el consumo de alcohol (chicha) no se da a diario, sí ha sido frecuente y además relacionado en muchos casos directamente con la violencia. (DIAGNOSTICO: 154-158).

Con estos datos del Diagnóstico que se realizó en los niños y adolescentes que viven en situación de calle, creo que hemos mostrado la realidad de algunas familias de nuestra ciudad.^[36]

NIÑOS DE LA CALLE.

f) Ley 3729.

En respaldo a la “*Prevención del VIH/SIDA, protección de los derechos humanos y asistencia integral multidisciplinaria, para las persona que viven con el VIH/SIDA*”, se aprobó la **Ley N 3729**, promulgada el 8 de agosto de 2007, por el Presidente del Estado Plurinacional de Bolivia Sr. Evo Morales Ayma. Una disposición legal comprendida en siete capítulos que consideran lo siguiente:

Tabla N° 2 Ley del VIH/SIDA

Capítulo	Disposición
I	Disposiciones generales
II	Derechos, garantías y deberes de las Personas que Viven con el VIH-SIDA (PVVS)
III	Consejo Nacional del VIH_SIDA
IV	Prevención y Educación
V	Vigilancia Epidemiológica y Normas de Bioseguridad
VI	Tratamiento de las PVVS e Investigación
VII	Capacitación del personal de Salud y apoyo del Estado

Fuente. Ley 3729 Ley del VIH/SIDA

8. DISEÑO DE LA INVESTIGACION.

8.1. Planteamiento del Problema.

El programa “Mejoramiento de la salud sexual y reproductiva de jóvenes que viven en condiciones de calle”, del CIES advierte un alto riesgo de la población adolescente que vive con VIH, por el nivel de prostitución a la que se ven obligados a ejercer como forma de conseguir ingresos para su sobrevivencia, afirmó el Gerente Regional de la Institución, Wenceslao Quispe^[36].

El proyecto que es financiado por la comunidad Europea con un monto aproximado de 80 mil dólares, llega a cubrir las atenciones médicas de carácter gratuito, además de las atenciones sociales a la población en calidad de calle, con la finalidad de conseguir su reinserción en la sociedad.

El trabajo se efectúa con el apoyo de albergues como Enda Bolivia, Maya Paya,

Munasin Kullaquita, entre otros, los cuales albergan adolescentes en calidad de calle. Los (as) adolescentes que se encuentran en situación de calle en consideración, pese a los riesgos en el caso de las mujeres de quedar embarazadas, no habrían ninguna solicitud de una intervención quirúrgica que impida embarazos no deseados, “en su mayoría de las peticiones sólo se enmarcan en pedir métodos preventivos que están incluidos en la planificación familiar”.

En consideración de la Gerencia Regional el mayor riesgo que afrontan la población en situación de calle, es el contagio de VIH, ante la actividad de prostitución.

De acuerdo al Gerente Regional cada mes se atiende 100 adolescentes por mes, las mismas que en muchos de los casos con atenciones nuevas, cada mes por las condiciones que caracteriza a dicho sector de no asistir periódicamente.

La tasa de asistencia escolar de 6 a 19 años alcanzó 80% a nivel nacional para el 2001 mientras sólo 69% para las niñas indígenas agravado por un 22% de rezago escolar entre los niños y niñas indígenas entre 6 y 14 años, problemas causados en el área rural por la distancia a la escuela, el abandono temporal o la escasez de recursos en la familia. Si bien la cobertura neta de los ocho años de educación primaria obligatorios y gratuitos fue de 94% en el 2004 (<http://www.minedu.gov.bo>), el sistema educativo aún no cuenta con modalidades alternativas para asegurar la educación de grupos de niños migrantes, en situación de calle o trabajadores, ni para insertar a niños con capacidades diferentes en el sistema educativo formal. La cobertura neta de educación secundaria alcanzó al 59%.

En 2003, la OPS/OMS reclasificó la epidemia de VIH/SIDA de incipiente a concentrada significando un incremento potencial del riesgo en el país. Ese mismo año, el 53% de adolescentes de 15 a 19 años tenían algún conocimiento de métodos de prevención del VIH. Aún no se ha aprobado una política nacional que

permita frenar la transmisión vertical del VIH ni asegure tratamiento con antiretrovirales a todos que lo necesitan. Ese mismo año se verificó que el 13% de las adolescentes entre 15 y 17 años tenían al menos un hijo.

El Índice de Desarrollo de la Infancia, la Niñez y la Adolescencia 2005 elaborado por el UDAPE y UNICEF (<http://www.udape.gov.bo/revista/IDINA%20-%20UNICEF.pdf>), estima que alrededor de 400.000 niños menores de 18 años que viven en 72 municipios no tienen garantizado el ejercicio pleno de sus derechos. Se evidencian mayores demandas de servicios en áreas peri urbanas receptoras de población indígena migrante. La explotación sexual comercial, la trata y tráfico de personas, la niñez en situación de calle, y los adolescentes en conflicto con la ley se manifiestan principalmente en ciudades capitales y fronterizas. En 2001, el 9% de la Población Económicamente Activa en el área urbana y el 12% en el área rural estaba conformada por población entre 7 y 17 años. A nivel nacional, el trabajo infantil alcanza al 22% de la población entre 5 y 14 años, incluyendo las peores formas, tales como la zafra de la caña de azúcar y la castaña, y la minería artesanal.

El VIH/SIDA constituye, actualmente, un problema de salud pública debido a la propagación constante y continua de la enfermedad. La detección temprana de la infección es una estrategia prioritaria en salud pública para la orientación y difusión de los mensajes de prevención, y el tratamiento temprano y oportuno de la enfermedad. En Bolivia, cerca de 50% del total de personas notificadas al momento del diagnóstico (n = 2 190) se encuentran en fase SIDA, con una detección tardía de la enfermedad. ^[21]

Bolivia es un país multiétnico y pluricultural que sufre de migraciones múltiples y temporales desde el área rural hacia lugares donde se pueden encontrar fuentes de trabajo. Los procesos migratorios, sumados a factores tales como el machismo, el consumo excesivo de alcohol, la falta de concienciación y conocimiento sobre el VIH/SIDA y sus formas de transmisión y prevención, los altos índices de violencia y

los prejuicios y falsas creencias acerca del tema, favorecen la rápida transmisión de las ITS y el VIH en el país. Es poca la información que existe acerca de los procesos y dinámicas de la sexualidad y sus determinantes en ciertas poblaciones rurales vulnerables, migrantes, que permitan diseñar estrategias adecuadas de prevención y atención para disminuir la tasa de ITS y VIH/SIDA, promoviendo cambios de comportamiento. ^[25]

Estudios realizados en comunidades y municipios migrantes de habla quechua, del departamento de Chuquisaca, demuestran que una alta proporción de la población desconoce las ITS/VIH/SIDA y su prevención; se ha observado que el condón es muy poco utilizado y que las prácticas sexuales de riesgo son frecuentes en la población. ^[25]

“En relación al desarrollo de la sexualidad de los adolescentes en situación de calle, se produce una distorsión debido a la exposición a experiencias sexuales inapropiadas, respecto a momentos, personas, formas y/o circunstancias. En esta línea se reporta la iniciación temprana en la vida sexual, en algunos casos con personas adultas y/o prostitutas, con presencia frecuente de relaciones homosexuales, involucramiento en cadenas de prostitución, aún casos de embarazo precoz que tiñen la pubertad y adolescencia de estos chicos. ^[20]

Las prácticas sexuales sin protección, el consumo de drogas, la falta de conocimiento e información acerca de las ITS y el VIH/SIDA, son factores riesgo que se pretenden demostrar en el presente estudio, los mismos que convierten a los adolescentes en situación de calle, en una población vulnerable para la transmisión y propagación de las ITS y el VIH/SIDA ^[29].

En Bolivia no existe información acerca del comportamiento sexual de la población en situación de calle, sin tomar en cuenta el potencial riesgo en el que se convierten, cuando una de estas personas adquiere el virus del VIH/SIDA, por las características de supervivencia, consumo de drogas, trabajo sexual clandestino,

transmisión vertical y principalmente el alcance a menores de edad, mediante el presente estudio se pretende mejorar las Políticas preventivas de impacto de Salud Pública dirigidas hacia esta población vulnerable a infecciones como el VIH/SIDA.

8.2. Pregunta de la Investigación.

¿Cuáles son los principales factores de riesgo para la transmisión del VIH/SIDA, en población adolescente que vive en situación de calle y que asistió a consultas médicas al Programa Departamental de ITS/VIH/SIDA (CDVIR La Paz), en las gestiones 2007 a 2011?

9. OBJETIVOS.

9.1. Objetivo General.

Establecer los principales factores de riesgo en la transmisión del VIH/SIDA, en población adolescente, que vive en situación de calle y que asistió a consultas médicas al Programa Departamental de ITS/VIH/SIDA La Paz, durante las gestiones 2007 a 2011.

9.2. Objetivos específicos.

- Precisar el lugar de residencia y/o permanencia de la población adolescente que vive en situación de calle.
- Averiguar si la población adolescente en situación de calle consume algún tipo de droga.
- Identificar si la población adolescente en situación de calle, utiliza o no el condón como un medio preventivo.

- Verificar la presencia de ITS en población adolescente que vive en situación de calle.

10. DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO.

El diseño que se aplicó en el presente estudio es de tipo analítico, no experimental, Caso Control retrospectivo, con un muestreo no probabilístico; ya que orienta el proceso y la selección de la población en un estudio en el que ya se ha observado el desenlace, además que permite determinar si los mismos habrían estado expuestos o no al factor, ya que la enfermedad posee un periodo de latencia muy largo (hasta 7 años) entre la exposición y la enfermedad, se seleccionan a los sujetos siguiendo determinados criterios procurando, en la medida de lo posible, que la muestra sea representativa, pero en este tipo de muestreo la selección de la muestra no es aleatoria, sino que se basa en el juicio del investigador, se realizó la comparación de un grupo de sujetos que presenten la enfermedad (casos), con otro grupo de la misma población que no la presente (controles), ambos se compararon respecto a una misma exposición y que presumiblemente están presentes con mayor frecuencia en los casos; se tomaron 3 controles para cada caso.

Se realizó el levantamiento de la información, a través de las Historias Clínicas almacenadas en el Programa Departamental de ITS/VIH/SIDA La Paz, desde las gestiones 2007 a 2011, las mismas que posteriormente se analizaron y cotejaron con los reportes de laboratorio, que también se encontraron en el historial clínico.

Se tomaron en cuenta al 100% de la población adolescente que vive en situación de calle y que es positiva a la infección por VIH, es decir 10 casos, los mismos que

fueron comparados con 30 controles, población levantada en las mismas condiciones que los casos, es decir adolescentes en situación de calle, que son negativos a la enfermedad; Estos datos se consiguieron a través de la revisión de historias clínicas habilitadas desde la gestión 2007 a la 2011, almacenadas en el Área de Enfermería del CDVIR La Paz (Centro de Vigilancia y Referencia Epidemiológica), posteriormente fueron revisadas en su totalidad, para su respectivo análisis.

10.1. Muestra.

10.2. Criterios de inclusión y exclusión.

10.2.1. Criterios de inclusión:

- Historia Clínica de Población Adolescente en situación calle en edades comprendidas entre 12 y 21 años.
- Historia Clínica de Población Adolescente en situación calle que asistieron a consultas médicas al CDVIR La Paz.
- Historia clínica de Población adolescente en situación de calle considerando ambos sexos.
- Historias clínicas de población calle notificadas como VIH positivo.

10.2.2. Criterios de exclusión:

- Historia clínica de adolescentes en situación calle incompletas, vacías o mal llenadas.

10.3. Variables y medición.

N°	Variable Dependiente	Variable Independiente	Variable Interviniente	Levantamiento de información
1.	VIH/SIDA	Residencia y/o permanencia en la calle	Edad	Historia clínica
2.	VIH/SIDA	Consumo de drogas (clefa, thinner y alcohol)	TSC clandestino (Trabajo sexual)	Historia clínica
3.	VIH/SIDA	Uso o no, del condón		Historia clínica
4.	VIH/SIDA	Presencia de ITS		Historia clínica

10.4. Población.

La población blanco o diana de este estudio son los adolescentes que viven en situación de calle y que asistieron a consultas médicas al Programa Departamental de ITS/VIH/SIDA, desde las gestiones 2007 a 2011.

10.5. Lugar.

Este estudio se aplicó en el Centro de Vigilancia y Referencia Epidemiológica (CDVIR) del Programa Departamental de ITS/VIH/SIDA La Paz, ubicado en la avenida Perú esquina Vásquez s/n (ex Centro Piloto).

11. ASPECTOS ETICOS.

Para la ejecución del presente estudio primero se solicitó la autorización de la Responsable Departamental del Programa ITS/VIH/SIDA La Paz, Dra. Beatriz Casas Cortez (ver Anexo 1), el levantamiento de la información, fue autorizado por el Responsable del CDVIR La Paz, Dr. David Segurondo Rendón (ver Anexo 2).

El vaciado de la información, se obtuvo a partir de los datos registrados en las Historias Clínicas, las mismas que se encuentran almacenadas en el Programa Departamental de ITS/VIH/SIDA; toda la información elevada, se realizó respetando la confidencialidad de los resultados, los derechos y el anonimato de los participantes, asignando codificaciones las mismas que se elaboraron en base a las iniciales de los nombres, apellidos paterno y materno, adicionando la fecha de nacimiento (dd/mm/aa), todo esto en cumplimiento a la Ley para la prevención del VIH /SIDA N° 3729, instrumento vigente aplicado como normativa en el CDVIR La Paz (ver Anexo 3).

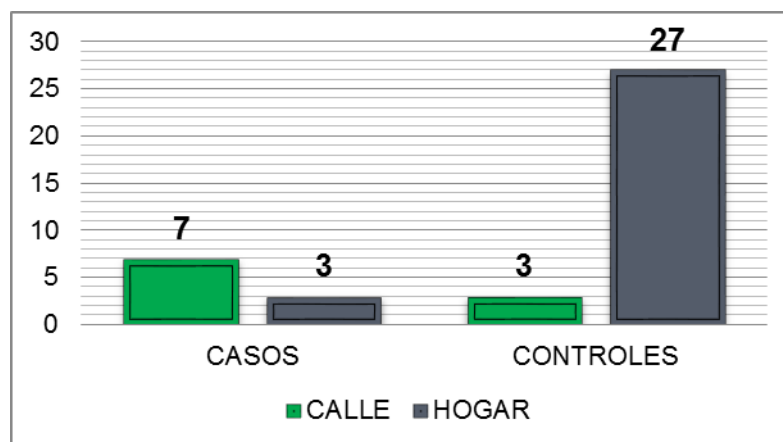
12. RESULTADOS.

Para el levantamiento de la información, se seleccionó a la población que vive en situación de calle y que asistió a controles médicos al Programa Departamental de ITS/VIH/SIDA La Paz; además se aplicó como único instrumento de análisis de la información la Historia Clínica, de la cual se fueron contabilizando los casos positivos y negativos, los mismos que fueron consensuados con el resultado de laboratorio (STAT, ELISA para VIH y en casos positivos con el Western Blott, incluidos en las historias clínicas), de los cuales se extrajeron 52 casos de personas que viven en situación de calle y que además se encuentran infectados con el virus del VIH, del total se verificó que 10 correspondían a población adolescente; para el levantamiento de los controles se aplicó la relación 1:3, es decir por cada caso se analizaron 3 controles, por lo tanto se analizaron 30 controles de adolescentes seronegativos al VIH.

Muchas de las Historias clínicas se encontraron llenadas incorrectamente o carentes de información, en algunos casos se encontraron historiales vacíos, es decir el personal de salud solo se limitó a consultar el nombre y la edad.

Finalmente se utilizaron criterios de inclusión y exclusión, donde solamente se contemplaron las historias clínicas pertenecientes a personas que viven en situación de calle y con edades comprendidas entre 13 y 21 años (adolescentes) cuyas historias clínicas se encuentren debidamente llenadas y de manera completa.

Grafico 1. ANALISIS DE LA PERMANENCIA Y/O RESIDENCIA



Fuente: Datos obtenidos en historias clínicas del CDVIR La Paz.

Se observan en los casos, que 7 adolescentes residen en la calle y 3 son acudidos por un Hogar; en el caso de los controles: 27 residen en hogar y 3 adolescentes viven en la calle como su única fuente de resguardo.

Tabla N° 3 Frecuencias.

Residencia y/o permanencia	Frecuencia absoluta casos	Frecuencia absoluta controles	Frecuencia relativa casos x 100	Frecuencia relativa controlesx100
Hogar	3	27	30%	90%
Calle	7	3	70%	10%
TOTAL	10	30		

Fuente: Datos obtenidos en historias clínicas del CDVIR La Paz

En el análisis se observó que el 30% de los adolescentes seropositivos al VIH, residen en hogar o en algún centro de apoyo y en los controles se observó el 90% reciben cobijo por alguna Institución. Por otro lado se encontró que el 70% de los casos residen en la calle como única fuente de resguardo, en relación a los controles que es del 10%.

Tabla N° 5. Tabla de contingencia.

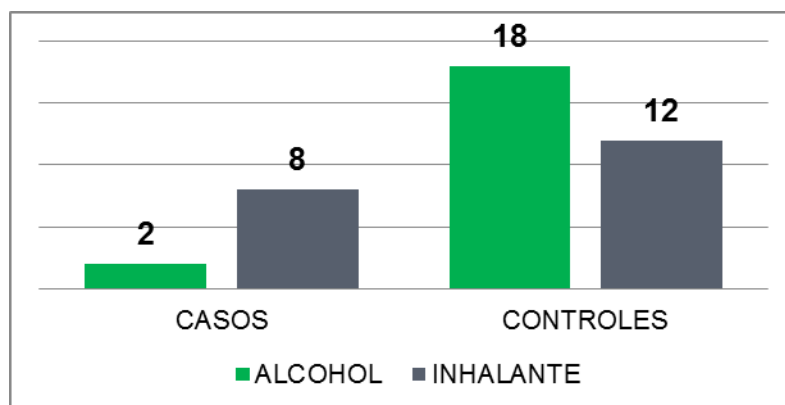
		CASOS Y CONTROLES		Total
		CASO	CONTROL	
RESIDENCIA	HOGAR	3	27	30
Y/O	PERMANENCIA CALLE	7	3	10
Total		10	30	40

Fuente: Datos obtenidos en historias clínicas del CDVIR La Paz

OR= 0.048

Con un intervalo de confianza del 95%, la asociación entre el factor de riesgo y la enfermedad OR de acuerdo al SPSS statistics 21 (ver anexo 4), es de 0,048 (no expuestos), con un intervalo de confianza que va de (0,008 – 0,289) y un valor de significancia $p < 0,05$; lo que significa que el factor de riesgo esta negativamente asociado a la enfermedad, es decir, que el residir en hogar, para nuestra población en estudio, se convierte en un *factor protector*, disminuyendo la probabilidad de infección por VIH en 4.8% (factor protector).

Gráfico N° 2. ANALISIS DEL CONSUMO DE DROGAS



Fuente: Datos obtenidos en historias clínicas del CDVIR La Paz.

Se observan en los casos que 2 adolescentes consumen alcohol y 8 consumen inhalantes, en los controles 18 adolescentes en situación calle consumen alcohol y 12 consumen inhalantes.

Tabla N° 5. Frecuencias.

Consumo de drogas	Frecuencia absoluta casos	Frecuencia absoluta controles	Frecuencia relativa casos x 100	Frecuencia relativa controlesx100
Alcohol	2	18	20%	60%
Inhalantes	8	12	80%	40%
TOTAL	10	30		

Fuente: Datos obtenidos en historias clínicas del CDVIR La Paz

En el análisis del consumo de alcohol, se observó que en los adolescentes seropositivos al VIH, el consumo es del 20% y en los controles es del 60%. Por otro lado se encontró que el 80% de los casos, consumió inhalantes, frente a un 40% de consumo de inhalantes en los controles.

Tabla N° 6. Tabla de contingencia.

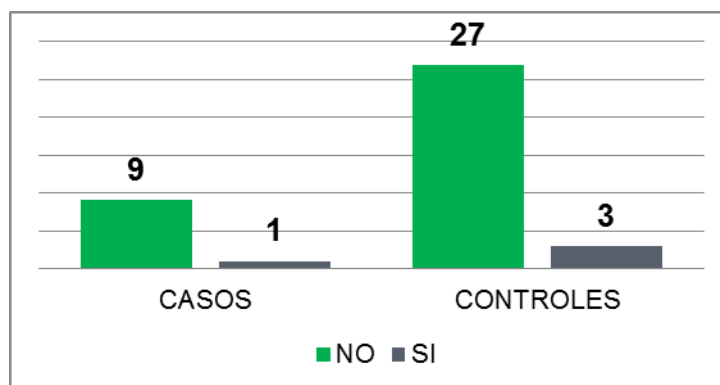
		CASOS Y CONTROLES	Total	
CONSUMO DE DROGAS	ALCOHOL	CASO	CONTROL	
	INHALANTE	2	18	20
Total		8	12	20
		10	30	40

Fuente: Datos obtenidos en historias clínicas del CDVIR La Paz

OR = 0.167

Con un intervalo de confianza del 95%, la asociación entre el factor de riesgo y la enfermedad OR de acuerdo al SPSS statistics 21 (ver Anexo 5), es de 0,167 (no expuestos), con un intervalo de confianza que va de (0,030 a 0,924), y un valor de significancia $p < 0,05$; lo que significa que el factor de riesgo esta negativamente asociado a la enfermedad, es decir, que el riesgo de transmisión del VIH en adolescentes que viven en situación de calle y que consumen alcohol, es 16,7% menor , en relación a los que consumen inhalantes.

Grafico N°3. ANALISIS USO DEL CONDON



Fuente: Datos obtenidos en historias clínicas del CDVIR La Paz.

En la gráfica se observa que en los casos, 9 de los adolescentes no utilizó el condón en su última relación sexual y 1 si lo hizo, en los controles 27 adolescentes no usaron el condón y 3 si lo utilizaron.

TablaN°7. Frecuencias.

Uso del condón	Frecuencia absoluta casos	Frecuencia absoluta controles	Frecuencia relativa casos x 100	Frecuencia relativa controlesx100
Si usa	1	3	10%	11%
No usa	9	27	90%	89%
TOTAL	10	30		

Fuente: Datos obtenidos en historias clínicas del CDVIR La Paz

En el análisis del uso del condón, se observó que en los adolescentes que viven en situación de calle y que son seropositivos al VIH, solamente el 10% utilizó el condón en su última relación sexual y un 90 % no lo utilizó; el análisis

de los controles no fue diferente, el 11% declaró utilizar el condón en sus relaciones sexuales y el 89% no lo utiliza.

Tabla N° 8. Tabla de contingencia

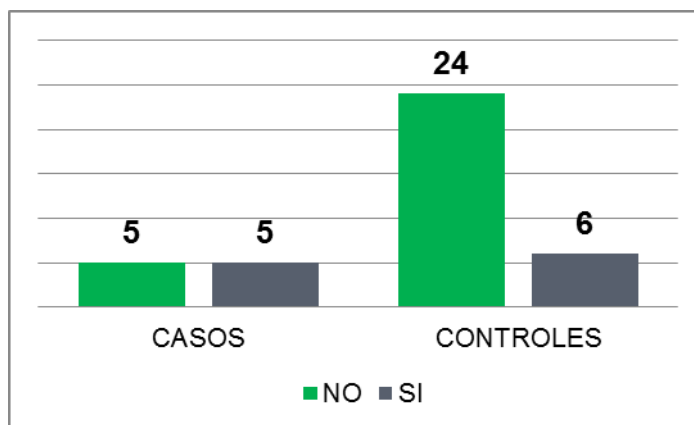
	SI	CASOS Y CONTROLES		Total
USO DE CONDON		CASO	CONTROL	
			1	3
	NO	9	27	36
Total		10	30	40

Fuente: Datos obtenidos en historias clínicas del CDVIR La Paz

OR= 1.00

Con un intervalo de confianza del 95%, la asociación entre el factor de riesgo y la enfermedad OR de acuerdo al SPSS statistics 21.(ver anexo 6), es de 1.00, con un intervalo de confianza que va de (0,092 a 10,865), y un valor de significancia $p > 0,05$; lo que significa que el factor de riesgo no está asociado a la enfermedad, es decir, que el utilizar o no el condón, para los adolescentes que viven en situación de calle es indiferente, para la infección por VIH.

Grafico N° 4. ANALISIS PRESENCIA DE ITS



Fuente: Datos obtenidos en historias clínicas del CDVIR La Paz.

La gráfica señala que en los casos 5 adolescentes presentaron alguna ITS y 5 no presentaron ninguna, en los controles, 24 adolescentes no presentaron ITS y 6 si la presentaron.

Tabla N° 10. Frecuencias.

Presencia de ITS	Frecuencia absoluta casos	Frecuencia absoluta controles	Frecuencia relativa casos x 100	Frecuencia relativa controlesx100
Presencia	5	6	50%	20%
Ausencia	5	24	50%	80%
TOTAL	10	30		

Fuente: Datos obtenidos en historias clínicas del CDVIR La Paz

En el análisis de la presencia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), se observó que en los adolescentes que viven en situación de calle y que son seropositivos al VIH, el 50% de los casos presentó ITS y el 50% no presentó ninguna; para los controles encontramos que tan solo un 20% contrajo alguna infección de este tipo y un 80% no la presentó.

Tabla N° 9. Tabla de contingencia.

		SI	CASOS Y CONTROLES		Total
PRESENCIA DE ITS	DE		CASO	CONTROL	
				5	6
	NO		5	24	29
Total			10	30	40

Fuente: Datos obtenidos en historias clínicas del CDVIR La Paz

OR = 4.00

Con un intervalo de confianza del 95%, la asociación entre el factor de riesgo y la enfermedad OR de acuerdo al SPSS statistics 21, (ver anexo 7), es de 4.00, con un intervalo de confianza que va de (0,867 a 18,448), y un valor de significancia $p > 0,05$; lo que significa que el factor de riesgo está asociado positivamente a la enfermedad, es decir que los expuestos tienen la probabilidad de enfermarse en un 4% más que los sanos.

13. CONCLUSION.

Se logró identificar los principales factores de riesgo para la transmisión del VIH/SIDA en población adolescente que vive en situación de calle:

- En relación a la variable residencia y/o permanencia se determinó que el recibir el apoyo de algunas Instituciones y brindar cobijo, indirectamente se convierte en un factor protector hacia el adolescente que vive en situación de calle, ya que disminuye la probabilidad de sufrir la enfermedad, por lo tanto que el adolescente viva en la calle y no reciba ningún apoyo social, es un factor de riesgo para contraer el virus del VIH.
- El consumo de drogas en población adolescente que viven en las calles, también es un factor de riesgo para adquirir la infección por VIH, más aún si el adolescente consume Inhalantes, ya que a través del presente estudio se determinó que el consumir inhalantes, aumenta la posibilidad de Infección con el VIH, en relación al consumo de alcohol.
- Por revisión bibliográfica se conoce que el no uso consistente del condón, es un factor de riesgo para la transmisión del VIH/SIDA, en el presente estudio y en relación a la población adolescente que vive en situación de calle, este factor no es relevante ya que el 90% de los adolescentes que ingresaron en el presente estudio, declararon no utilizar el condón como medio de protección en sus relaciones sexuales.
- La presencia de las Infecciones de transmisión sexual (ITS), según bibliografía también es un factor de riesgo para la infección del VIH/SIDA, en el estudio se confirmó que el presentar alguna ITS, aumenta cuatro veces más la posibilidad de contraer la Infección por VIH, ya que este mecanismo se convierten en ventanas de entrada directa al Virus del VIH hacia el organismo.

14. DISCUSION.

Como niños de la calle se denomina a los niños que viven en las calles de una ciudad, privados de atención familiar y protección de un adulto. Los niños de la calle viven en edificios abandonados, cajas de cartón, aparcamientos, estaciones en desuso o en cualquier rincón donde puedan dormir sin ser agredidos ni descubiertos por la policía. Es difícil encontrar una definición precisa que pueda definir la enorme variedad de circunstancias en las que estos niños de la calle viven día a día. Sus condiciones son muy heterogéneas, desde niños que pasan todo el día en la calle y duermen en casa, con unos padres poco capacitados para atenderle adecuadamente; a jóvenes totalmente independientes que establecen sus propios grupos sociales, o comunidades de drogadictos dedicados al robo. De cualquier modo, la UNICEF ha establecido dos categorías definitorias de este término:

- Niños de la calle son aquellos que están relacionados con algún tipo de actividad económica, que va desde la mendicidad a la venta modesta. La mayoría de ellos vuelven a casa de pujan petal al final del día y contribuyen con sus ingresos a la economía familiar. Ocasionalmente pueden asistir a la escuela y normalmente mantienen cierto sentido de comunidad familiar. Debido a la precariedad de la situación económica familiar, estos niños pueden verse eventualmente empujados a una estancia más permanente en la calle.
- Niños de la calle también son aquellos que realmente viven en la calle, fuera de un medio familiar convencional. Los lazos familiares pueden existir todavía, pero son mantenidos sólo ocasional o involuntariamente.

Hay niños así en muchas de las grandes ciudades del mundo, y especialmente en países en vías de desarrollo, y son víctimas de abusos, negligencia y explotación. En ocasiones, los niños son asesinados por "escuadrones de limpieza" organizados por los negocios locales. En Latinoamérica, muchos de

ellos son víctimas de abandono por familias económicamente incapaces de sostener a todos sus hijos. En África, una causa más común es el sida.

Los adolescentes que viven en situación de calle, son una población invisible entre las invisibles, los jóvenes que habitan las calles deben sortear constantes retos y riesgos para subsistir. Entre ellos está también el riesgo de contraer el VIH/SIDA a consecuencia de la carencia de información y de conciencia del sexo protegido. A esto se suma la ausencia de políticas públicas dirigidas a esta población y la dificultad para acceder a los servicios médicos, al no contar con documentos de identidad. ^[30]

En un estudio realizado en la ciudad de México en el 2005, en jóvenes que tienen como hogar las calles de la ciudad del D.F., se observaron casos donde se analizó la situación de algunos de ellos durante cinco años. En algunas ocasiones se observaron adolescentes que ejercieron el trabajo sexual y en otras el consumo drogas, algunos jóvenes fueron víctimas de la infección por VIH, misma que nunca controlaron, pues esta población carecía de servicios de salud y de información sobre infecciones de transmisión sexual (ITS). Según declaraciones de algunos jóvenes la decisión de vivir en las calles, se debió a que encontró en este grupo, que habitaba en la calle, identificación y comprensión, en algunos casos por orientación homosexual. Otros afirman que todos los días algunos del grupo hacía trabajo sexual, pues conseguir un cliente garantizaba tener hotel ese día. De acuerdo con el Instituto de Asistencia e Integración Social (IASIS), órgano administrativo dependiente de la Secretaría de Desarrollo Social del Distrito Federal, se entiende por persona en situación de calle aquella "que se halle pernoctando en lugares públicos o privados, sin contar con infraestructura tal que pueda ser caracterizada como vivienda, aunque la misma sea precaria". ^[30]

En Bolivia la situación no es diferente, no existen estudios acerca del comportamiento sexual y el VIH/SIDA en esta población vulnerable, ni políticas

de salud que apoyen en la promoción y prevención de enfermedades en personas de la calle, por este motivo es que se decidió realizar la presente investigación.

En la presente investigación, se realizó un estudio Caso Control con muestreo no probabilístico, es decir la muestra seleccionada por el investigador fue levantada por conveniencia mediante juicio prudencial, utilizando criterios de inclusión muy delimitados, por esta razón y las características de la población, se trabajó con un número de muestras reducido, donde se describieron los principales factores de riesgo de los adolescentes en situación de calle, en relación a la infección por el VIH/SIDA; haciendo una extrapolación cautelosa podemos decir que la presente investigación, puede ser útil como un estudio preliminar acerca de las prácticas y conductas sexuales de la población adolescente que vive en situación de calle y que puede sentar precedentes para que ésta sea considerada como población vulnerable ante la infección del VIH/SIDA y se consideren políticas de salud preventivas de impacto, además de consolidar sus derechos a la salud.

15.RECOMENDACIONES.

En la presente investigación se puede plantear que los adolescentes que viven en situación de calle, están expuestos a diferentes factores de riesgo para la transmisión del VIH/SIDA, de tal manera, que se requieren intervenciones en las políticas de salud vigentes, así como en la promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva ya que son un grupo vulnerable que cada día se ve expuesto a situaciones de riesgo.

Cabe señalar las limitaciones del presente estudio, la primera relacionada con la evaluación de los comportamientos sexuales de riesgo específicos a profundidad, para que de esta manera se pueda ejercer una inferencia certera hacia el resto de la población y la relación directa entre estos factores. Y la segunda limitación es que no se tuvieron en cuenta algunas características de la muestra que permitirían obtener resultados más amplios. Por esta razón, se recomienda que para próximos estudios se tomen en cuenta dichos factores, y que el muestreo levantado sea de tipo probabilístico, para hacer una mejor inferencia hacia el universo, sin dejar de lado las características abordadas en este estudio.

16. BIBLIOGRAFIA.

1. Bolivia. Código del niño, niña y adolescente. Ley N 2026.
2. Bolivia. Pág. 1. La Paz. Servicio Departamental de Salud. CDVIR - Programa Departamental de ITS/VIH/SIDA. Bolivia.
3. Vargas Andrés, Valdez Edgar, Caballero Verónica, Tinajeros Freddy. Manual educativo de Infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, Sífilis materna y congénita. La Paz: Gráfica SRL; 2006: P. 7.
4. Torres, Oscar Martínez. Fundación Maya Paya Kimsa-GUC. Del educador de calle como recurso principal. Cochabamba: Tola Impresiones; 2011 P. 11 - 17.
5. Banco Interamericano de Desarrollo. Inclusión social y desarrollo económico en América Latina. Colombia.: BID; 2004. (Informe Técnico).
6. Pérez García, Juan Martin. La infancia callejera: apuntes para reflexionar el fenómeno, derecho a la infancia. Cali; 2006. Disponible en: <http://www.Scielo.unal.edu.co>. (Publicación científica).
7. Arango, Martha Elena Correa. Guatemala; 2001. Disponible en: <http://www.Eleuthera.co> Eleuthera. Vol. 1. P. 91 - 102.
8. Wormald Guillermo, Kaztman Rubén. Activos disponibles, estructura de oportunidades y vulnerabilidad social. Bogotá; 2006.
9. Gronnemeyer, M. Ayuda, diccionario del desarrollo, una guía de conocimiento como poder. Lima: Sachs; 1996.
10. Poblations National United Disseases. Informe sobre desarrollo humano, Sostenibilidad y equidad: un mejor futuro para todos. Washington, DC.: PNUD; 2011.
11. Llorens, Manuel. Et al. Niños en experiencia de vida en la calle. Bogotá: Revista Paidos; 2005.
12. Banegas, Rivero, Roger Alejandro. Tres grandes problemas en la economía Boliviana. Santa Cruz: UAGRM; 2005.
13. Instituto Nacional de Estadística. Bolivia en cifras. La Paz. INE; 2012.

14. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia. Determinantes de la violencia infantil. Washington, DC. Disponible en: <http://www.unicef.org>.
15. Castro José Luis, García. Programa de desarrollo del auto concepto. Barcelona; 1989.
16. Natalie Guillen, Carlos Velásquez Olguín. Percepciones sociales sobre drogas en La Paz, Bolivia. La Paz: La Caracola, editores FAD; 2011. P 94 – 95.
17. Fajardo, Alberto Trujillo. Desintoxicación, adherencia y reinserción social de jóvenes viviendo en las calles de Honduras. Tegucigalpa: Universidad Bíblica Latinoamericana; 2010. P. 1 -2.
18. Yanara Toledano, Martha Campos, Serguei Silveria, Ludmila Pérez. Modificación de conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes del internado Fray Bartolomé. Bogotá; 2006. Disponible en: <http://www.Scielo.unal.edu.co>. (Publicación científica).
19. Romina Kojmanian, Nancy Doran. Varones adultos en situación de calle, la experiencia desde un centro de salud y acción comunitaria. Guatemala; 2010. P. 2 – 10.
20. Centro de Información y educación para la prevención de abuso de drogas, la realidad de los niños-as y adolescentes en situación de calle. Santiago; 2006. Disponible en: www.Scielo.unal.edu.co.
21. Voces. Perfil de los NASC, inhaladores en Cochabamba. Cochabamba; 2006. Disponible en: www.Scielo.unal.edu.co. P. 1 – 20.
22. La Paz. Ministerio de Salud y Deportes – OPS. Diagnostico situacional, monitoreo del compromiso UNGASS sobre el VIH/SIDA en Bolivia.
23. Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes.
24. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Plan para alcanzar el acceso universal a la atención integral en Bolivia. La Paz: ONUSIDA; 2006.

25. Center for Diseases Control and Preventions. Fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica de las ITS/VIH/SIDA. Atlanta: CDC/USAID; 2004.
26. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Estudio de los conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de las ITS/VIH/SIDA en comunidades. Sucre: ONUSIDA – UASB; 2006.
27. Organización Mundial de la Salud. Comprensión y respuesta al estigma y discriminación por el VIH en el sector salud. Washington. OMS/OPS; 2006.
28. Comunidad Andina de las Naciones. Seguimiento al cumplimiento de las obligaciones declaradas en el compromiso de la lucha contra el SIDA. Lima: CAN; 2003.
29. H. Hunter Handsfield. Enfermedades de Transmisión Sexual. Washington – Madrid: Marban; 2004.
30. Rodríguez Cuevas Marcelo.. Aplicación del programa de prevención de las ETS/VIH/SIDA en menores de la calle de la ciudad de La Paz. La Paz; 2000. P. 91 – 92.
31. Uribe Ana, et al. Factores de riesgo para la infección por VIH/SIDA en adolescentes y jóvenes de Colombia. Cali; 2004. Disponible en: www.Scielo.unal.edu.co.
32. De la Rosa Yared. El VIH está en las calles.México. D.F.: 2013. Disponible en: www.jornada.unam.mx.
33. Dr. Wenceslao Quispe. Niños de la calle. CIES Bolivia.

GLOSARIO.

VIH.	Virus de la Inmuno Deficiencia Humana
SIDA.	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
PVVS.	Persona Viviendo con el Virus del VIH y el SIDA
ITS.	Infección de Transmisión Sexual
CIE 10.	Clasificación Internacional de Enfermedades
CDVIR.	Centro de Vigilancia Referencia Departamental
TS.	Trabajadora Sexual
HSH.	Hombre que tiene sexo con hombre
AANAC.	Asociación Nacional de Niñ@ adolescente en situación de calle
NNAC.	Niño niña adolescente en situación calle
INE.	Instituto Nacional de Estadística
ONUSIDA.	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
PNUD.	Poblations National United Diseseases
IDH.	Índice de Desarrollo Humano
UNICEF.	Fondo de las Naciones Unidas para la infancia
OPS.	Organización Panamericana de la Salud
CDC.	Center for Diseseases Control and Preventions
Laboratorio STAT.	Pruebas inmediatas

ELISA.

Ensayo Inmunoabsorbente ligado a enzimas

ANEXOS

Anexo 1

La Paz, 9 septiembre de 2011

Señora:

Dra. Beatriz Casas Cortez

RESPONSABLE DEPTAL. PROG. ITS/VIH/SIDA LA PAZ

Presente.-

Ref.: Solicitud de permiso para realizar Proyecto de Tesis de grado

De mi mayor consideración:

A través de la presente me dirijo a su autoridad, con el fin de solicitar se me extienda el permiso para realizar un Proyecto de Tesis de Grado, en el Programa de ITS/VIH/SIDA. La propuesta de investigación es: ***“Factores de riesgo para la transmisión del VIH/SIDA en adolescentes que viven en situación de calle”***, en este sentido solicito acceder a las Historias clínicas de esta población en los periodos comprendidos entre la gestión 2007 a 2011.

Debo aclarar el compromiso, de que toda la información será levantada respetando el anonimato de los participantes y la confidencialidad de los resultados como lo señala la ley N° 3729 del VIH/SIDA.

Agradeciendo su colaboración, me despido de usted con las consideraciones más distinguidas.

Dra. Eliana Telleria Velez

BIOQUIMICA

Anexo 2

La Paz, 9 septiembre de 2011

Señor:

Dr. David Segurondo Rendón

RESPONSABLE CDVIR LA PAZ

Presente.-

Ref.: Solicitud de permiso para realizar Proyecto de Tesis de grado

De mi mayor consideración:

A través de la presente me dirijo a su autoridad, con el fin de solicitar se me extienda el permiso para realizar un Proyecto de Tesis de Grado, en el CDVIR La Paz. La propuesta de investigación es: ***“Factores de riesgo para la transmisión del VIH/SIDA en adolescentes que viven en situación de calle”***, en este sentido solicito acceder a las Historias clínicas de esta población en los periodos comprendidos entre la gestión 2007 a 2011.

Debo aclarar el compromiso, de que toda la información será levantada respetando el anonimato de los participantes y la confidencialidad de los resultados como lo señala la ley N° 3729 del VIH/SIDA.

Agradeciendo su colaboración, me despido de usted con las consideraciones mas distinguidas.

Dra. Eliana Telleria Velez

BIOQUIMICA

Sexo	edad	Fecha de ingreso	Residencia y/o permanencia	Número de parejas sexuales	Uso de condón	Consumo de drogas	Tratamiento de ITS
M	16	17/08/2011	calle	no refiere	no	Alcohol	No
M	17	29/11/2011	calle	varios	no	Inhalante	No
M	18	27/10/2011	HOGAR	no refiere	no	Alcohol	No refiere
F	21	27/12/2011	HOGAR	1	no	Inhalante	No refiere
F	20	29/03/2010	HOGAR	2	no	Inhalante	Si
F	17	01/06/2009	CALLE	1	no	Inhalante	No
F	20	20/08/2009	CALLE	1	No	Inhalante	Si
M	20	02/02/2009	CALLE	1	no	Inhalante	Si
F	18	23/11/2009	calle	no refiere	si	Inhalante	Si
F	14	12/02/2007	CALLE	varios	no	Inhalante	Si
Sexo	edad	Fecha de ingreso	Residencia y/o permanencia	Número de parejas sexuales	Uso de condón	Consumo de drogas	Tratamiento de ITS
F	16	08/08/2007	HOGAR	1	NO	ALCOHOL	NO
M	16	23/04/2007	HOGAR	no refiere	NO	ALCOHOL	NO
F	16	03/09/2007	HOGAR	1	NO	ALCOHOL	si
M	20	11/01/2007	HOGAR	1	NO	ALCOHOL	Si
F	15	23/01/2007	HOGAR	1	NO	ALCOHOL	si
F	15	19/04/2007	HOGAR	0	NO	Inhalante	NO
M	16	17/01/2007	HOGAR	1	NO	Inhalante	NO
M	16	11/05/2007	HOGAR	0	SI	ALCOHOL	NO
M	18	15/09/2008	HOGAR	1	NO	ALCOHOL	NO
F	20	17/08/2007	calle	0	NO	ALCOHOL	NO
F	20	11/05/2007	CALLE	3	NO	Inhalante	Si
F	17	11/10/2007	HOGAR	0	NO	Inhalante	NO
M	17	15/06/2011	HOGAR	0	NO	Inhalante	NO
M	17	30/08/2010	HOGAR	no refiere	NO	Inhalante	NO
F	16	21/01/2011	HOGAR	1	NO	Inhalante	Si
F	19	25/04/2011	HOGAR	1	NO	ALCOHOL	NO
F	14	17/01/2011	HOGAR	0	NO	ALCOHOL	NO
F	15	20/04/2011	HOGAR	0	SI	ALCOHOL	NO
F	14	20/04/2011	HOGAR	0	NO	ALCOHOL	NO
M	14	13/07/2011	HOGAR	1	NO	ALCOHOL	Si
M	20	04/05/2010	HOGAR	1	NO	Inhalante	NO
M	17	02/03/2011	HOGAR	0	NO	Inhalante	NO
M	16	03/08/2011	HOGAR	no refiere	NO	Inhalante	NO
M	17	27/04/2011	HOGAR	0	NO	Inhalante	NO
M	18	04/05/2011	HOGAR	1	NO	ALCOHOL	NO
M	14	21/01/2009	HOGAR	0	NO	ALCOHOL	NO
M	17	25/12/2011	HOGAR	1	NO	Inhalante	NO
M	14	16/03/2011	CALLE	1	NO	ALCOHOL	NO
M	20	10/03/2011	HOGAR	no refiere	NO	ALCOHOL	NO
M	18	04/04/2011	HOGAR	2	NO	ALCOHOL	NO

CODIFICACION.

Historia Clínica	Código
------------------	--------

2454 SH300591
4579 JG300590
4835 JPMS/DATO
2524 RM101192
2257 EMJ160889
2472 HFM241190
2274 MMQ010188
22093 SEM240192
3380 WM210192
4370 JNR300390
4593 POR041091
4610 AP300490
5518 NQM120990
2463 FQ161087
2386 MQT S/DATO
2504 MR050390
7580 MCA050694
7001 AC030694
3473 AET040794
3540 YLM110691
3462 MLG S/DATO
3535 MACG030895
3536 PJCA300596
7639 EFJ250796
7501 CFQ111190

7389 CFE060294
7675 LPG190595
7483 CBLM100397
7504 WLH300592

5803 ELM200305

Anexo 5.

Resultados SPSS 21. RESIDENCIA Y/O PERMANENCIA.

Pruebas de chi-cuadrado^c

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	14,400 ^a	1	,000	,001	,001	
Corrección por continuidad ^b	11,378	1	,001			
Razón de verosimilitudes	13,265	1	,000	,001	,001	
Estadístico exacto de Fisher				,001	,001	
Asociación lineal por lineal	14,040 ^d	1	,000	,001	,001	,001
N de casos válidos	40					

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,50.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

c. Para las tablas de contingencia 2x2, se ofrecen los resultados exactos en lugar de los resultados de Monte Carlo.

d. El estadístico tipificado es -3,747.

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para RESIDENCIA Y/O PERMANENCIA (HOGAR / CALLE)	,048	,008	,289
Para la cohorte CASOS Y CONTROLES = CASO	,143	,045	,450
Para la cohorte CASOS Y CONTROLES = CONTROL	3,000	1,155	7,790
N de casos válidos	40		

Pruebas de independencia condicional

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintótica (bilateral)
De Cochran	14,400	1	,000
Mantel-Haenszel	11,093	1	,001

Bajo el supuesto de independencia condicional, el estadístico de Cochran se distribuye asintóticamente según una distribución de chi-cuadrado con 1 gl, sólo si el número de estratos es fijo, mientras que el estadístico de Mantel-Haenszel se distribuye siempre asintóticamente según una distribución de chi-cuadrado con 1 gl. Tenga presente que se suprime la corrección por continuidad del estadístico de Mantel-Haenszel cuando la suma de las diferencias entre lo observado y lo esperado es igual a 0.

Estimación de la razón de las ventajas común de Mantel-Haenszel

Estimación			,048
ln(estimación)			-3,045
Error típ. de ln(estimación)			,920
Sig. asintótica (bilateral)			,001
Intervalo de confianza asintótico al 95%	Razón de ventajas común	Límite inferior	,008
		Límite superior	,289
	ln(Razón de ventajas común)	Límite inferior	-4,848
		Límite superior	-1,241

La estimación de la razón de las ventajas común de Mantel-Haenszel se distribuye de manera asintóticamente normal bajo el supuesto de razón de las ventajas común igual a 1,000. Lo mismo ocurre con el log natural de la estimación.

Anexo 6.

Resultados SPSS 21. CONSUMO DE DROGAS.

Pruebas de chi-cuadrado^c

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	4,800 ^a	1	,028	,065	,032	
Corrección por continuidad ^b	3,333	1	,068			
Razón de verosimilitudes	5,063	1	,024	,065	,032	
Estadístico exacto de Fisher				,065	,032	
Asociación lineal por lineal	4,680 ^d	1	,031	,065	,032	,028
N de casos válidos	40					

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,00.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

c. Para las tablas de contingencia 2x2, se ofrecen los resultados exactos en lugar de los resultados de Monte Carlo.

d. El estadístico tipificado es -2,163.

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para CONSUMO DE DROGAS (ALCOHOL / INHALANTE)	,167	,030	,924
Para la cohorte CASOS Y CONTROLES = CASO	,250	,060	1,034
Para la cohorte CASOS Y CONTROLES = CONTROL	1,500	1,019	2,208
N de casos válidos	40		

Estimación de la razón de las ventajas común de Mantel-Haenszel

Estimación			,167
ln(estimación)			-1,792
Error típ. de ln(estimación)			,874
Sig. asintótica (bilateral)			,040
Intervalo de confianza asintótico al 95%	Razón de ventajas común	Límite inferior	,030
		Límite superior	,924
	ln(Razón de ventajas común)	Límite inferior	-3,505
		Límite superior	-,079

La estimación de la razón de las ventajas común de Mantel-Haenszel se distribuye de manera asintóticamente normal bajo el supuesto de razón de las ventajas común igual a 1,000. Lo mismo ocurre con el log natural de la estimación.

Pruebas de independencia condicional

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintótica (bilateral)
De Cochran	4,800	1	,028
Mantel-Haenszel	3,250	1	,071

Anexo 7.

Resultados SPSS 21. USO DEL CONDON

Pruebas de chi-cuadrado^c

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,000 ^a	1	1,000	1,000	,744
Corrección por continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,000	1	1,000	1,000	,744
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,744
Asociación lineal por lineal	,000 ^d	1	1,000	1,000	,744
N de casos válidos	40				

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,00.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

c. Para las tablas de contingencia 2x2, se ofrecen los resultados exactos en lugar de los resultados de Monte Carlo.

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para USO DE CONDON (SI / NO)	1,000	,092	10,865
Para la cohorte CASOS Y CONTROLES = CASO	1,000	,167	5,985
Para la cohorte CASOS Y CONTROLES = CONTROL	1,000	,551	1,816
N de casos válidos	40		

d. El estadístico tipificado es ,000.

Pruebas de independencia condicional

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintótica (bilateral)
De Cochran	,000	1	1,000
Mantel-Haenszel	,000	1	1,000

Anexo 8.

Resultados SPSS 21. PRESENCIA DE ITS.

Pruebas de chi-cuadrado^c

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	3,386 ^a	1	,066	,103	,079	
Corrección por continuidad ^b	2,048	1	,152			
Razón de verosimilitudes	3,166	1	,075	,103	,079	
Estadístico exacto de Fisher				,103	,079	
Asociación lineal por lineal	3,301 ^d	1	,069	,103	,079	,065
N de casos válidos	40					

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,75.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

c. Para las tablas de contingencia 2x2, se ofrecen los resultados exactos en lugar de los resultados de Monte Carlo.

d. El estadístico tipificado es 1,817.

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para PRESENCIA DE ITS (SI / NO)	4,000	,867	18,448
Para la cohorte CASOS Y CONTROLES = CASO	2,636	,944	7,363
Para la cohorte CASOS Y CONTROLES = CONTROL	,659	,375	1,159
N de casos válidos	40		

Pruebas de independencia condicional

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintótica (bilateral)
De Cochran	3,386	1	,066
Mantel-Haenszel	1,997	1	,158

Bajo el supuesto de independencia condicional, el estadístico de Cochran se distribuye asintóticamente según una distribución de chi-cuadrado con 1 gl, sólo si el número de estratos es fijo, mientras que el estadístico de Mantel-Haenszel se distribuye siempre asintóticamente según una distribución de chi-cuadrado con 1 gl. Tenga presente que se suprime la corrección por continuidad del estadístico de Mantel-Haenszel cuando la suma de las diferencias entre lo observado y lo esperado es igual a 0.

Estimación de la razón de las ventajas común de Mantel-Haenszel

Estimación			4,000
ln(estimación)			1,386
Error típ. de ln(estimación)			,780
Sig. asintótica (bilateral)			,076
		Límite inferior	,867
Intervalo de confianza asintótico al	Razón de ventajas común	Límite superior	18,448
95%		Límite inferior	-,142
	ln(Razón de ventajas común)	Límite superior	2,915

La estimación de la razón de las ventajas común de Mantel-Haenszel se distribuye de manera asintóticamente normal bajo el supuesto de razón de las ventajas común igual a 1,000. Lo mismo ocurre con el log natural de la estimación.

ANEXO 9.

Patógenos de transmisión sexual

Bacterias	Virus
Neisseria gonorrhoeae Treponema pallidum Chlamydia trachomatis Haemophilus ducreyi Calymmatobacterium granulomatis Ureaplasma urealyticum Mycoplasma hominis Mycoplasma genitalium Gardnerella vaginalis Salmonella Shigella CAmpylobacter Estreptococo grupo B Mobiluncus	Virus de la Inmunodeficiencia adquirida (tipos 1 y 2) Virus herpes simple (tipo 1 y 2) Virus del papiloma humano (múltiples tipos) Virus de la hepatitis tipos A,B,C y D Citomegalovirus Virus Epstein-Barr Molluscos contagiosum Enterovirus
Protozoos: Trichomonas vaginalis Entamoeba histolytica Giardia lamblia Otros protozoos entéricos	Ectoparásitos Phthirus pubis (piojo) Sarcoptes scabiei (sarna)

Fuente: (H. Hunter Handsfield, 2004).

Anexo 10.

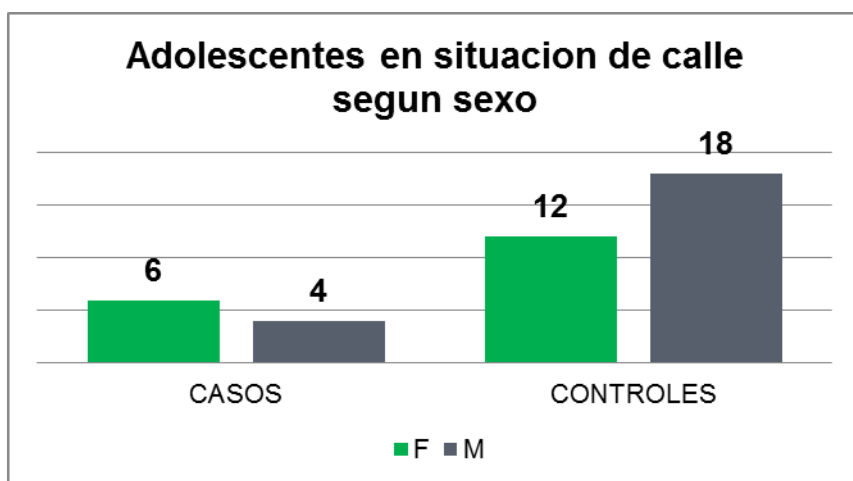
Síndromes y complicaciones principales de las ITS

1. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida y enfermedades asociadas.
2. Enfermedad inflamatoria pélvica
3. Infertilidad femenina
4. Infecciones fetales, conjuntivitis, neumonía, infección faríngea, encefalitis, deterioro cognitivo, deformidades, sordera, inmunodeficiencias, muerte.
5. Complicaciones del embarazo y parto: aborto espontáneo, parto prematuro, ruptura prematura de membranas, corioamnionitis, endometritis post parto.
6. Neoplasia: displasia cervical y carcinoma, sarcoma de Kaposi, carcinoma hepatocelular, carcinoma epidermoide de ano, vulva o pene.
7. Infecciones por HPV y verrugas genitales.
8. Síndromes de linfadenopatía genital y ulceración inguinal.
9. Infecciones del tracto genital inferior en mujeres: cervicitis, uretritis e infecciones vaginales
10. Hepatitis víricas y cirrosis
11. Uretritis en hombres
12. Sífilis tardía
13. Epididimitis
14. Infecciones gastrointestinales: proctitis, enteritis, colitis.
15. Artritis aguda
16. Síndrome de mononucleosis
17. Molluscum contagiosum
18. Infestación por ectoparásitos (sarna y piojo)

Fuente: (H. Hunter Handsfield, 2004).

Anexo 11.

1. Análisis de adolescentes que viven en situación de calle, según la edad.



Fuente: Datos obtenidos en historias clínicas del CDVIR La Paz.

Tabla de contingencia SEXO * CASOS Y CONTROLES

	CASOS Y CONTROLES		Total
	CASO	CONTROL	
SEXO F	6	12	18
SEXO M	4	18	22
Total	10	30	40

Al analizar los datos de la información de adolescentes que viven en situación de calle y que además se encuentran infectados con el virus del VIH/SIDA, percibimos que 6 de los 10 casos corresponden al sexo femenino y 4 al sexo masculino.

Las adolescentes en situación de calle, al abandonar sus hogares, en muchos casos recurren al Trabajo Sexual Clandestino, y refieren a éste como su única

fuente de ingreso económico y subsistencia y si a este factor añadimos la falta de uso de medidas preventivas como el condón, las mujeres adolescentes que viven en situación de calle estarían más expuestas a la transmisión del VIH que los varones.

En el caso de los controles de los 30 adolescentes de la muestra, 12 pertenecen al sexo femenino y 18 a sexo masculino.

Anexo 12.

2. Análisis de la edad de la población en estudio.

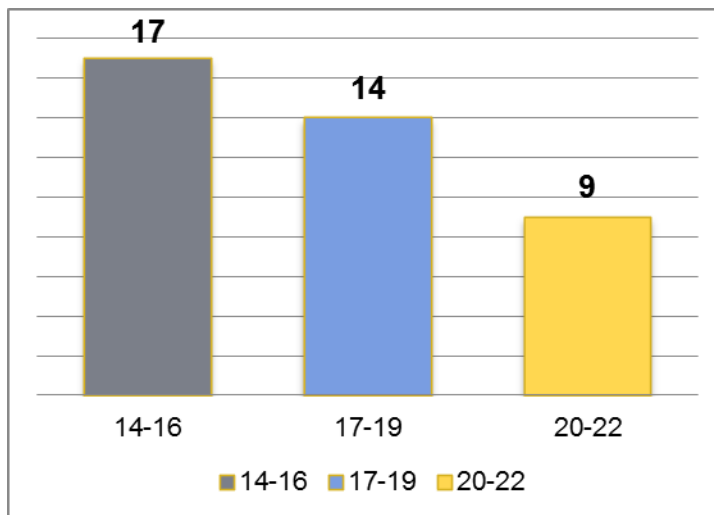
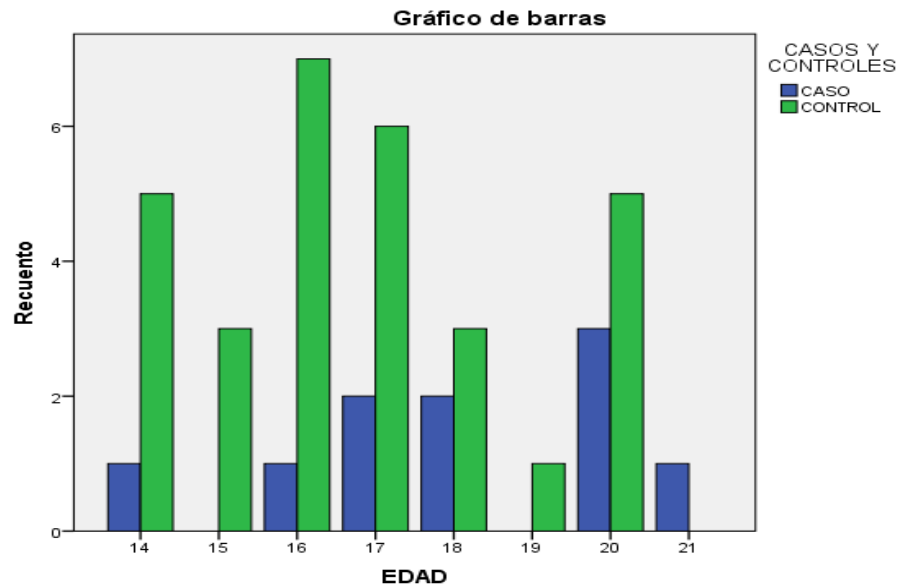


Tabla de contingencia EDAD * CASOS Y CONTROLES

	CASOS Y CONTROLES		Total
	CASO	CONTROL	
14	1	5	6
15	0	3	3
16	1	7	8
17	2	6	8
18	2	3	5
19	0	1	1
20	3	5	8
21	1	0	1
Total	10	30	40

En relación al análisis de la edad, en adolescentes en situación de calle, podemos deducir que la mayor cantidad de adolescentes que vive en situación de calle se encuentra entre los 14 a 16 años con un 42,5%; un 35% de los adolescentes en situación de calle están entre los rangos de edades de 17 a 19 años y un 22,5% entre los 20 a 22 años de edad.