

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**PROMOCIÓN DE AUTOCAUIDADO A LA SALUD
EN INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL
ITS-VIH/SIDA**

T E S I S

Que para obtener el Título de
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A
CORINA VERÓNICA DONÍS HERNÁNDEZ
Nº cta.: 9424432 -2


DIRECTORA DE TESIS



M.S.P. SOFÍA DEL CARMEN SÁNCHEZ PEÑA
Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
Coordinación de
Servicio Social

Asesor de Tesis:
Dr. HÉCTOR ÁVILA ROSAS



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico el contenido de mi trabajo

NOMBRE: CORINA VERDUGA
Doris HERNANDEZ

FECHA: 11 - Noviembre - 2002

FIRMA: ~~Corina Verduga~~

AGRADECIMIENTOS

AGRADECIMIENTOS

A DIOS por estar conmigo en todo momento y haberme guiado en este camino dándome la oportunidad de concluir una etapa más en mi vida.

A mi padre, por ser mi ejemplo a seguir y estar al pendiente de que nunca me faltara nada.

A mi mami, por estar en todo momento a mi lado, por darme todo su cariño, confianza y comprensión. Gracias mamá por levantarme cada vez que me caí.

A mi hermano por sus palabras de aliento y apoyo cuando más lo necesite. Gracias por no dejarme sola.

A mis amigos incondicionales, Serafín y Josefina.

A Gis por que de ella aprendí las ganas de luchar día a día.

A mi tita, mi abuelito y mis primas Elo y Toña por estar siempre presentes en los momentos más importantes de mi vida.

Al Dr. Ávila con cariño y admiración, por creer en mi, y compartirme sus valiosos conocimientos, por su apoyo incondicional como amigo y docente.

A la maestra Iñiga por su paciencia, amistad y enormes enseñanzas que me regalo para concluir este proyecto.

A todos mis maestros con admiración y reconocimiento por la aportación que me brindaron a lo largo de mi formación.

ÍNDICE

ÍNDICE GENERAL

	Página
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICAS	i
ÍNDICE DE ANEXOS	ii
1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO	4
2.1 Breve historia de las ITS	4
2.2 Las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/SIDA; un problema de Salud Pública	7
2.3 Situación Mundial de las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/SIDA;	12
2.4 Situación Nacional de las ITS-VIH/SIDA	18
2.5 Importancia de las ITS-VIH/SIDA y su repercusión; en la población femenina	20
2.6 Condición de la Mujer frente a las ITS-VIH/SIDA	31
2.7 Características socio-emocionales de la población que presenta alguna ITS-VIH/SIDA	37
2.8 Enfermería: un aspecto de la Atención a la Salud	40
2.9 Programas que promueven el Autocuidado	43
2.10 Promoción a la Salud	46
2.11 Promoción a la Salud Reproductiva	48
2.12 ¿Cómo abordar la epidemia de las ITS-VIH/SIDA?	52

3. ASPECTOS DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	54
3.1 Árbol del Problema	54 - A 54 - B
3.2 Delimitación del Problema	54
3.3 Pregunta de Investigación	55
3.4 Justificación	56
4. OBJETIVOS	58
4.1 <i>General</i>	58
4.2 <i>Específicos</i>	58
5. METODOLOGÍA	59
5.1 Diseño de la encuesta	59
5.2 Características generales de la muestra	59
5.3 Criterios de inclusión	60
5.4 Método de elección de participación en el estudio	60
5.5 Análisis de la información	60
6. RESULTADOS	61
6.1. Descripción de la población	
6.2. Análisis de resultados	
7. DISCUSIÓN	75
8. CONCLUSIONES	88

9. RECOMENDACIONES	91
10. BIBLIOGRAFÍA	93
11. TABLAS Y GRÁFICAS	103
12. ANEXOS	141

i ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICAS

<input type="checkbox"/> Residencia actual	103
<input type="checkbox"/> Edad Mujer	104
<input type="checkbox"/> Ocupación Mujer	105
<input type="checkbox"/> Ocupación remunerada dentro de casa	106
<input type="checkbox"/> Tipo de Ocupación	107
<input type="checkbox"/> Nivel Escolar	108
<input type="checkbox"/> Estado civil	109
<input type="checkbox"/> Accesibilidad a los Servicios de Salud	110
<input type="checkbox"/> Uso de los Servicios de Salud	111
<input type="checkbox"/> No utiliza los Servicios de Salud porque... ..	112
<input type="checkbox"/> Compañero actual	113
<input type="checkbox"/> Convivencia con el compañero actual	114
<input type="checkbox"/> Ingreso económico	115
<input type="checkbox"/> Métodos de Planificación Familiar	116
<input type="checkbox"/> Relación entre la Ocupación dentro y fuera del Hogar y el uso de Métodos de Planificación Familiar	117
<input type="checkbox"/> Métodos de Planificación Familiar más utilizados	118
<input type="checkbox"/> Tabaquismo	119
<input type="checkbox"/> Uso de drogas	120
<input type="checkbox"/> Uso de alcohol y conducta sexual antes	121
<input type="checkbox"/> Uso de alcohol y conducta sexual actual	122
<input type="checkbox"/> Definición de ITS	123
<input type="checkbox"/> Conocimiento de ITS	124
<input type="checkbox"/> Transfusión sanguínea	125
<input type="checkbox"/> Detección de VIH	126
<input type="checkbox"/> Resultado de la prueba de VIH	127
<input type="checkbox"/> Mecanismo de Transmisión del VIH	128
<input type="checkbox"/> Presencia de ITS	129
<input type="checkbox"/> ITS previas	130
<input type="checkbox"/> Presencia previa de ITS	131
<input type="checkbox"/> Uso del condón masculino antes del Dx de ITS-VIH/SIDA	132
<input type="checkbox"/> Uso correcto del preservativo masculino	133
<input type="checkbox"/> Orientación preventiva en ITS-VIH/SIDA	134
<input type="checkbox"/> Indicaciones mencionadas	135
<input type="checkbox"/> Resolución de dudas sobre el Dx actual de ITS	136
<input type="checkbox"/> Conocimiento de Medidas Preventivas	137
<input type="checkbox"/> Conocimiento de Factores de Riesgo	138
<input type="checkbox"/> Conocimiento del examen del Papanicolaou	139
<input type="checkbox"/> La información sobre ITS-VIH/SIDA, le gustaría recibirla en... ..	140

ii ÍNDICE DE ANEXOS

× Anexo No.1 Promoción de la Salud Reproductiva	141
× Anexo No.2 Acciones de Salud dirigidas a la Mujer en edad reproductiva no gestante	142
× Bloque No.1 Relación entre las Conductas de Riesgo y la presencia de ITS -VIH/SIDA	143
× Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS -VIH/SIDA	144
× Instructivo de llenado del Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS -VIH/SIDA	151

INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

La Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), a través de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO), está comprometida con el desarrollo de recursos humanos cuya tarea se centra en la prevención de enfermedades y la Promoción a la Salud. Una de las tareas más importantes del Licenciado en Enfermería y Obstetricia (LEO), es intervenir en el cuidado a la salud, mediante la enseñanza técnica y práctica preventiva, por lo tanto una estrategia en el primer nivel de atención es la promoción de autocuidado.

De esta manera, este trabajo se ubica en esta línea de acción y se realizó bajo un convenio Institucional UNAM-ENEO y el Instituto Nacional de Perinatología (INPer). A través de la participación multidisciplinaria dentro del proyecto denominado "ETS/VIH-SIDA y Trastornos de la Personalidad (TP) en mujeres embarazadas y sus parejas. Detección y Prevención de prácticas de alto riesgo"; esta obra complementó dicho proyecto mediante la exploración de conocimientos sobre las medidas de prevención y prácticas de autocuidado, que lleva a la mujer a prevenir y disminuir prácticas de riesgo y por ende disminuir la adquisición de una ITS-VIH/SIDA.

Como se menciona en más de una bibliografía la promoción a la salud es uno de los medios más poderosos para la introducción de cambios, permitiendo al LEO una proyección hacia los servicios del primer nivel de atención cuyo trabajo se ubique a nivel comunitario para lograr un impacto dentro de la población en relación al Autocuidado a la salud.

Cabe señalar que el tema de la Sexualidad en este tiempo se torna difícil de abordar, ya que la percepción sobre las conductas sexuales y reproductivas de cada individuo se siguen cuestionando. Al respecto, se reconoce que la Salud Sexual y Reproductiva es un campo muy amplio que comprende servicios de información, de planificación familiar y de tratamiento de infecciones sexuales y reproductivas y muchos otros aspectos que afectan la salud de la mujer y de su compañero, de ahí que la intención de esta obra sea la de prestar apoyo al estudio de distintos niveles de preparación dentro del Autocuidado.

Se hace hincapié que esta obra no se diseñó bajo el Modelo teórico de Dorothea Orem, relacionado con la Teoría del Déficit del Autocuidado; sin embargo este estudio puede dar pauta y orientar a otros profesionales en salud a realizar investigaciones posteriores, sobre déficit de autocuidado en ITS -VIH/SIDA.

El primer capítulo constituye el Marco teórico de este trabajo, el cual hace mención a las Infecciones de Transmisión Sexual vistas como un problema de Salud Pública y de la necesidad circunscrita de estudiarlas desde la perspectiva del autocuidado. Además comprende aspectos de sexualidad, género y de cómo este merece ser analizado rigurosamente, desde la vivencia de la subordinación de las mujeres hasta la maternidad, pasando por la desigualdad de géneros que se vive a flor de piel y que todo ello ha provocado un detrimento en la Autoconciencia en la salud sexual y reproductiva de cada mujer.

En un segundo momento se hace referencia al planteamiento del problema, el cual aborda datos estadísticos sobre los casos a nivel Mundial acerca de la epidemia de las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/SIDA, además de la importancia que este tema sugiere como problema de Salud Pública y de la necesidad que se deja ver y que además exige la participación activa de hombres y mujeres.

El diseño estadístico y metodológico, es presentado en el capítulo cuatro, el cual señala los componentes y la conformación de la elaboración de este trabajo, sin dejar de mencionar los componentes de tipo cuantitativo que complementan esta investigación.

Un apartado no menos importante, sin duda es el referente a los resultados, en donde se menciona en conjunto la descripción y análisis de los datos recabados a partir del Instrumento de Valoración del Autocuidado, cabe señalar que los cuadros y gráficas alusivas a este capítulo se agruparon en el capítulo de anexos.

Finalmente se presenta la discusión de los resultados obtenidos a partir de este estudio, considerando así las aportaciones científicas de los últimos 5 años en relación al tema de las ITS-VIH/SIDA. Al respecto se concluye con algunas recomendaciones de carácter propiamente metodológico, con la finalidad que puedan ser revisadas y actúen como material de apoyo para posteriores investigaciones, en esta línea de trabajo.

Uno de los productos finales de esta obra fue la elaboración de un Manual de Promoción de Autocuidado a la salud en Infecciones de Transmisión Sexual ITS-VIH/SIDA, dirigido principalmente a las mujeres participantes dentro del proyecto general. De ninguna manera se pretende que este sea un texto completo de ITS - VIH/SIDA, pues su empleo debe complementarse con la consulta de artículos y libros de literatura sanitaria de acuerdo al nivel de experiencia del lector y su objetivo, sin embargo y definitivamente si esta dirigido a personas en general, ofreciendo lineamientos clave para identificar y trabajar puntos estratégicos que fortalezcan a la mujer para protegerse de las ITS y el VIH/SIDA.

Como punto final es conveniente señalar que la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual deben ser vistas no sólo desde el punto de vista biológico, sino deben ser integradas desde una perspectiva social, que permite considerar la salud de la pareja como un todo, sin olvidar que la salud sexual y reproductiva por añadidura, son parte de los derechos de los individuos para ejercerla libremente.

No cabe duda que el tema de la sexualidad y todo lo que conlleva, continúa siendo motivo de estigmatización o tabú, lo cual impide que las personas adopten medidas preventivas a favor de su propia salud física pero sobre todo sexual.

MARCO TEÓRICO

2. MARCO TEÓRICO

2.1 BREVE HISTORIA DE LAS ITS

Las infecciones de transmisión sexual acompañan a la humanidad desde los tiempos más remotos. En la edad antigua numerosas normas higiénicas y preventivas se dispusieron en torno a la blenorragia mejor conocida como la "gonorrea". El portador de la misma era considerado inmundo y apartado de la comunidad. Sin embargo y como actualmente sucede, las mujeres tenían menores oportunidades de ser tratadas oportunamente, ya que su pudor les negaba el acceso a consultar al médico cuando estas padecían este tipo de afecciones, por lo que recurrían a personas de su mismo sexo, sólo para calmar su angustia, más no para ser tratadas. En la tragedia de Eurípides, la nodriza de Fedra dice a su señora: ¹

"Si sufres de un mal que no debe mencionarse, aquí hay mujeres para ayudarte a calmarlo; si es un accidente que se puede revelar a los hombres, habla, para que tu caso se notifique a los médicos"

En el periodo medieval disminuyen las menciones de ITS, hecho lógico si se considera la enorme recesión cultural de la época. Sin embargo a partir del siglo XII algunos tratadistas médicos aluden a tales afecciones, tomando conciencia de su posible contagio. Es el caso de Roger de Palermo, quien señaló que algunas lesiones de los genitales eran infecciosas y que podían contraerse mediante el contacto sexual. ²

Su discípulo Guillermo de Saliceto, profesor en Bolonia, dedicó en su "Tratado de Cirugía", un capítulo a las "pústulas blancas" que aparecen cerca del pene después del coito con una persona con estas mismas características. En él confirmó la transmisibilidad de las úlceras genitales, e ideó un método preventivo para evitar los contagios sexuales: ³

"El que quiera salvar su miembro de toda corrupción debe lavarlo con agua y vinagre cuando se viene de ver a una mujer sospechosa de impureza"

Tales procedimientos estaban en consonancia con las normas higiénico - preventivas que estilaban en la época y que hicieron surgir por doquier los tratados de dietética e higiene. ⁴

¹ Flacelière, R. *La vie quotidienne en Grèce au siècle de Périclès* Ed. Hachette. Paris, 1959:3.

² Pusey, W.A. *The history of dermatology*. Ch C Thomas, Springfield. 1993:3.

³ Fabre, D. *Traité des maladies vénériennes* Ed. Bailliére. Paris, 1848:3.

⁴ Lyons, A.S., Petrucci, R.J. *Historia de la Medicina* Ed. Doyma. Barcelona, 1980:4.

A partir de 1920 se logro diferenciar el Herpes genital del Herpes labial, desde el punto de vista biológico, epidemiológico e inmunológico.⁵

A finales del siglo XV tuvo lugar uno de los hitos más importantes de la historia de las ITS: la brusca aparición en Europa de una nueva y desconocida enfermedad; la Sífilis.

Su aparición tuvo por escenario la guerra que libraba en Nápoles el rey francés Carlos VIII. De ahí que los napolitanos le llamaran "morbo gálico" o "mal francés". Los médicos comenzaron a escribir acerca del tema hasta 1946, es decir al año siguiente de la aparición de los primeros casos. La Sífilis se extendió por toda Europa como reguero de pólvora. En 1947 toda Europa, desde Alemania hasta las costas de Dalmacia, se hallaba infectada. El desconocimiento de los mecanismos de transmisión imposibilitaba las medidas preventivas. Nadie sospechaba que en realidad el contagio fuese de origen sexual.

Los escoceses fueron los primeros que descubrieron que la Sífilis podía transmitirse por contacto sexual. El mismo año que en París se prohibía la prostitución por medida de protección de la enfermedad venida de Francia y de otros países extranjeros⁶:

"toda mujer de mala vida deberá abstenerse del vicio y del pecado venéreo, y de trabajar para ganar su pan, so pena de ser marcada por un hierro en la mejilla y desterrada"

Inevitablemente, estos datos históricos se vieron limitados por la disponibilidad de información empírica con la que contaban en aquella época.

A finales del siglo XIX, a la luz de los conocimientos que aportaba la Bacteriología, se producen nuevos descubrimientos que disipan las últimas brumas sobre la plena individualización de todas las ITS, contribuyendo a clarificar su origen etiológico.

Debido a la antigüedad que presentan las ITS, éstas eran denominadas como "enfermedades venéreas", en distinción poco honrosa a la diosa Venus⁷. Estas denominaciones traían consigo una carga moral muy grande que estigmatizaba a quien se contagiaba de estos padecimientos. Debido a que se transmiten por vía sexual, se

⁵ Álvarez-Gayón, J.J. Elementos de Sexología. México 1979:82-83

⁶ Fabre. Op. Cit. 5

⁷ Este nombre se deriva de la diosa latina Venus, homóloga de la diosa Afrodita, la diosa del amor [Grimal 1959]. "Venéreo" significa "transmitido por relación sexual" [Gotwald y Golden 1983].

asociaron con las conductas promiscuas y otras prácticas no aceptadas socialmente. Así, la posibilidad de que una persona infectada buscara ayuda se veía restringida por diversas razones, lo que propiciaba que se agravara el padecimiento y llegara hasta sus últimas consecuencias.⁷

Cabe mencionar que hoy en día las Enfermedades e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son infecciones bacterianas, virales, fúngicas entre otras, que se transmiten mediante el contacto sexual y es partir de 1998, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó usar el término de Infecciones de Transmisión Sexual en vez de Enfermedades de Transmisión Sexual; ya que el término de "enfermedades" es considerado inapropiado para las infecciones asintomáticas como la tricomoniasis en el varón y otras infecciones sexualmente transmitidas en la mujer.

Las ITS como ya se menciona, son causadas justamente por virus, bacterias, protozoarios, hongos o parásitos que se transmiten mediante el contacto sexual. Son enfermedades infecciosas y contagiosas que se transmiten de una persona infectada a otra sana [Cosio, Delgado, Ibarra y otros 1990].⁸

Vale la pena mencionar por lo menos las ITS clásicas y algunas de las consideradas "nuevas ITS" [McCary 1996]:

Las ITS clásicas son:

- La sífilis
- La gonorrea
- El chancro blando

Las nuevas ITS son:

- La Clamidia
- El Herpes simple
- El VIH/SIDA

A parte de estas infecciones, existen las tricomonas, el virus del Papiloma Humano, la candida, la pediculosis, entre otras.

⁷ Hiriart, Riedemann Vivianne Educación Sexual en la Escuela. Guía para el orientador de púberes y adolescentes México, 1999:185

⁸ Ibidem. 183,184

2.2 LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL(ITS) Y EL VIH/SIDA: UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

La Salud Pública se ha preocupado sobre todo de las enfermedades transmisibles, sus causas, distribución y prevención. Es ahí donde la participación de la Salud Pública entra en el contexto de las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/SIDA, ya que éstas son punto prioritario que le concierne a la medicina social: las cuales deberán ser prevenibles en mayor o menor grado.

A consecuencia de los grandes descubrimientos realizados en bacteriología e inmunización a fines del siglo XIX y comienzos del XX, y del desarrollo subsiguiente de las técnicas para aplicarlos, surgió el nuevo concepto de prevención de las enfermedades en los individuos. *La Salud Pública pasó entonces a ser considerada como una integración de las ciencias sanitarias y las ciencias médicas.*

A raíz de estos hechos, en 1874 Solomon Neumann, en Berlín, afirmó que "la ciencia médica es intrínseca y esencialmente una ciencia social, y mientras no se reconozca esto en la práctica no estaremos en condiciones de gozar de sus beneficios y tendremos que darnos por satisfechos con un simulacro y un molde vacío". A pesar de ello y hasta hace muy poco tiempo la medicina y la salud pública han sido reconocidas como ciencias sociales.⁹

Tiempo después Winslow, condensó su pensamiento en una fórmula que ha llegado a ser tal vez la definición más conocida y generalmente aceptada de la Salud Pública y de su relación con las demás materias. Para fines de análisis se presenta de la manera siguiente:

- a) El saneamiento del medio,
- b) El control de las infecciones transmisibles,
- c) La educación en higiene personal, la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo en las enfermedades,
- d) El desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud.

Si bien una de las metas de la **Salud Pública** es; alcanzar para el individuo y la comunidad el más alto nivel de bienestar físico, mental y social, así como la longevidad,

⁹ Leavell, H.R. New occasions teach new duties. Public Health Rep. 1963:457

de acuerdo con los conocimientos y recursos disponibles en determinado tiempo y lugar.¹⁰

En el informe Lalonde, publicado por el gobierno de Canadá en 1974, fue la primera declaración teórica general de la Salud Pública, donde se define a un Concepto de Campo de Salud, el cual consta de 4 elementos: biología humana, medio ambiente, estilos de vida y organización sanitaria. Con base a este concepto, se propusieron 5 estrategias de:

1. Promoción a la salud
2. Estrategia reguladora
3. Estrategia de investigación
4. Estrategia de eficiencia de la atención sanitaria y
5. Estrategia de establecimiento de objetivos

La estrategia de promoción a la Salud se orientaba más hacia los estilos de vida. Se sugerían un total de 23 medidas distintas. Casi todas ellas se referían a factores específicos del estilo de vida, como la dieta, el tabaco, el alcohol y la conducta sexual.

La promoción a la salud esta íntimamente ligada a la prevención (PREVENCIÓN: acciones encaminadas a evitar las enfermedades en una comunidad. Tomado de la OPS): ya que la prevención para la salud es un conjunto de acciones que ha venido desarrollando el ser humano desde su surgimiento; primero como un acto instintivo, vestigio de sus antecedentes de animal, más tarde, como resultado de su evolución, mediante expresiones del pensamiento mágico; posteriormente al regular este último como expresión del pensamiento religioso y muy recientemente, al sistematizar estas acciones como resultado de la observación, el registro y análisis de los hechos, como una disciplina científica.

De los 2 niveles de prevención que forman la prevención primaria, es el de *PROMOCIÓN*, el que ha de atender al individuo o al grupo de individuos para que conserven la condición de salud evitándose con ello los problemas que se producirán fatalmente si no se da la atención debida a esta etapa.¹¹

Es importante señalar que en México existen programas cuyas directrices se centran en la Promoción de la Salud, como es el caso de La Ley general de Salud, la cual refiere en su Título Séptimo:

¹⁰ Hanlon, John. *Principios de Administración Sanitaria* 3ª ed. 1973:115

¹¹ Espinoza y de León Victor, M. *Prevención para la Salud México*, 1983:133

Capítulo I

Disposiciones comunes

Artículo 110. La promoción de la salud tiene por objeto crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva.

Artículo 111. La promoción de la salud comprende:

- I. Educación para la salud;
- II. Nutrición;
- III. Control de los efectos nocivos del ambiente en la salud;
- IV. Salud ocupacional, y
- V. Fomento sanitario.

Capítulo II

Educación para la salud

Artículo 112. La educación para la salud tiene por objeto:

- I. Fomentar en la población el desarrollo de actitudes y conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades individuales, colectivas y accidentes, y protegerse de los riesgos que pongan en peligro su salud.
- II. Proporcionar a la población los conocimientos sobre las causas de las enfermedades y de los daños provocados por los efectos nocivos del ambiente en la salud, y
- III. Orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, riesgos de la automedicación, prevención de la fármaco-dependencia, salud ocupacional, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, prevención y rehabilitación de la invalidez y detección oportuna de enfermedades.

Artículo 113. La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública y los gobiernos de las entidades federativas y con la colaboración de las dependencias y entidades del Sector Salud, formulará, propondrá y desarrollará programas de educación para la salud, procurando optimizar los recursos y alcanzar una cobertura total de la población.

La educación higiénica, a la que también se llama educación para la salud o educación sanitaria, es función de todo trabajador de la salud y por consiguiente del

personal de Enfermería dentro del primer nivel de atención; por lo cual éstos(as) deben tener un amplio conocimiento sobre las acciones en las cuales se basa esta línea educativa, es decir un panorama de las características físicas, sociales y culturales de una comunidad, lo que permite descubrir las necesidades de la misma. Permitiendo de tal manera realizar acciones educativas con el elemento más valioso con el que cuenta el trabajador de la salud: el convencimiento por medio de la palabra hablada o escrita.

La actividad básica que médicos(as) y enfermeros(as) deben realizar para promover la salud es la educación.¹²

Las instituciones de seguridad social que tantos beneficios ha proporcionado a la comunidad, a llevado a cabo importantes campañas de prevención, sin embargo no ha conseguido que su personal se concientice de que su labor no puede ni debe limitarse a la curación de sus pacientes; sino que ha de abordar necesariamente aspectos preventivos de la medicina, y que comprenda además que su trabajo y colaboración depende en mucho de la salud colectiva.

Con lo anterior se observa que la salud pública y la Medicina preventiva no han alcanzado en los países en vías de desarrollo el nivel que se espera, debido a la importancia tan pobre que se le ha asignado y por lo consiguiente sin trascendencia para el ámbito de salud.

Sin embargo y pese a ello uno de los avances que tuvo la Salud Pública y la Medicina Preventiva es, donde se instituyó la **atención médica por niveles**. El 1º con acciones de medicina general, familiar y de Salud Pública, actuando para y con la población; el 2º de atención hospitalaria con servicios de urgencia, medicina interna, cirugía, pediatría y ginecobstetricia, para casos cuya resolución no es posible en el primer nivel; el 3º de hospitalización para la atención de casos de gran complejidad diagnóstica y de tratamiento. Este tipo de atención trae implícita la jerarquización, la regionalización de los servicios y la estrecha coordinación técnico-administrativa entre ellos.¹³

¹² Espinoza y de León. Op. Cit. 105

¹³ Álvarez, Rafael. Salud Pública y Medicina Preventiva México, 1991:344

NIVELES DE ATENCIÓN

Se consideran a la medicina preventiva 3 niveles de prevención:

- ❖ **Prevención primaria** ⇒ dirigida al individuo sano o aparentemente sano. Sus objetivos son; promoción de la salud y prevención de enfermedades; para conseguirlo se dispone de la educación para la salud y de la prevención específica.
- ❖ **Prevención secundaria** ⇒ tiene como objetivos especiales, evitar que las enfermedades progresen y limitar la invalidez; estos objetivos se alcanzan mediante el diagnóstico correcto y el tratamiento adecuado. En este nivel de prevención, las acciones se dirigen al enfermo como tal.
- ❖ **Prevención terciaria** ⇒ corresponde a la rehabilitación, tanto en lo físico como en lo social. La terapia física, ocupacional y la psicológica, tratan de conseguir que los individuos se adapten a su situación y puedan ser útiles así mismos y a la sociedad.

El personal de salud no puede influir básicamente en muchos de los factores de bienestar, pero si está dentro de sus atribuciones instruir y educar, no solamente para evitar las enfermedades sino para contribuir a que los individuos, las familias y la comunidad disfruten de una vida saludable, etc., *y aún más para que aquellos mismos participen activa y conscientemente para propiciar prácticas de Autocuidado en su nivel de vida.*

Otra de las estrategias que se aplicó y se sigue aplicando es la denominada Atención Primaria de Salud (APS), preconizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Alma Ata, Rusia en 1977, y que la considera como la estrategia básica para el cumplimiento de la meta señalada por la propia OMS "Salud para todos en el año 2000".¹⁴

Para lo cual la **Organización Mundial de la Salud**, en su constitución definió a la salud como:

"Estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de afecciones o enfermedades".

¹⁴ Álvarez. Op cit. 289

En el listado siguiente se señalan las principales características que conforman la estrategia de APS y en la cual se visualiza como punto principal la...

1. Promoción a la salud.
2. Incremento de las acciones preventivas.
3. Atención a los padecimientos más frecuentes y a los endémicos.
4. Suministro de alimentos y medicamentos.
5. Salud materno-infantil y planificación familiar.
6. Adiestramiento y capacitación del personal.
7. Trabajo en equipo y participación activa de la comunidad.
8. Tecnología adecuada y de bajo costo.
9. Ampliación de la cobertura e interpretación de servicios de salud.
10. Saneamiento ambiental básico.¹⁵

2.3 SITUACIÓN MUNDIAL DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN Y EL VIH/SIDA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) manifiesta una gran preocupación por el marcado aumento que se observa en el número de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y ha dado orientaciones sobre esta situación a las autoridades de salud para combatir estas infecciones, por constituir un escenario propicio para la aparición del VIH/SIDA.

El incremento observado en estas infecciones va aparejando diferentes factores que han contribuido a su ascenso, entre los que destacan, cambio en el comportamiento sexual y social debido a la urbanización, industrialización y facilidades de viajes, los cambios en la mentalidad referente a la virginidad, la tendencia actual a una mayor precocidad y promiscuidad sexual y a patrones de machismo que imperan en algunos países del mundo.¹⁶

La epidemiología mundial de las ITS puede ser dividida en dos: la que se presenta en los países industrializados y la que se presenta en países en vías de desarrollo. Esto lleva a considerar también, y de manera significativa, el papel de la infraestructura de los servicios de salud y su accesibilidad y el nivel socioeconómico de las poblaciones, como otro factor que determina la aparición de las ITS y el VIH/SIDA.

¹⁵ Ibidem. 292-995

¹⁶ OMS. La salud de los jóvenes. Un reto y esperanza. Washington, 1995:25.

Las tendencias de la Organización mundial de la Salud (OMS), estima que cada año aparecen cerca de 340 millones de nuevos casos de ITS en todo el mundo, sin incluir infecciones virales como: la causada por el virus del papiloma humano, hepatitis "B", herpes genital y otras.¹⁷

Es relevante señalar la incidencia de ITS, debido a que su prevalencia es mucho mayor en los grupos de mayor actividad sexual, es decir en los adultos jóvenes de 20 a 34 años de edad y los adolescentes. Las mujeres son más vulnerables a las ITS y el VIH/SIDA, tanto por las características anatómicas de su cuerpo, como por factores sociales que disminuyen el acceso a los servicios de salud y por ende se dificulta un diagnóstico y tratamiento oportuno.

Se sabe a ciencia cierta que un factor determinante de las ITS -VIH/SIDA, es el comportamiento sexual. Las personas con dos o más parejas sexuales o que mantienen relaciones sexuales con una persona que, a su vez, tiene varias parejas sexuales, tiene una probabilidad mucho mayor de adquirir una ITS y a su vez el terrible VIH. El inicio de la actividad sexual a una edad precoz está asociado a un mayor riesgo de adquirir una ITS. Este riesgo es particularmente elevado si no se utiliza el preservativo de látex.

Este tipo de factores de riesgo afectan el comportamiento epidemiológico de las ITS-VIH/SIDA, en el mundo. Sin embargo la importancia relativa de cada factor y de cada componente varía de lugar a lugar en función de los condicionantes sociales, culturales y económicos de una ciudad o país.¹⁸

Un hecho sobresaliente de las infecciones bacterianas, como el linfogranuloma venéreo, el chancro blando y el granuloma inguinal es que nunca fueron un problema importante en las poblaciones mayoritarias de los países industrializados. Sin embargo a partir de la década de los 60's en el Reino Unido y otros países europeos, y de 1970 a esta fecha en Norteamérica, se empezó a notar que las llamadas uretritis y cervicitis inespecíficas superaban en número a los casos atribuidos a gonorrea. Actualmente las infecciones bacterianas han disminuido en casos; paradójicamente se ha originado un aumento en el número de casos por infecciones virales de transmisión sexual, como, el herpes genital y la hepatitis B, el virus del papiloma humano y, especialmente el de la inmunodeficiencia humana (VIH).¹⁹

¹⁷ OPS/OMS. *Atención de las enfermedades transmitidas sexualmente (ETS)* Washington, 1995:4

¹⁸ Vilata, J. J. *Enfermedades de Transmisión Sexual* España, 1993:31.

¹⁹ Populations Reports. *Los jóvenes y el VIH/SIDA. ¿Podemos evitar una catástrofe?* Baltimore, 2001:2

Finalmente se puede apreciar que la tendencia epidemiológica de las ITS - VIH/SIDA, puede describirse como cambiante y con características peculiares, según se hable de países industrializados o de países en vías de desarrollo. Debido a que en los primeros, las ITS bacterianas curables (gonorrea, sífilis, chancro blando) se encuentran relativamente controladas y las virales están siendo atacadas con medidas educativas y preventivas que, si se implantaran medidas universales, podrían proteger de igual manera a países en vías de desarrollo donde de nivel socioeconómico es bajo, pero pese a ello; se podría reducir la incidencia de las ITS y del virus de la Inmunodeficiencia Adquirida (VIH).

En todo el mundo las ITS-VIH/SIDA, siguen constituyendo uno de los más graves problemas de Salud Pública.

La pandemia que ha originado la infección por VIH, exige que todos los países deben crear estrategias para abordar el problema de este singular virus. El sector salud, no puede por sí solo terminar con esta pandemia. Ahora es el momento de actuar. Para muchos hombres, mujeres, niños, niñas, adolescentes, ya es demasiado tarde. Sólo si se actúa decididamente ahora para controlar el VIH se asegurará que los jóvenes de hoy tengan futuro como adultos.

Se estima que ya han muerto víctimas del SIDA más de 22 millones de personas.²⁰ Peor aún, más de 40 millones de personas están viviendo con el VIH. De modo que el número de personas actualmente vivas que morirán a causa del SIDA es mayor que el de los que ya han muerto por esa causa; la crisis se ha convertido en toda una catástrofe.

Aunque no se reconoció a principio, ahora está claro que la epidemia de VIH/SIDA es peor entre la juventud -Los términos "juventud", "adolescentes" y "personas jóvenes" se definen de diversa s maneras. La OMS llama adolescentes a las personas de 10 a 19 años de edad y personas jóvenes a las comprendidas en el grupo más grande de edades de 10 a 24 años-.²¹ En un período de 20 años se han infectado con el VIH más de 60 millones de personas, la mitad de las cuales se infectaron entre los 15 y los 24 años de edad. Se estima que 11.8 millones de personas de 15 a 24 años de edad están viviendo actualmente con el VIH/SIDA. En algunos países africanos más de una mujer joven de cada 5 vive con el VIH/SIDA.²² (Ver Cuadro No.1)

²⁰ Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) and world health organization (WHO). AIDS epidemic update: Geneva. December, 2000:3

²¹ Population Reports. Op. Cit 3

²² Joint United Nations. Op. Cit. 4

Al propagarse la epidemia del SIDA, quedan expuestos al riesgo de infección por el VIH grupos de edades cada vez más jóvenes.^{23,24,25} Muchos hombres creen, quizá correctamente que las muchachas más jóvenes tienen menos probabilidades de haber sido infectadas por VIH, mientras creen erróneamente que el coito con una virgen puede curar el SIDA.

Estas tendencias de las preferencias sexuales se exponen de manifiesto en el hecho de que las jóvenes con VIH se infectan, en promedio, diez años antes que los hombres, y en consecuencia, muchas de ellas morirán de SIDA a edades más tempranas que estos. Como resultado de esta situación, la Oficina del Censo de los Estados Unidos proyecta que, hacia 2020 habrá más hombres que mujeres en edad reproductiva, desequilibrio que podría llevar a que los hombres busquen mujeres aún más jóvenes, aumentando así todavía más la infección por VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual entre las adolescentes.²⁶ (Ver Cuadro No.2)

Cuadro No.1 Número estimado de hombres y mujeres de 15 a 24 años de edad que vivían con el VIH/SIDA en Diciembre de 2001.

REGIÓN	Mujeres jóvenes	Hombres jóvenes	Personas jóvenes
África Subsahariana	5 700 000	2 800 000	8 600 000
África Oriental y el Pacífico	87 000	200 000	280 000
Asia Meridional y Sudoriental	930 000	590 000	1 500 000
América Latina	170 000	260 000	420 000
Región del Caribe	72 000	59 000	130 000
África del Norte y Cercano Oriente	110 000	41 000	150 000
Europa Oriental y Asia Central	85 000	340 000	420 000
América del Norte	47 000	100 000	150 000
Europa Occidental	33 000	55 000	89 000
Total	7 300 000	4 500 000	11 800 000

NOTA: Las cifras se ha redondeado.

Fuente: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), 2001. Population Reports.

²³ Rao, G. *The what, the why and the how*. Presented at the 13th International AIDS Conference, Durban, South Africa, 2000:10,11

²⁴ Stanecki, I. *Focus dialogue on HIV/AIDS and youth*. [Slide presentation] Presented at the focus Meeting on HIV, Washington, 2001:5-7

²⁵ United Nation Population Fund (UNFPA). *Partners for change; Enlisting men in HIV/AIDS prevention* New York, 2000:13

²⁶ Stanecki, K. *The AIDS pandemic in the 21st century; The demographic impact in developing countries* Presented at the 13th International Conference on AIDS, Durban, South Africa, Jul., 2000:7

Cuadro No.2 Prevalencia del VIH entre los jóvenes de 15 a 24 años de edad en todo el mundo a fines de 1999.

Prevalencia del VIH			Prevalencia del VIH		
Región y país	Mujeres	Hombres	Región y país	Mujeres	Hombres
África Subsahariana			América del Norte		
Angola	2,6-2,9	1,1-1,4	Estados Unidos	0,2-0,3	0,3-0,8
Benín	1,6-2,9	0,5-1,3	América Latina y el Caribe	2,4-0,3	0,7-1,0
Botswana	32,6-36,1	13,7-18,0	Argentina	2,4-2,9	3,2-4,6
Burkina Faso	4,1-7,5	1,3-3,3	Bahamas	0,8-0,9	1,0-1,4
Burundi	9,9-13,3	3,8-7,6	Barbados	0,8-0,1	1,8-2,6
Camerún	6,6-8,9	2,5-5,1	Brasil	0,2-0,3	0,6-0,8
Chad	2,6-3,5	1,5-2,3	Colombia	0,08-0,1	0,4-0,5
Congo, Rep. Dem.	4,3-5,8	1,7-3,3	Costa Rica	0,2-0,3	0,5-0,8
Congo, Rep.	5,5-7,4	2,1-4,2	Ecuador	0,06-0,09	0,3-0,5
Côte d'Ivoire	6,7-12,3	2,1-5,5	El Salvador	0,2-0,3	0,6-0,8
Djibouti	11,7-16,1	7,0-10,6	Guatemala	0,8-1,0	0,9-1,4
Etiopía	10,0-13,8	6,0-9,0	Guyana	2,0-2,6	3,1-4,6
Gabón	4,0-5,4	1,5-3,1	Haití	2,6-3,3	3,9-5,8
Gambia	1,5-2,8	0,5-1,3	Honduras	1,5-1,9	1,1-1,7
Ghana	2,4-4,4	0,8-2,0	Jamaica	0,36-0,44	0,5-0,7
Guinea	1,0-1,9	0,3-0,8	México	0,05-0,08	0,3-0,5
Guinea-Bissáu	1,7-3,2	0,6-1,4	Panamá	1,2-1,5	1,3-2,0
Guinea Ecuatorial	0,5-0,6	0,2-0,4	Perú	0,1-0,2	3,3-0,5
Kenia	11,0-15,0	4,3-8,5	Rep. Dominicana	2,4-3,1	2,1-3,1
Lesotho	23,9-28,9	8,0-16,1	Surinam	0,7-0,9	1,1-1,6
Liberia	1,5-2,8	0,5-1,2	Trinidad y Tobago	0,5-0,6	0,7-1,0
Malawi	14,5-16,0	6,1-8,0	Uruguay	0,2-0,3	0,3-0,5
Malí	1,7-2,4	1,0-1,6	Venezuela	0,1-0,2	0,5-0,8
Mauritania	0,5-0,7	0,3-0,5			

			Pacífico		
Mozambique	13,4-16,1	4,5-9,0	Cambodia	2,3-4,7	0,9-3,8
Namibia	18,8-20,8	7,9-10,4	India	0,4-0,8	0,1-0,6
Níger	1,3-1,7	0,8-1,1	Malasia	0,08-0,1	0,3-0,8
Nigeria	4,4-5,9	1,7-3,3	Myanmar	1,1-2,3	0,4-1,7
Rep. Centroafricana	12,0-16,2	4,6-9,2	Tailandia	1,5-3,1	0,5-1,9
Rwanda	9,0-12,2	3,5-7,0	Europa Occidental		
Senegal	1,1-2,1	0,4-1,0	España	0,2-0,3	0,2-0,7
Sierra Leona	2,1-3,8	0,7-1,7	Francia	0,2-0,3	0,2-0,5
Sudáfrica	22,5-31,2	7,6-15,1	Portugal	0,2-0,3	0,3-0,9
Swazilandia	25,9-31,2	8,7-17,4	Suiza	0,2-0,4	0,2-0,5
Tanzania	6,9-9,3	2,6-5,3	Europa Oriental y Asia central		
Togo	3,9-7,2	1,2-3,2	Bielorrusia	0,1-0,2	0,3-0,5
Uganda	6,7-9,0	2,6-5,1	Ucrania	0,6-1,0	1,0-1,6
		7,1-9,3			
		9,8-12,9			

NOTA: En el cuadro se presentan solo los países con al menos una prevalencia del 0.5%, tanto entre los hombres como en las mujeres. Las estimaciones sobre la prevalencia se expresan como una escala generada por la modelización regional de la ONUSIDA.

Fuente: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (ONUSIDA), 2000. Population Reports.

Otra de las razones que demandan un esfuerzo conjunto es debido a que la s ITS y el VIH/SIDA se propaga más rápidamente y a más grandes distancias en condiciones de pobreza, falta de poder y de información, o sea en las condiciones que viven muchas mujeres jóvenes y adolescentes.²⁷

Actualmente no existe ninguna estrategia contra el SIDA que pueda aplicarse en todas partes; ya que la forma de actuar dependerá en gran medida de las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales de cada país, así como de los esfuerzos en materia de prevención y promoción a la salud puest os en marcha no sólo por el sector salud sino por la población en general.

²⁷ Ainsworth, M. And Over, M. Concfronting AIDS; Public priorities in a global World bank y research report. Washington, 1997:7

2.4 SITUACIÓN NACIONAL DE LAS ITS Y EL VIH/SIDA

Debido al aumento en la esperanza de vida, a la elaboración de mejores diagnósticos y a la oportunidad y confiabilidad de los reportes, se ha registrado un incremento en los padecimientos crónico-degenerativos o de evolución prolongada como: cáncer, padecimientos cardiovasculares, trastornos mentales y de conducta, etc. A dicho incremento han contribuido también ciertas condiciones ambientales, económicas y sociales (aumento de la población, urbanización e industrialización, migración del campo a la ciudad, etc.), lo que ha generado un campo propicio para que surjan enfermedades infecciosas como son las llamadas Infecciones de Transmisión Sexual que antiguamente se les denominaban "enfermedades venéreas".²⁸

En México, al igual que el resto de los países, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se ha convertido en un problema de salud pública muy complejo, con múltiples repercusiones psicológicas, sociales, éticas, económicas y políticas que rebasan al ámbito de la salud.

A finales del año 2000, el ONUSIDA estimó que en todo el mundo existían 36.1 millones de personas con el VIH, de los cuales 34.7 millones eran adultos, 16.4 millones mujeres, y 1.4 millones menores de 15 años. El número acumulado de defunciones a causa del SIDA asciende a 21.8 millones, de las cuales 17.5 millones corresponden a adultos, 9 millones a mujeres y 4.3 millones a menores de 15 años.

Considerando el número total de casos de SIDA reportados, México ocupa el tercer lugar en el continente Americano, después de los Estados Unidos y Brasil; sin embargo, de acuerdo a la tasa de prevalencia en adultos de 15 a 49 años publicados por ONUSIDA, nuestro país se ubica en el décimo quinto sitio de América Latina y el lugar 94 a nivel mundial, con una cifra relativamente baja (0.29%), sobre todo si se le compara con los países cercanos, los cuales registran cifras más elevadas, como Belice (2.01%), Guatemala (1.38%), Honduras (1.92%) y los Estados Unidos (0.61%).

El primer caso de SIDA en México fue diagnosticado en 1983. Con un crecimiento inicial lento, la epidemia registró un crecimiento exponencial en la segunda mitad de los años ochenta; al inicio de la década de los noventa este crecimiento se amortiguó, mostrando una importante desaceleración a partir de 1994.

²⁸ La democratización de la salud en México en: Plan Nacional de Salud 2001-2006. México, 2001:26.

De acuerdo a la tipología propuesta por el ONUSIDA, México tiene una epidemia concentrada, la cual se caracteriza por una prevalencia de VIH superior a 5% en por lo menos un subgrupo de la población, y que la prevalencia en la población en general sea inferior 1%. En nuestro país la prevalencia en Homosexuales es de 15%, en los usuarios de drogas inyectables de 6% y en mujeres embarazadas -como criterio de población general- de 0.09%.

Desde el inicio de la epidemia, hasta el 31 de diciembre del año 2000, en México se ha registrado de manera acumulada 47, 617 casos de SIDA. El IMSS y la Secretaría de Salud han notificado 80% de estos casos. Sin embargo, debido al subregistro y retraso en la notificación, se estima que pueden existir alrededor de 64 mil casos, así como entre 116 y 177 mil personas infectadas por el VIH.

La relación de los casos de SIDA entre hombres y mujeres es de 6 a 1, en tanto que las personas de 25 a 34 años de edad constituyen el grupo más afectado con 41.6 % de los casos registrados en adultos.

Existe evidencia de que el manejo adecuado de las ITS, disminuye en un 50% la transmisión sexual del VIH. Por tal motivo, todas las ITS se incluyeron desde 1997, para integrar lo que hoy se conoce como el programa de Acción para la Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS.

La OMS estimó que en México ocurren anualmente siete millones de casos nuevos de ITS curables entre las que destacan: Tricomoniasis, Clamidia, Gonorrea y Sífilis.

La epidemia del SIDA en México es predominantemente sexual, ya que este tipo de transmisión ha sido la causante de casi 90% de los casos acumulados del SIDA. La epidemia se concentra fundamentalmente en el grupo de Homosexuales, con poco más de 50% del total de casos acumulados; pero con una tendencia ascendente, en los últimos años, en los casos de tipo heterosexual.

Uno de los riesgos que supone las relaciones sexuales, sin protección, para las y los jóvenes queda de manifiesto en las tasas elevadas de ITS y embarazos no planeados. La iniciación temprana de sus relaciones sexuales representa un factor de riesgo adicional, ya que la tasa de cambio de pareja sexual es más elevada entre los jóvenes de 15 a 24 años de edad.²⁹

²⁹ SSA-CENSIDA. Programa de Acción para la Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS. 2002006:7-10

El riesgo de transmisión perinatal del VIH/SIDA en países en desarrollo varía de 15-30%; en países desarrollados se ha disminuido a menos de 2% mediante el uso antirretrovirales y otras medidas.

En México, la transmisión perinatal constituye la principal causa de infección por VIH/SIDA en menores de 15 años, 68.7% de los casos de SIDA acumulados, y 93.3% de los casos de diagnosticados en el 2000.

Frente a la aparición del SIDA ha surgido reacciones sociales, producto del miedo al contagio, así como la desaprobación de estilos de vida no aceptados socialmente que se atribuyen a las personas afectadas. Esta situación ha ocasionado que se realicen actos de discriminación, como la negación de servicios médicos, despidos injustificados y estigmatización de grupos específicos, pero sobre todo en el ámbito femenino.

El estigma y la discriminación han provocado que el problema sea más complejo de resolver, ya que no solamente afecta a los individuos sino también a las comunidades, favoreciendo que las personas con mayor riesgo se alejen de los servicios de prevención y atención.

2.5 IMPORTANCIA DE LAS ITS Y EL VIH/SIDA, Y SU REPERCUSIÓN EN LA POBLACIÓN FEMENINA

Diversos fenómenos sociales han favorecido que se incremente la frecuencia de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), de las cuales, dos de ellas han significado mayormente por su importancia. En primer lugar la liberación de la conducta sexual de las sociedades (promiscuidad sexual, inicio precoz de la actividad sexual, etc.); y en segundo término el incremento a nivel mundial de la drogadicción, actividad asociada con gran fuerza a la promiscuidad sexual, como ya se mencionó.

Otras condiciones como los movimientos migratorios, el incremento de centros turísticos con atractivo principal en la actividad sexual, y la aparición de nuevos patógenos para el hombre han condicionado que se viva en la actualidad una pandemia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

La expresión infecciones de transmisión sexual, comprende todas las enfermedades infecciosas en que la transmisión sexual tiene una importancia epidemiológica. Actualmente, al menos 25 microorganismos y 50 síndromes se les reconoce el carácter de ser de transmisión sexual. (Ver Cuadro No. 4)

Entre estos síndromes se incluyen, además de los clásicos, como uretritis, vaginitis, cervicitis, úlceras y verrugas genitales, otros nuevos como enfermedad pélvica inflamatoria, infertilidad, embarazo ectópico, aborto, neumonía del niño, mortalidad infantil, retraso psicomotor, el SIDA, neoplasias, entre otras.³⁰

Cuadro No.4 Clasificación de los microorganismos productores de Infecciones de Transmisión Sexual

BACTERIAS	<ul style="list-style-type: none"> ⊖ Neisseria gonorrhoeae ⊖ Chlamydia trachomatis ⊖ Treponema pallidum ⊖ Haemophilus ducreyi ⊖ Micoplasma hominis ⊖ Ureaplasma Urealyticum ⊖ Calymmatobacterium granulomatis ⊖ Shigella sp ⊖ Campylobacter sp ⊖ Stretococcus grupoB ⊖ Gardnerella vaginalis ⊖ Mobiluncus sp
VIRUS	<ul style="list-style-type: none"> ⊖ Virus herpes (alfa) tipos 1 y 2 (virus del herpes simple) ⊖ Virus herpes (beta) tipo 5 (citomegalovirus) ⊖ Virus de la Hepatitis B ⊖ Papiiloma virus humano (VPH) ⊖ Virus del molluscum contagioso ⊖ Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)
PROTOZOOS	<ul style="list-style-type: none"> ⊖ Entamoeba histolytica ⊖ Giardia lamblia ⊖ Tricomonas vaginalis
HONGOS	<ul style="list-style-type: none"> ⊖ Candida albicans
ECTOPARÁSITOS	<ul style="list-style-type: none"> ⊖ Phthirus pubis ⊖ Sarcoptes scabiei

Hoy en día el espectro de las ITS se ha incrementado en los últimos años, debido a la identificación de nuevos microorganismos y la aparición de infecciones virales, tal es el caso del virus del Herpes Simple tipo II (VHS II).

³⁰ García, A., Perea, E.J. Enfermedades de Transmisión Sexual Sevilla, 1980:19

La reciente aparición del SIDA, la ITS más grave, ha supuesto cambios en el comportamiento y los hábitos sexuales de algunos grupos, especialmente el de los homosexuales; lo que refleja que en algunos países exista una disminución de ciertas ITS, como la Sífilis, hepatitis B y la gonorrea.³¹

La prevención de las ITS-VIH/SIDA y los embarazos no planeados constituyen una parte fundamental de la salud sexual, por lo que la información clara y precisa de cómo evitar estos riesgos debe ser accesible a toda la población.

Las campañas de salud se han dirigido en general a la educación y a las poblaciones de alto riesgo (homosexuales, promiscuos, prostíbulos drogadictos, bisexuales, etc.). Pero ¿qué pasa con las mujeres como población vulnerable?, si bien su riesgo radica por los siguientes factores de riesgo entre los que destacan: la ignorancia, el silencio, el miedo y la intolerancia, de esta última proviene la discriminación.³²

La ignorancia, el silencio y el miedo se pueden observar como factores de alto riesgo que llevan a un segundo plano como lo es la intolerancia, que a su vez provoca la discriminación. Por ende esto ocasiona el ocultamiento de la infección, el resentimiento del portador quien aumentará la difusión de la pandemia.³³

La ignorancia acerca de los síntomas de estas enfermedades y de sus medios de transmisión, también ponen a la persona en mayor riesgo de contagio. Actualmente se ha luchado por que este obstáculo desaparezca, sin embargo la realidad es que sigue existiendo. La información que se da, aunque es mucho más abundante que antes, no es suficiente, o por lo menos no tiene el efecto deseado, ya que la gente sigue teniendo conductas de riesgo.

En México, Centroamérica y el Caribe, existen factores culturales, sociales y económicos interrelacionados que les impiden a muchas mujeres adoptar las alternativas de protección en el ámbito de la salud reproductiva. La pobreza, la falta de información, las enseñanzas de la religión, y por sobre todo el machismo, hacen que la mujer carezca de autoestima y crean en ella, además de las aptitudes fatalistas que le impiden adoptar uno o más métodos para protegerse del VIH y otras ITS.

³¹ Vilata. Op Cit. 20

³² Álvarez, Rafael. *Salud Pública y Medicina Preventiva México*, 1991: 312.

³³ *Guía para el manejo de la Mujer embarazada con Infección por VIH* 3a ed. México, 2000:98,99

La prevención y atención de la mujer con alguna Infección de Transmisión Sexual y el VIH/SIDA, requiere atención especial. El número de nuevas infecciones en las mujeres está aumentando más rápidamente que en el hombre, por la relación de factores entre sí, como son: los biológicos, socioeconómicos y culturales. La atención de la mujer que tiene ITS- VIH/SIDA presenta ciertas complejidades por aspectos propiamente biológicos como la menstruación, embarazo, trabajo de parto, manifestaciones clínicas, limitaciones sociales, circunstancias económicas, factores culturales y en la calidad de la atención de la salud para la mujer; además de una falta considerable de acceso a los servicios de salud y medicamentos, en especial la terapia antirretrovírica.

Existen varias razones que explican por qué la mujer es más vulnerable que el hombre para contraer las ITS y más aún el VIH/SIDA. (Cuadro No.5)

La posición social desigual de la mujer la coloca en desventaja no sólo para llegar a un acuerdo con su pareja respecto a su sexualidad, sino también cuando se trata de recibir atención de los servicios de salud, de educación, de trabajo, de percepción económica entre otras.

La desigualdad de la mujer es particularmente acentuada en contextos donde prevalece la pobreza. Sin embargo, en todos los países y en cualquier estrato social, las mujeres tienen menor control sobre las actividades productivas y trabajan un número de horas mayor que los hombres (UNDIESA, 1991), además, enfrentan una discriminación global y sistemática que incluye los cuidados familiares, la educación, el acceso a los alimentos y a los servicios de salud. (OMS, 1992).

Cuadro No.5 ¿Qué hace a la mujer vulnerable frente a las ITS?

La transmisión sexual del virus es varias veces más frecuente del hombre a la mujer que de la mujer al hombre.

Las mujeres padecen más infecciones asintomáticas de transmisión sexual (clamidiasis, gonorrea) que el hombre.

Las mujeres jóvenes y las niñas son culturalmente más vulnerables de contraer la infección por el VIH.

Debido a que la mujer depende del hombre económica, social y emocionalmente, es difícil que pueda rechazar una relación sexual de riesgo o convencer a su pareja de tener relaciones sexuales de menor riesgo.

Pautas culturales que alientan al hombre a tener muchas compañeras sexuales son comunes, con el resultado de que más mujeres (sobre todo monógamas) estén en riesgo de infección.

Expectativas culturales de sumisión de la mujer y dominación masculina en las relaciones sexuales.

Falta de comunicación entre el hombre y la mujer en torno a los temas de la salud sexual y reproductiva.

Falta de un método de prevención controlado por la mujer, fácil de conseguir y a precios razonables.

Una desventaja actual es la ausencia de vacunas efectivas contra las ITS, incluyendo el SIDA, la forma más efectiva para evitar el riesgo de infecciones es la prevención mediante el uso del condón. Ya que en definitiva su uso correcto y constante de éste puede proteger entre un 90 a 95% la transmisión de las ITS incluyendo del SIDA.³⁴

La ignorancia acerca de los síntomas de estas enfermedades y de sus medios de transmisión, colocan a la persona en mayor riesgo de contagio. Por tal motivo hoy en día se sigue luchando por que este obstáculo desaparezca, sin embargo la realidad es otra pues desafortunadamente sigue existiendo la presencia de casos en mujeres que portan alguna de las ITS-VIH/SIDA.

³⁴ Programa de Acción para la Prevención y Control del VIH/SIDA e ITSSSA. México, 2001:5

Pobreza

No es de asombrarse que la epidemia del SIDA este íntimamente ligada con la pobreza. *En todos los países, los pobres y los menos favorecidos sufren con mayor intensidad muchos de los problemas de salud que se pueden prevenir o evitar.* Y en todos los países, las mujeres constituyen el sector más pobre y desaventajado de la sociedad. Como se puede apreciar en el cuadro 1, el ingreso salarial del varón es de 2 a 6 veces mayor que el de la mujer, una situación que le impide a ella ganar autonomía al tiempo que refuerza su dependencia de aquél.

Con respecto a lo antes descrito se afirma que en cada país o en cada nación, la pobreza reduce la disponibilidad de los servicios de salud, sobre todo aquellos donde se ofrece tratamiento para las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), y limitando de esta manera, *el acceso a los preservativos así como la difusión de información sobre el VIH.* A nivel individual la dependencia económica de la mujer hacia el hombre con frecuencia obliga a ésta a someterse a situaciones sexuales que la ponen en peligro de contraer el VIH.

Falta de acceso a la información

La ignorancia, sea que provenga del analfabetismo o de la falta de educación y/o información, es perjudicial para la buena salud.

Si bien esta condición (el analfabetismo) impide a las personas afectadas reciban la información que se distribuye por medio de volantes, en vallas y en los periódicos. Aún en el caso de aquellas mujeres que pueden leer la información sobre la existencia de las ITS Y VIH/SIDA y sus modos de transmisión y prevención no es accesible si viven en áreas donde ni el gobierno ni las organizaciones NO gubernamentales (ONG) consideran que este tipo de información sea prioritario.

El machismo

El machismo es el medio que utilizan los hombres para estructurar las relaciones de poder a través de mecanismos con los cuales ellos, como individuos, pueden probar en forma constante su masculinidad y virilidad. La dominación de la mujer, bien sea como esposa o como conquista sexual. Es uno de los principales medios para demostrar la virilidad masculina.

En la cultura del machismo, la vida sexual del hombre ha sido y es libre, mientras que la de la mujer, se ve sometido al criterio de la sociedad que le dice -cuándo tiene relaciones sexuales y en qué forma las tiene - es decir, está sometida a los dictámenes de su marido o pareja. *El machismo como tal niega a la mujer la posibilidad de negociar el uso del condón con su pareja, o de insistir en que él le sea fiel o use preservativo en sus actividades extramaritales.*

El poder de determinar la vida sexual de las mujeres es solamente uno de los aspectos más íntimos en que se manifiesta el dominio económico, social y político del varón sobre la mujer.

La violencia doméstica contra la mujer, entre otros factores; es una consecuencia lógica del machismo. Esta socava la confianza que la mujer pueda tener en sí misma, así como su vitalidad física y emocional. Los golpes no son el único motivo de alarma; también lo son las formas tan sofisticadas en que la cultura misma apunta a y valida el maltrato hacia la mujer.

El alcohol y las drogas

Aunque el alcohol no constituye un riesgo directo, si es cierto que desinhibe y crea un ambiente donde la persona puede exponerse aún más a adquirir la infección cualquiera que esta sea. El consumo del alcohol hace que el individuo pierda las inhibiciones que siente en su ausencia y por lo tanto es posible que se aventure en el campo sexual sin tomar las precauciones necesarias. Aún sabiendo que el preservativo previene la infección por VIH, su actitud alcoholizada durante las relaciones sexuales los exponen al peligro contundente de infectarse con el virus.

"La violencia originada en el género, es decir, aquella violencia ejercida específicamente en contra de las mujeres, es uno de los mayores obstáculos para que éstas puedan vivir como seres integralmente saludables. Es además el reflejo de una sociedad que considera la violencia como un fenómeno natural, en donde el fuerte pueda y tiene que dominar el débil"

Migración

Mucha gente se traslada del campo a la ciudad tras la esperanza de una vida mejor. Algunas mujeres que abandonaron sus pueblos llegan a buscar trabajo a los centros urbanos con poca o ninguna educación formal y allí se encuentran sin el apoyo de su familia o comunidad. En tales circunstancias es frecuente que estas mujeres vean a la prostitución como su única alternativa de sobrevivir económicamente.

Sea cual sea la causa de la migración, las separaciones prolongadas de la familia -pueden causar la destrucción del orden familiar y contribuir a un incremento en la prostitución y en la incidencia de las ETS. Todos los viajeros que se infectan con el VIH u otra ETS ponen a su pareja en peligro cuando regresan a sus hogares.³⁵

Autoestima

Habría que definir primero lo que es autoestima, término muy utilizado pero vagamente definido. Branden [1998] define la autoestima como el sentimiento de ser apto para la vida y sus exigencias. Es la disposición a sentirse competente para enfrentar las vicisitudes de la vida y la confianza que se tiene en poder hacerlo, así como estar convencido que se merece ser feliz.

Para Branden, la autoestima tiene 2 componentes esenciales:

- *El sentimiento de autoeficacia y
- *El autorespeto.

La autoeficacia es la confianza en las propias habilidades para juzgar, decidir y escoger, y para comprender la realidad. El autorespeto es la seguridad que se tiene del propio valor, y la actitud positiva y afirmativa hacia el derecho a la vida y a la felicidad. Si alguno de estos 2 componentes es deficiente, la autoestima se verá afectada.

En cuestiones de sexualidad, como en la vida en general, la autoestima, la confianza y la capacidad de expresar abiertamente lo que se piensa y desea son factores indispensables para poder tomar decisiones responsables y congruentes con lo que se cree.³⁶

Si bien las relaciones sexuales pueden ser lo más personales e íntimo de nuestras vidas, también es cierto que en ellas se reflejan fundamentales de nuestra sociedad. Además las circunstancias sociales y económicas, las nociones comunes que se tienen sobre la naturaleza pasiva de la sexualidad femenina y los valores que se le asignan a la maternidad, operan en muchas sociedades para debilitar el control que la mujer pueda ejercer sobre su cuerpo, y en el caso del VIH/SIDA, sobre su destino. Muchos de estos factores conducen a que la mujer tenga "poca autoestima" y por lo tanto se considere a sí misma como de menor valor que su pareja masculina y crea que

³⁵ El Peligro Oculto: La Mujer y el SIDA. En: Asociación Guatemalteca para la Prevención y Control del SIDA Ed. Llerena S.A. Los Angeles, 1997. 22.

³⁶ Hiriart. Op. Cit. 105,117.

su salud es menos importante que la de su compañero. Esto limita su voluntad y capacidad de protegerse en aquellas situaciones en que es más vulnerable al VIH/SIDA.

Obtener información sobre el SIDA es el primer paso crucial hacia la prevención; sin embargo, el cambio de comportamiento es el paso definitivo. Muchas mujeres que están conscientes del riesgo que corren al respecto no tienen la posibilidad de usar la información a su favor. Aún las más preparadas, las que tienen conocimientos amplios y son muy abiertas en asuntos relacionados con el sexo, puede verse cuestionado su carácter.

La morbilidad y el impacto de las ITS se ha modificado en los últimos años por varios factores. Podemos afirmar, que el principal de ellos es, sin duda, la epidemia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Hoy en día sabemos que las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), en general y las úlceras genitales, en particular facilitan a transmisión de Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) el agente causal del SIDA.

Han ocurrido cambios importantes en a epidemiología de las ITS en Estados Unidos en la última década; observándose una mayor incidencia y prevalencia en poblaciones urbanas marginadas, en donde existe una tasa elevada de drogadicción y prostitución. En países en desarrollo se carece de información precisa, pero se puede afirmar, que las ITS son más frecuentes en África o Latinoamérica.

Los principales retos en el terreno de las ITS como problema de Salud Pública son:

1. El hacer accesible servicios clínicos eficaces.
2. E tener los fármacos apropiados para el manejo y poder lograr que los pacientes completen sus tratamientos y el de sus contactos sexuales.
3. El estimular a las personas para que no adquirieron una ITS. ³⁷

Los datos disponibles sobre la epidemiología de las ITS en México son variables, puesto que no todas ellas son de notificación obligatoria. Por otro lado, la notificación esta sujeta al sub-registro y a la sub-notificación. En otros casos, se cuenta con información de estudios transversales de prevalencia realizadas en grupos específicos.³⁸

³⁷ CONAPO, Antología de la Sexualidad III, México, 1994, 3:424, 425

³⁸ García, M. L., et als. Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA México, INDRF, 2000:15-19

En los últimos años, se han observado cambios y tendencias en las ITS que deben conocerse a fin de entender su importancia. El 1º de estos cambios, ha sido una considerable reducción de la incidencia de las enfermedades clásicas de transmisión sexual como son: la gonorrea, a sífilis y el chancroide, en la mayoría de los países industrializados; excepto los Estados Unidos de Norteamérica.³⁹

Se atribuye esta disminución a la aplicación de medidas eficaces de Salud Pública y a cambios en el comportamiento sexual, a consecuencia de acciones educativas. Sin embargo, ha continuado una epidemia de estos mismos padecimientos en África, Latinoamérica y el Caribe. Finalmente en Estados Unidos ha resurgido la sífilis, el chancroide y la gonorrea, en particular entre los sectores populares y en las poblaciones marginadas⁴⁰; estos cambios se asocian con la epidemia de uso de cocaína tipo crack⁴¹. Además existe una preocupación creciente en dicho país por el resurgimiento de ITS en hombres homosexuales en quienes ya había ocurrido una disminución importante en su comportamiento sexual debidos a la epidemia de VIH/SIDA. La importancia de estas tendencias en las ITS, pero en particular en las ulcerativas, ya que esta en su capacidad de aumentar la transmisibilidad de VIH hasta 10 veces⁴²

Al hablar de ITS el término "factor de riesgo" es muy utilizado. En realidad el principal "factor de riesgo" para adquirir una ITS es exponerse a ella. Por eso, la gran mayoría de los "factores de riesgo" tradicionales para las ITS son en realidad indicadores indirectos de la probabilidad de adquirir la infección una vez expuesto o bien, de desarrollar la enfermedad una vez infectado. Una variable directa de riesgo de adquirir éstas, es el comportamiento sexual de la persona, ya que se relaciona con la probabilidad de exposición y transmisión de las mismas. A estos individuos se les ha llamado miembros de un grupo nuclear (core group members); este concepto resalta el hecho de que el agrupamiento geográfico de las ITS se correlaciona también con la distribución de otras variables como pobreza y marginación, y de otros comportamientos de riesgo.⁴³

Otra variable importante en la transmisión de las ITS es la utilización de los servicios de salud. Si una persona acude pronto a una clínica para el diagnóstico y tratamiento, si se apega a un tratamiento y refiere a sus parejas sexuales para el manejo apropiado, la cadena de transmisión se detiene. Si además se logra que el uso de

³⁹ Centers for disease control and prevention CDC. Surveillance summaries. Special focus: surveillance for sexually transmitted diseases. MMWR, 1993:3

⁴⁰ Zenilman, J.M. Epidemiology and control of sexually transmitted diseases. *Current opinion in infectology disease* 1992:46

⁴¹ Marx, R. et cols. Crack, sex and STD. *Sexually transmitted diseases* 1991:92

⁴² Aral, S.O. Holmes K.K. Sexually transmitted diseases in the AIDS era. *Scientific America.* 1992:63

⁴³ Brunham, R.C. The concept of core and its relevance to the epidemiology and control of sexually transmitted diseases. *Sexually transmitted diseases.* 1991:45

condones aumente en una sociedad, también se disminuye notoriamente la incidencia de ITS. Por otro lado, si una persona no acude a los servicios de salud y su ITS, no es diagnosticada o tratada apropiadamente, la transmisión continuará y ocurrirá un efecto multiplicador; además puede conducir a otros problemas, como la aparición de cepas resistentes.⁴⁴

Si bien es cierto el principal riesgo al ver al paciente es no reconocer que su comportamiento sexual lo pone en riesgo ante una posible ITS, es por ello que un punto fundamental es incluir en la entrevista y/o historia clínica preguntas específicas sobre conducta sexual y en particular sobre **prácticas sexuales**, número de parejas, uso de anticonceptivos y ITS previas entre otras, de una manera abierta y sin prejuicios.

Todo paciente a quien se le ha diagnosticado una ITS, debe recibir la información y el asesoramiento necesarios a fin de disminuir la posibilidad de adquirir nuevamente una ITS.⁴⁵ Lamentablemente esta información no se da de una manera adecuada o si se da, el paciente no la asimila y con mucha frecuencia las personas que ya han tenido una ITS adquieren otra. De hecho uno de los principales riesgos para adquirirla es el ya haber padecido alguna ITS.⁴⁶

Muchos factores intervienen en la que podría considerarse una verdadera pandemia de infecciones que se transmiten por vía sexual; entre ellos pueden estar la composición de la población, los patrones de comportamiento, la susceptibilidad individual, las propiedades cambiantes de los agentes y su compleja interacción y los esfuerzos sociales hacia la prevención primaria y control de las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/SIDA.

Como ya se dijo la urbanización, la industrialización, las migraciones, la incorporación de la mujer al campo laboral y las comunicaciones, han determinado cambios importantes en los estilos de vida con adopción de nuevas actitudes y comportamientos frente a la sexualidad. La problemática es hoy tan generalizada que cualquier persona sexualmente activa se enfrenta a un posible riesgo de infección, tanto mayor cuanto más numerosas sean sus parejas sexuales.

La actitud frente al **autocuidado** de la salud puede reducir el riesgo de adquirir una ITS-VIH/SIDA, o prevenir sus complicaciones. El uso de l condón, el diagnóstico oportuno, el tratamiento precoz y completo y la canalización de los contactos, constituyen factores protectores, que si son llevados a cabo por los individuos de una

⁴⁴ Holmes, K.K. y cols. Sexually transmitted diseases 2^o ed. New York, 1990: 76

⁴⁵ Zenilman, J.M. y cols. Effect of HIV post test counseling on STD incidence JAMA, 1992: 255

⁴⁶ Roter, D.L. et cols. Clinics: An observational study. Am J. Pub. Health, 1990: 427

manera responsable, son generadores(as) de promover el autocuidado o con una autoconciencia de lo que representa su cuerpo y su sexualidad.

2.6 LA CONDICIÓN DE LA MUJER FRENTE A LAS ITS -VIH/SIDA

En todas las épocas el papel de la mujer en la sociedad ha sido vital, esto es determinante en el progreso de los pueblos, sobre todo en el que vivimos y en el que la participación social se ha ido incrementando de tal manera que todo lo relacionado con su salud repercute en el medio familiar y en el entorno social.

La mujer desde épocas ancestrales ha tenido una carga de sometimiento muy marcada en la que poco a poco se ha ido trabajando con la finalidad de buscar independencia en toda la extensión de la palabra, con ello nos referimos no a un libertinaje como se podría malinterpretar, sino a una necesidad de compartir los mismos derechos y tener las mismas obligaciones que los hombres tanto políticas, como sociales y en materia de salud que es el tópico que nos interesa y por el cual se elabora esta obra.

En primer plano se menciona de manera general como ha ido evolucionando la perspectiva de la mujer desde la época prehispánica hasta nuestros días y de cómo la devoción religiosa tiene un gran impacto en cuanto al tema de la sexualidad en toda la extensión de la palabra.

Los estudios sobre la mujer mexicana y su condición social, han señalado diversas conclusiones acerca de su estatus, de las cuales sobresalen 2: la exaltación a las raíces indígenas, que si bien reconocen un lugar secundario de la mujer, idealizan los principios que rigieron su vida, tales como la castidad, la rectitud y la obediencia.⁴⁷

La mujer en la época prehispánica en términos de salud, se consideraba como un ser de naturaleza desequilibrada, y por lo tanto vulnerable, y generadora de fuerzas nocivas. Por ejemplo, la mujer menstruante o que recién había parido, era apartada del resto de la sociedad por considerársele transmisora de enfermedades y generadora de todo tipo de desgracias.

⁴⁷ Programa Nacional "Mujer, Salud y Desarrollo". México, 1992:9

La creencia de que las mujeres están sucias y son intocables durante la menstruación viene de la tradición judeocristiana, conforme al siguiente texto del PENTATEUCO:

"La mujer que tiene flujo de sangre en su cuerpo, permanecerá en su impureza por espacio de 7 días. Y quien la toque será impuro hasta la tarde. Y todo lo que ella toque será impuro. Si uno se acuesta con ella, se contamina de la impureza de sus reglas y queda impuro 7 días. Una vez que ella sane de su flujo, contará 7 días, quedando después pura. Al octavo día hará los rituales correspondientes como sacrificio por el pecado y la impureza de su flujo. Esto sin duda alguna se basa en la improbabilidad de la concepción durante esos días. Por tanto, el hombre no debería desperdiciar su semen a menos que quisiera recibir la vergüenza y la justicia inexorable, siempre vigilante, de Dios, pero no intentar el aumento de fuerza para su tribu con el incremento de la población."

Los cambios en las actitudes hacia el sexo y el matrimonio ocurridos en el transcurso de la historia, reflejan necesidades de modificación, pero a menudo éstas quedan insatisfechas, y sólo se justifica la actividad sexual en la procreación.

Durante la época victoriana, en la cual las mujeres "decentes" no se atrevían a esperar placer del acto sexual, y sólo lo toleraban por "obligación" a sus esposos.

La mayor amenaza a la salud psicosexual se encuentra en ciertas religiones rígidas instigadoras de culpa. Los dirigentes de tales religiones han tenido notable éxito en el entrenamiento de sus seguidores en la creencia de que el sexo es sucio y bestial, considerándolo sólo como un mal necesario enfatizando la palabra "mal".

Desde tiempo atrás a la mujer se le ha considerado un ser sumiso que al parecer no tiene derecho a pensar, a decidir, a sentir, etc. En la época anterior a la ciencia prevaleció la creencia de que las mujeres eran hombres imperfectos. El esperma era considerado como un conjunto de hombres en miniatura, las mujeres sólo proporcionaban el "terreno" en el cual los hombres microscópicos se desarrollarían hasta alcanzar la madurez. Los espermatozoides se consideraban deformados, por lo cual, se transformaban en mujeres. Por ello, se formó el concepto de que la mujer era inferior al hombre. De todo esto se sugiere una pregunta muy interesante y poco atractiva para el sexo "fuerte" ¿porqué no era considerada la menstruación como un fluido necesario y sumamente importante para la concepción?, definitivamente quizá por que en ese tiempo existía un sistema Patriarcal en donde el hombre tomaba las decisiones "acertadas" para su tribu o comunidad.

En la época de la colonia, a finales del siglo XVIII se fue modificando el concepto de la inferioridad femenina y cada vez existió un mayor respeto a las mujeres. Sin embargo, todavía se les consideraba incapaces de encabezar una renovación moral y aquellas con poca educación eran consideradas generadoras de males sociales. Si bien la mujer de esa época tenía la responsabilidad del hogar, en un plano doméstico y económico, al hombre correspondía el dominio general en este.⁴⁸

Durante la segunda mitad del siglo XIX la subordinación de la mujer se reduce e incluso se censura el maltrato en mujeres y algunos están menos dispuestos a tolerarlo. La participación de la mujer en materia de salud permite además de su participación empírica, el reconocimiento oficial.

Se puede decir que tanto en el ámbito nacional como en el internacional, el siglo XX es el siglo de la mujer: los logros jurídicos, sociales, políticos y económicos brindan un nuevo panorama en su integración al desarrollo del país y por ende a su propia superación. El poder de la mujer en este siglo es visto; sin embargo, aunque legalmente goza de los mismos derechos y garantías que el varón, persisten aún diferencias que impiden su incorporación total y definitiva en la sociedad.⁴⁹

Hasta aquí se hizo un recorrido sobre los antecedentes de cómo se percibía y se percibe a la mujer, sin embargo existe una pregunta que asalta mi mente ¿Porqué si se ha logrado tanto al paso del tiempo aún no se ha podido encontrar el autorrespeto por nosotras mismas?, es una pregunta un tanto compleja y esta enfocada básicamente al ámbito sexual y psicológico sin dejar atrás el biológico, es decir, porque si tenemos derechos y obligaciones al "igual que los hombres", aún no hemos hecho nada por la propia Salud Sexual y Reproductiva.

Es en esta época donde la educación femenina tiene avances en cuanto al nivel de formación profesional, económica, política, etc.; sin embargo aún queda lejos la posibilidad de tener mayor facilidad y acceso a información sobre nuestro cuerpo y nuestra sexualidad.

Al respecto se dice que el interés por la salud de la mujer es relativamente reciente. A nivel internacional es importante destacar el reconocimiento de las Naciones Unidas del inicio de la década de la mujer a partir del año 1976, y a la iniciativa para una Maternidad sin riesgos, que fue lanzada en 1987 por Starrs.

⁴⁸Programa Nacional Op cit. 14

⁴⁹ Ibidem. 21

Sólo, muy recientemente, el concepto se ha ampliado aún más para abarcar a todos aquellos aspectos relacionados con la "Salud de la mujer" (Koblinsky, Campbell y Harlow, 1993). Bajo este título se incluyen todos los procesos relacionados con la reproducción, en sentido amplio, pero se agregan también los problemas propios de la mujer en etapas del ciclo vital previas y posteriores a la edad reproductiva, y a los asociados con el contexto social, el trabajo y el envejecimiento. Así, el concepto integral de la mujer rebasa al de salud reproductiva para extenderse a los problemas durante todas las etapas en su vida.

La atención integral de la salud de la mujer, además de ser un objetivo humanitario en sí mismo, se reconoce como una inversión para el crecimiento económico de la familia y la sociedad, y para la salud y bienestar de los niños, (Banco Mundial, 1993). La salud de la mujer es una síntesis de la biología de su sexo y del lugar que la sociedad le asigna en un determinado contexto histórico y cultural. Ambos son determinantes que se integran en el concepto de género, que no sólo se refiere al sexo biológico como erróneamente se cree, sino también a la amplia gama de conductas, expectativas y sobre todo roles atribuidos a hombres y mujeres por las estructuras sociales (Rathgeber y Vlassof, 1992).

El papel de la mujer en México tiene una importancia básicamente social, como promotora de la cohesión social. La sociedad mexicana tiene como base la familia, y es precisamente la mujer la que promueve su funcionamiento en todos los sentidos. Económicamente hablando el rol de la mujer cuenta por partida doble. Por un lado es la administradora del hogar, y por el otro se involucra cada vez más en el trabajo productivo fuera de casa. De acuerdo a la tendencia mundial, la mujer mexicana cumple ahora una doble jornada. Pero mientras incrementa su participación en el trabajo productivo, ¿quién se hace cargo de su salud?

Pese a los logros que se han alcanzado, su situación económica es siempre de dependencia - económica- respecto al hombre. Por tal motivo la sociedad y ella misma se considera como débil, subordinada e inferior.

La desigualdad de género es un hecho, y sólo de diferencias entre los países pobres y ricos. A pesar de los importantes logros conseguidos a favor de los derechos de la mujer en el mundo, y su equiparamiento al hombre en muchas áreas, existen campos en los que este avance no es tan claro. Las diferencias biológicas que existen indudablemente entre los hombres y las mujeres no justifican la discriminación en todos los aspectos. Esa discriminación relega al género femenino a convertirse en ciudadanas de segunda, con una jornada laboral a menudo duplicada, dentro y fuera de casa, con responsabilidades de asistencia a niños y ancianos y la obligación de realizar

todos estos trabajos de modo continuo, obligatorio y perfecto. Además, son destinatarias de la violencia familiar, laboral o cultural, y permanecen desasistidas del derecho y de la atención sanitaria.⁵⁰

Sin duda alguna puede afirmarse que las mujeres son los agentes de salud más eficaces en todas las comunidades, pues son ellas las encargadas de la limpieza, la alimentación, la higiene y del cuidado de la familia, pero ellas mismas han sido relegadas y privadas del uso de los servicios sanitarios por considerarse sus enfermedades de menor rango que las de los hombres. Y es ahí cuando las mujeres a menudo sino es que siempre tienen menos poder que los hombres de decidir cuándo y cómo tener relaciones sexuales. Si bien el condón masculino es un producto utilizado y disponible para prevenir la infección del VIH y otras ITS, pero es un método que requiere de la participación activa del hombre o por lo menos de su cooperación pasiva. Desafortunadamente los condones femeninos aún son generalmente desconocidos, no disponibles o demasiados caros en muchos países incluyendo México. Esta situación combinada con el hecho de que los hombres, más que las mujeres tienden a tener contactos sexuales fuera de su relación principal, pone a las mujeres en mayor riesgo con respecto a su habilidad de mantener su salud sexual y de protegerse del VIH.

Para algunas mujeres, negarse a tener sexo con su pareja puede resultar en violencia. Hoy en día la violencia basada en género y la coerción sexual, son reconocidas como problemas generalizados que ubican a la mujer en riesgo de múltiples resultados negativos, entre ellos las lesiones y las **Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/SIDA**.

Todos estos factores crean dificultades para las mujeres que quieren pero no pueden protegerse del VIH/SIDA y otras ITS, aún cuando ellas son monógamas en sus relaciones sexuales.

En muchas culturas, las enfermedades propias de las mujeres sólo han sido consideradas en términos de maternidad, embarazo y posparto, cuestiones que únicamente son vistas en muchos casos como la salud del producto y que definitivamente las excluyen del derecho que tienen a la salud sexual y por ende reproductiva. Así mismo y tradicionalmente se le ha privado de su derecho a la sexualidad y a la decisión sobre el número de hijos que desea, llegando incluso a medirse su capacidad como mujer en función de su pasividad sexual y de su capacidad reproductora. Cuando las mujeres comienzan su vida sexual activa a una edad temprana, y no prestan atención a sus derechos y a los métodos de protección, aumenta el riesgo de sufrir Infecciones de Transmisión Sexual y embarazos no

⁵⁰ Arancha, D. La salud es también femenina. España, 2002:3

deseados seguidos de abortos clandestinos y peligrosos. En la actualidad, son las mujeres las que suman casi la mitad de casos de SIDA y, en los países donde la prevalencia de esta enfermedad es más alta, las jóvenes están más desprotegidas frente al contagio que los chicos.

Es importante mencionar que el término género, si bien puede fundamentarse en las características biológicas, es ante todo una construcción social sobre las actitudes, prácticas y valores que diferencian al hombre de la mujer. Como construcción social, se encuentra en permanente cambio, además no es universal; entonces, más que hablar de género femenino y masculino, se trata de los géneros masculinos y femeninos.⁵¹

Si bien el desarrollo teórico que sustenta a la categoría género tiene un impulso decisivo por parte del movimiento feminista, es a finales de los años sesenta que en los denominados "estudios de la mujer" esta aproximación abre otras posibilidades para ir más allá en los análisis que atienden a la problemática de la mujer en general y en aquellos relacionados con la salud en particular y que apuntan muy claramente a la apertura de los estudios del hombre. En tal sentido, hablar de género no es sinónimo de mujer.

En el feminismo radical se ha planteado a la categoría género como un sistema de dominación universal del hombre sobre la mujer a través del control de la capacidad reproductiva y de la sexualidad de la mujer. El sistema sexo-género es visto como un sistema de opresión deliberado, que permea a las instituciones sociales -como la familia- y reforzado por los medios de comunicación y la religión.⁵²

Todas las formas de discriminación a las que son sometidas las mujeres, tienen sus raíces en el valor asignado que la sociedad les ha impuesto. El sometimiento de la mujer y la valoración negativa de su sexualidad⁵³ conducen a amplias manifestaciones, desde la inadmisibles y trágica mutilación genital (circuncisión femenina), en África y Asia, para "garantizar" la fidelidad y el "buen comportamiento" de las esposas, hasta las dificultades que las mujeres encuentran para negociar y poner sus propias condiciones en las relaciones sexuales que emprenden. Estas dificultades a las que se enfrentan miles de mujeres, con hondas raíces ideológicas, morales y religiosas, son una realidad en la mayor parte del mundo, y se expresan en la limitada autonomía

⁵¹ Lamas, M. *La antropología y la categoría género* México, 1991:173

⁵² Izquierdo, M.J. *El sistema sexo/género y la mujer como sujeto de transformación social*, Cuadernos inacabados Barcelona, 1998:14-18

⁵³ Internacional Planned Parenthood Federation. *Que tan sensibles al género son sus programas de VIH y Planificación familiar* New York, 2002:2

femenina para protegerse contra las ITS, el VIH/SIDA y los embarazos no planeados.⁵⁴

Al hablar de los derechos de la mujer en relación a su salud en general, es necesario puntualizar, que la medicina desde tiempo atrás, más que permitir a esta controlar su cuerpo, la manipula y la encauza a una sola dirección: la maternidad. En vez de contribuir con su actitud e investigaciones a liberar a la mujer, asume por lo general un rol represivo y opresor.

Las premisas cuerpo, maternidad y sexualidad, son expresiones de un mismo hecho social, sin duda las mujeres han sido expropiadas de su sabiduría, de su creatividad y de la posibilidad de diversificar sus deseos; debido a que es el cuerpo de las mujeres que ha sido normado, sometido a las necesidades de un sistema clasista-sexista, es decir para los demás, que las define como "un cuerpo ser para los otros" (Basaglia, 1987), cuerpo para la procreación, para prodigar, para servir para materializar; cuerpo disciplinado que se somete y legitima frente a la sociedad como mujer-madre, madre-esposa (Lagarde, 1990), reproductora de vida, de cultura.⁵⁵

De ese modo y a partir de esa perspectiva, la identidad de las mujeres se define con base en los atributos que la sociedad ha depositado en una capacidad biológica como es la procreación, interpretación social que reduce los espacios de interacción y limita las posibilidades de desarrollo de las mujeres como seres humanos.

Una vez que los hombres y las mujeres reconozcan que ambos tienen derecho a las necesidades sexuales, entonces habrá una ganancia en la cual haya un reconocimiento unánime de que el deseo sexual no es un terreno únicamente masculino y en donde la mujer ya no sea un objeto sexual del otro y para otros.

2.7 CARACTERÍSTICAS SOCIO-EMOCIONALES DE LA POBLACIÓN QUE PRESENTA ALGUNA ITS -VIH/SIDA

Hablar de las ITS, es abordar un tema muy personal que socialmente lleva implícitos conceptos de tabú, rechazo, negación, censura, encubrimiento y evasión; generalmente no existe una autoconciencia de lo mal que provoca e insta a un proceso de autodestrucción del otro(a) y de sí mismo(a) sin ningún criterio de responsabilidad y de respeto mutuo.

⁵⁴ Acosta, D.F. Mujeres jefes de hogar y bienestar familiar en México. The population Council. 1993:9

⁵⁵ Figueroa, J.G. La condición de la mujer en el espacio de la salud México, 1998:279

La sexualidad durante mucho tiempo ha estado colocada en el plano del oscurantismo, vista como algo sucio, feo, pecaminoso que se reduce a lo biológico y genital, situación que por fortuna ha venido cambiando en los últimos años pero que aún persiste en un amplio sector de la población, así como en muchas culturas del mundo.

El rechazo inicial que se genera en la persona con alguna ITS -VIH/SIDA, (Ver Cuadro No. 3) provoca que este(a) no escuche las sugerencias que se le brindan y en consecuencia el cambio de actitud en torno al cuidado y prevención de las ITS -VIH/SIDA no siempre es posible; por el contrario, son muchas las personas que no admiten ni siquiera la enfermedad y la encubren, agudizando en la mayoría de los casos el problema, hasta no tener resolución.

El término "enfermedades venéreas" aunque ya no es utilizado por los profesionales de la salud, continua siendo un insulto para denigrar a aquellos(as) que padecen de estas infecciones.

Muchos aspectos psico-sociales han influido y siguen influyendo en la presencia de ITS en la población:

- ① La liberación mal entendida de las costumbres
- ② La educación sexual recibida que casi siempre es inadecuada
- ③ La clandestinidad o el temor a ser descubiertos por familiares o conocidos lleva al individuo a múltiples encuentros en los que no prima el afecto sino la genitalidad
- ④ La inestabilidad y la carencia afectiva
- ⑤ La falta de compromiso y responsabilidad personal
- ⑥ La ignorancia
- ⑦ La falta de acceso a información sobre las ITS y el VIH/SIDA
- ⑧ La falta de autoestima
- ⑨ El aumento en el mercado sexual, etc.

Cuadro No.3 Reacciones emocionales frente a las ITS -VIH/SIDA

<p>A NIVEL PERSONAL</p>	
<p>EN LA PAREJA</p>	
<p>EN LA SOCIEDAD</p>	<ul style="list-style-type: none">• Rechazo, enojo consigo mismo y con la pareja• Autoculpa y recriminaciones• Depresión• Agresividad ante la incapacidad de vencer la infección• Reducción del nivel de autoestima• Culpabilización del compañero(a)• Frustración• Sospecha de infidelidad• Desestructuración familiar• Condena y repudio• Marginación• Discriminación• Rechazo social

2.8 ENFERMERÍA: UN ASPECTO DE LA ATENCIÓN A LA SALUD

Se ha formulado que todos los trabajadores sanitarios están tr atado de promover la salud y la felicidad del individuo así como la preservación de la especie.

En algunas culturas, el *cuidado* de los pequeños, los enfermos y de personas susceptibles a la enfermedad ha sido responsabilidad de todas las mujeres en vez de determinados miembros en particular; el tratamiento de la enfermedad, o la *curación*, generalmente han sido asignados a determinados hombres, a veces a sacerdotes y otras a "hombres de la medicina". Las curaciones de estos últimos complementan los cuidados proporcionados por las mujeres a los enfermos.

Los objetivos más comunes de los trabajadores para la salud, es contar con cierta cantidad de conocimiento común y las relaciones cooperativas entre ellos son esenciales para llevar a cabo una atención sanitaria eficaz. Esto es particularmente cierto en el caso de enfermeras y médicos, que en la mayoría de las sociedades son los grupos más antiguos y más grandes de trabajadores especializados para la salud.

Antiguamente los griegos consideraban que el estar sano era una virtud griega. Vern y Bullough dicen que los rudimentos de la salud eran un conocimiento común, y el ciudadano griego se caracterizaba por una autoatención en vez de recurrir constantemente a profesionales de la salud *.

Las enfermeras en salud pública (enfermeras de la comunidad) siempre ha considerado a la familia en vez de al individuo como paciente, y han respondido a una amplia gama de necesidades sociales. **

Ciertas ramas de la enfermería se han concentrado en la enseñanza de la salud, en la promoción de la salud, y en la prevención de la enfermedad. La atención de la salud es una parte integral de toda cultura o es afectada por la filosofía o los valores sociales de la cultura. Aunque influida por su relación con el servicio doméstico, con grupos religiosos y militares, y más recientemente con la tecnología institucional, la enfermería continua siendo esencialmente un servicio de atención, centrado en la familia. La enfermería ha basado gran parte de su práctica en la aplicación de las ciencias biológicas de la fisiología y la bacteriología pero, en mayor grado que la medicina, en las ciencias sociales: psicología, desarrollo humano, sociología y economía.

* Muchos opinan que en la actualidad la autoatención es nuestra esperanza. Keith Schnert intitula un artículo "Miracle Drugs and Lifesaving Machines May Make Headlines But It's the Individual Who is the cornerstone of a sound medical system" (Fam. Health, 7:41. Nov, 1975).

** Algunos de los países en desarrollo le ha dado a la atención de la salud una elevada prioridad y las enfermeras están desempeñando un papel importante en la planeación y proporcionando atención sanitaria.

La investigación de Enfermería se deriva con mayor frecuencia de las ciencias sociales. La enfermería, al hacer frente a las necesidades de los niños, los jóvenes, ancianos, enfermos e indefensos, se aproxima a las ciencias psicosociales en su esfuerzo de mejorar la carga de la humanidad. La enfermería ha sido, más que la medicina, un sustituto para la autoatención.

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado la posición de que la atención de la salud es un derecho universal.

El interés actual en la medicina sobre la atención primaria y la medicina familiar, y en la Enfermería sobre la valoración física y la investigación clínica sugieren una tendencia hacia un traslapamiento de funciones, metas comunes y responsabilidad compartida. Ya que tanto la medicina como la enfermería recalcan la prevención, así mismo Enfermería reconoce la importancia de la autoatención por parte del paciente, que traducidos a un lenguaje más coloquial se refiere a las prácticas de Autocuidado generadas y llevadas a cabo por el individuo.

Como ya se ha mencionado, la promoción a la salud y la prevención de la enfermedad son más importantes para el bienestar humano y menos costosas para la sociedad que la curación de las enfermedades, sin embargo no se conoce el límite a lo que la población podría saber con provecho acerca de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. No obstante, las personas no sólo deben aprender a conservar la salud y evitar a toda costa la enfermedad, sino que deben aprender a querer ser sanas. La salud debe ser apreciada, es decir debe haber una búsqueda tras un ideal, u objetivo. Deben adquirirse hábitos sanitarios y mientras más joven sea el individuo(a), los hábitos incorrectos podrán ser modificados. Sin embargo este plan estratégico resulta efectivo solamente si el individuo adopta la postura del querer estar sano(a).

Puede decirse que la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son en realidad asunto de todo el mundo.

Recientemente, las definiciones de enfermería han tendido a recalcar el interés de la enfermera en la promoción de la salud, en contraste con la curación de la enfermedad. La enfermera de primer nivel (enfermera profesional) es la responsable de planear, proporcionar y evaluar la atención de enfermería en todos los ambientes para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la atención del enfermo y la rehabilitación, siendo un elemento clave en el equipo de salud.

Realmente el trabajo de la enfermera como promotora de salud es muy complejo y más aún por la cultura que rige nuestra sociedad, las personas tienen un concepto equivocado acerca de la labor de la Enfermera(o), ya que visualizan a ésta como la parte de aquello de que carece la población, es decir, la enfermera es necesitada para hacer a un individuo completo o independiente, por la falta de voluntad de éste(a) o bien por el conocimiento; lo cual puede limitar la capacidad de autocuidado en la mayoría de la población. No obstante, mientras más piensa uno en ellos, más compleja resulta la función de la enfermera.

Pero entonces ¿Hasta que grado la "buena" salud es cuestión de herencia o hasta que grado es adquirida?; resulta controvertido, pero generalmente se admite que la inteligencia y la educación, en forma general, tienden a correr paralelas con el estado de salud. Por lo tanto si la mayoría de las personas encuentran que la "buena salud" es un objetivo difícil de lograr, cuanto más difícil es para la enfermera promotora de salud ayudar a otros a alcanzarla, más aún cuando no existe cooperación y participación de ambas partes. En cierto modo las enfermeras deben meterse "dentro de la piel" de cada paciente a fin de saber ¿Qué? es lo que éste(a) necesita de ellas(os).

Una persona sabia afirmo en algún momento que la enfermera es temporalmente la conciencia del inconsciente, el amor a la vida del suicida, la pierna del amputado, los ojos del que se ha quedado ciego, una forma de locomoción para el recién nacido, conocimiento y confianza para la mare joven, una voz para aquellos demasiado débiles para hablar, y así sucesivamente.

La educación para la salud resulta especialmente importante en la actualidad cuando las mayores críticas a la atención de la salud recalcan la necesidad de poner más interés del actual en la prevención y el desarrollo de la autoayuda, o autoindependencia, en materias de salud.

La importancia del egresado de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, radica en la incorporación en el campo de la Prevención, como lo es el primer nivel de atención, que se encarga de la Atención Primaria a la Salud, teniendo muy claro que el conocimiento que el profesional de la salud brinde debe ser con acciones correctivas y/o preventivas a fin de poder salvaguardar la calidad en la atención a la población. Sin embargo surgen preguntas que deben ser consideradas de vital importancia para el desarrollo de esta propuesta, ¿Qué nivel de atención sanitaria está dispuesta a aceptar y pagar la sociedad? y ¿Cuál es el papel que le asignará la sociedad a la enfermería?

La enfermería tiene una forma, así como unas características situacionales, con las que se enfrenta día a día como profesional. La personalidad de la enfermería se expresa en parte por sus características de ayuda y cuidado hacia los demás que conforman su espacio interprofesional.

2.9 PROGRAMAS QUE PROMUEVEN EL AUTOCUIDADO

El Fondo de las Naciones Unidas para Infancia, dentro del acuerdo de Lima, derecho a salud, nutrición y medio ambiente, menciona en su:

Meta 15; Acceso de todas las parejas a información, educación, comunicación y servicios para impedir los embarazos tempranos, poco espaciados, tardíos y/o numerosos.

1. Promover el acceso universal de niños y niñas a la educación sexual, en el marco de la promoción de valores, la equidad de género y la participación de los padres en la educación de sus hijos.
2. Promover el acceso universal de los y las adolescentes a información y servicios adecuados a sus necesidades particulares y orientadas a mejorar su salud sexual y reproductiva y **promover el autocuidado.**
3. Mejorar la calidad y cobertura de los servicios de información y consejería y grupos de apoyo sobre salud sexual y reproductiva a hombres y mujeres en todas las instituciones de salud.

Meta 22: Asegurar el acceso universal a la información, educación y comunicación y a los medios adecuados para la prevención y control de la infección por el VIH/SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual.⁵⁶

1. Incrementar las actividades de información, educación y comunicación y a los medios adecuados para la prevención y el control de la infección por el VIH/SIDA, Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y sus consecuencias.
2. Promover el acceso a preservativos.

⁵⁶ UNICEFACRO-Acuerdo de Lima Derecho a Salud, Nutrición y Medio ambiente Oficina regional para América Latina y el Caribe, 2000:3-6

3. Implementar la detección temprana de la infección por VIH e ITS, con prioridad en las áreas de alto riesgo y en los grupos de población con mayor vulnerabilidad en particular en los programas de control prenatal.
4. Asegurar el acceso a consejería y asesoría sobre las implicaciones de infección por el VIH a todos los afectados y familiares que lo requieran.
5. Identificar y corregir inconsistencias en las políticas actuales de contratación para personas infectadas por el VIH, a fin de evitar cualquier forma de discriminación.
6. Apoyar y fortalecer el nivel primario de atención de salud para la prevención de VIH e ITS y realizar intervenciones efectivas.
7. Implementar programas de educación en salud y vida familiar con el VIH/SIDA.

Así mismo en la *Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD)* se reconoció que el derecho a la salud reproductiva y a la salud sexual es parte de los derechos humanos. Entre los derechos humanos relacionados con la salud reproductiva figuran los siguientes:

- ▲ Seguridad sexual y seguridad reproductiva, incluida la protección contra la violencia y la coacción sexual y el derecho a la vida privada.

El acceso universal a servicios de buena calidad es un medio primordial de lograr la salud reproductiva y una meta central del Programa de Acción de la CIPD. Siguen existiendo temas que necesitan de una buena organización y cooperación por parte del profesional de la salud como:

- ▲ Infecciones de Transmisión Sexual. Cada año hay más de 130 millones de casos de infecciones de transmisión sexual susceptibles de tratamiento; hay 33.4 millones de personas que viven con el VIH/SIDA y 5.8 millones de nuevos contagios, es decir 11 casos por minuto.
- ▲ La violencia por motivos de género, se cobra un enorme precio de salud mental y física. Hay millones de mujeres que necesitan atención médica o sufren otro tipo de perjuicios a raíz de la violación, el incesto y la violencia doméstica; el miedo a la violencia impide el intercambio de ideas y constriñe las opciones en

materia de salud y las oportunidades de vida de muchos millones de mujeres más. Más de la mitad de todas las mujeres padecerán en algún momento de su vida alguna de forma de violencia por motivos de género. Más de 2 millones de niñas y mujeres quedan involucradas cada año en la industria del sexo, a menudo como resultado de la coacción o de la desesperación. Hay 2 millones de niñas y jóvenes que corren riesgo de mutilación genital femenina cada año y, según se estima, 130 millones de mujeres ya la han padecido.

El principio 8 del Programa de Acción de la CIPD tiene el siguiente texto:

- ▲ Toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Los estados deberían adoptar todas las medidas apropiadas para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso universal a los servicios de atención médica, incluidos los relacionados con la salud reproductiva, que incluye la planificación de la familia y la salud sexual.

En el párrafo 7.3 del Programa de Acción de la CIPD se establece:

- ▲ Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos, estos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. 85

La Prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) dentro del contexto de los Servicios de Planificación Familiar

Lo ideal es que la planificación familiar se considere como un componente de un conjunto de intervenciones orientadas hacia el mantenimiento de la salud reproductiva. La integración dentro de este paquete de servicios de educación de los/as usuarios/as respecto a la prevención de las infecciones de transmisión sexual (incluido el VIH/SIDA), mejora la atención para la salud reproductiva. Los programas de planificación familiar deben cubrir la prevención para las ITS. Al proporcionar los métodos que no son de barrera, debe informarse a las mujeres y a los hombres que dichos métodos no proporcionarán protección contra las Infecciones de Transmisión Sexual.

En cuanto a la Orientación/a asesoramiento para la prevención de las ITS; los/as proveedores/as de salud deben capacitarse en las técnicas de orientación que sean

apropiadas para cada cultura específica y deben hacer preguntas de rutina para determinar cuál es la condición de riesgo en la que se encuentra el/la usuario/a.

Uno de los métodos preventivos es el uso del condón, en el caso de los usuarios/as que se encuentran bajo riesgo de contraer una ITS, los condones (si se les usa en forma correcta) son potencialmente el método más eficaz y de disponibilidad más amplia para prevenir la transmisión de dichas infecciones. La orientación sobre la prevención de las ITS y sobre el uso de los condones debe incorporarse a los servicios de planificación familiar, siempre que sea posible y apropiado, independientemente de la edad del/a usuario/a y del método anticonceptivo.

Aún en lugares donde los recursos son limitados y la distribución de condones se realice con prioridad a aquellos grupos de alto riesgo, informando sobre prevención de ITS tiene que ser ofrecida a todos/as los/as usuario/as.⁵⁷

Desde la óptica de salud, se plantea la necesidad de introducir el tema mujer desde diversas perspectivas, y considerarla como un actor clave del desarrollo.

2.10 PROMOCIÓN A LA SALUD

Como la tendencia hasta hace pocos años ha sido preocuparse más por la enfermedad que por la salud, el concepto de riesgo ha pasado a formar parte de la prevención de la enfermedad.

Entendiéndose por riesgo, como una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud (enfermedad o muerte). El enfoque de riesgo se basa en la medición de esa probabilidad, la cual se emplea para estimar la necesidad de atención a la salud o de otros servicios.⁵⁸

En los momentos actuales es necesario que surja un concepto análogo al factor de riesgo, que podría llamarse *factor promotor de salud*. Es decir, una serie de factores interactivos que pudieran utilizarse en conjunto para predecir no solo un

⁵⁷ OPS, *Diagnóstico cualitativo de la Atención en Salud Reproductiva en Bolivia*. 1996:45

⁵⁸ OMS-OPS, *El enfoque de riesgo en la atención a la salud, en Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención Materno Infantil* Serie PALTEX, Washington, 1986; 1:22

riesgo bajo de enfermar o morir, sino la probabilidad de lograr bienestar físico, psíquico, mental y una buena calidad de vida.

Estamos hablando no solo de prevención de la enfermedad sino de *Promoción a la Salud*.

La XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana de 1990 respaldó la Carta de Ottawa sobre promoción de la salud, adoptada en 1986 en una conferencia internacional sobre promoción de la salud. Esta reunión fue patrocinada por la Organización Mundial de la Salud, Health and Welfare Canadá y la Asociación Canadiense de Salud Pública y en ella participaron 38 países.

Algunos enunciados de esta declaración referentes a la promoción de la salud, son los siguientes:

- * *Se reconoce "como requisitos fundamentales para la salud a la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, el ingreso, un ecosistema estable, la conservación de los recursos, la justicia social y la equidad".*
- * *"La promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector salud, sino que constituye un quehacer intersectorial".*
- * *"La promoción de la salud abarca campos y enfoques diversos aunque complementarios, entre los que se incluyen: la educación, la información, la comunicación social, la legislación, la formulación de políticas, la organización, la participación de la población y la búsqueda de una reorientación de los servicios de salud".*

La promoción de la salud está basada principalmente en el comportamiento o estilo de vida de las personas. Definitivamente, la salud depende más del comportamiento individual y social que de las acciones aisladas que pueda realizar el sector salud.

Existe consenso en que la salud es un derecho. La salud tiene que lograrse en base a esfuerzo y perseverancia, tanto individual como colectiva.

2.11 PROMOCIÓN A LA SALUD REPRODUCTIVA

En los últimos años se ha señalado que el cuidado debe empezar en la etapa preconcepcional, es decir antes de que la mujer se embarace, si es que se desea hacer una labor realmente preventiva. (Ver anexo #1) El concepto de Salud reproductiva comprende la atención preconcepcional, donde los cuidados deben estar dirigidos tanto a la futura madre como al futuro padre. Si bien es cierto, cualquier alteración que se produzca en las etapas mencionadas de la salud reproductiva tendrá repercusión en el futuro del recién nacido, en el de su familia y en la sociedad, pues a pesar de que ha existido consenso en este concepto, no lo ha habido en las acciones de salud que se deben realizar para obtener hijos saludables.⁵⁹

La Salud reproductiva, puede resumirse en la frase, "padres saludables = hijos saludables".

Sin embargo, no se debe olvidar que la salud reproductiva está condicionada por factores de tipo social, cultural, político y económico y por acciones provenientes de otros sectores, como vivienda, educación y alimentación; de allí la imperiosa necesidad de buscar la coordinación intersectorial con la finalidad de concertar esfuerzos y concentrarlos en las áreas prioritarias en busca de un mayor impacto en el bienestar de la población. Además, la salud reproductiva también está condicionada por factores de tipo afectivo y en forma muy especial por la situación social de la mujer. Recordemos que durante los periodos no gestacionales, la mujer en edad fértil debe recibir una atención integral de salud que incluya las acciones que se presentan en este cuadro y donde se destaca el punto que hoy nos trata las Infecciones de Transmisión Sexual, referente a la promoción a la salud. (Ver anexo #2)

En base a lo antes descrito, el concepto de salud reproductiva rebasa los lineamientos en torno a la mujer como creadora de vida, pues también entra dentro de este contexto, el derecho que tienen las parejas a ejercer su sexualidad libres del temor a un embarazo no deseado o de contraer una enfermedad; a reproducirse y regular su fecundidad, y a que el embarazo, parto y puerperio transcurran en forma segura y sin complicaciones, con resultados positivos en términos de sobrevivencia y bienestar para los padres y sus hijos.⁶⁰

⁵⁹ Gutiérrez, I.D. Salud reproductiva. Ministerio de Salud del Perú, 1986:36

⁶⁰ Fathalla, M.F. The Long Road to Maternal Death. People, 1987.

Sólo para puntualizar, tenemos que la promoción a la Salud desde una proyección reproductiva puntualiza y enmarca algunos de los comportamientos que contribuyen a su promoción.

- ⊕ Libre temor de contraer una enfermedad de Transmisión Sexual, especialmente ahora que la humanidad se ve amenazada por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) que desencadenan finalmente el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
- ⊕ Libre de temor de engendrar hijos no deseados, situación que predispone a problemas psíquicos y sociales de los padres, al aborto provocado y al aumento de niños abandonados o maltratados.

Referente a este punto la salud reproductiva, se define como el "estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción" (OMS).⁶¹

El concepto de Salud reproductiva fue tomado desde la antigua historia de la humanidad y se puede resumir en la frase, "padres saludables = hijos saludables". A pesar de que ha existido consenso en este concepto, no lo ha habido en las acciones de salud que se deben realizar para obtener hijos saludables.⁶²

*Por tal motivo, la promoción a la salud reproductiva y la prevención del daño reproductivo, a través de la detección y manejo del riesgo reproductivo, son acciones complementarias. Es necesario que en los próximos años los esfuerzos debieran volcarse en mayor grado hacia las acciones de promoción de la salud y al fomento de estilos de vida saludables, para lo cual necesariamente se deberá buscar una mayor participación de la sociedad en su conjunto.*⁶³

La salud sexual y reproductiva como ya se mencionó se debe interpretar como el bienestar derivado de la liberación de temores ante situaciones de riesgo como el de un embarazo no planificado, el contagio por Infecciones de Transmisión Sexual y abusos sexuales; significa la satisfacción de despojarse del sentimiento de culpa con que se abordan los temas sexuales en muchas culturas.

⁶¹ Organización Mundial de la Salud. *Reproductive Health: A key to a brighter future. Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction 1992:88*

⁶² Gutiérrez, I. D. *Salud reproductiva*. Ministerio de Salud del Perú, 1986:36

⁶³ OPS. *Salud Reproductiva: concepto e importancia*. Serie PALTEX. Washington, 1999:13

En la *Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD)* celebrada en el Cairo, Egipto en 1994, el término Salud Reproductiva fue definido y difundido como el derecho de las personas a mejorar su calidad vital mediante (una vida sexual satisfactoria, plena y segura); este mismo tema fue retomado un año después en la Conferencia Internacional de la Mujer efectuada en Beijing en 1995.

La salud reproductiva, aún como propósito, no llega a ser tangible para muchas mujeres. En sesiones de socialización de experiencias, se ha observado que las participantes admiten sentir vergüenza y culpabilidad al conversar sobre asuntos sexuales con su pareja y generalmente evitan emitir su opinión. La ausencia de control sobre la propia sexualidad y la de su pareja.

Hasta aquí hemos visto la relación que existe entre la Salud pública, la Medicina preventiva y la promoción de la salud frente a las ITS -VIH/SIDA en una población vulnerable como es el caso de las mujeres; sin embargo ¿Porqué hablar del Autocuidado en ITS-VIH/SIDA como plan estratégico para la salud de la mujer?

A lo largo de las décadas de 1950 y 1960, la sociología de la medicina y la sociología en la medicina, se centraron en los aspectos relacionados con el sistema de salud profesional estructurado: la organización de la enfermedad y de su tratamiento, en contrapartida con las correspondientes interacciones entre profesional y paciente. La autoridad de los médicos no solía ponerse en duda y el comportamiento del paciente se resumía a su pasividad y observancia.⁷¹ Mientras tanto, la relación médico-paciente estaba comenzando a ser cuestionada por la sociedad.

A finales de los años 70' se hicieron investigaciones más profundas de la sociología de la medicina, las cuales dieron lugar a una crítica radical del sistema médico con un foco político y económico.⁵³ Los argumentos fueron adoptados fácil y rápidamente por los movimientos sociales preocupados por los temas de salud y enfermedad. Así para las feministas, la medicalización y la reproducción humana pasaron a ser un aspecto clave y, en sus términos, el autocuidado expresaba el deseo de autonomía, autodeterminación e independencia de la autoridad médica masculina. "Nuestros cuerpos, nosotras", fue el primero de una amplia gama de textos que enseñaban a las mujeres las técnicas del autocuidado. 11

Durante los años setenta, el autocuidado comenzó a ser conocido por un público más numeroso (particularmente en los Estados Unidos), gracias a los movimientos que defendían el bienestar y la autoayuda.

Por lo tanto el Autocuidado se define como: *todas aquellas actividades de salud no organizadas y a las decisiones sobre la salud tomadas por individuos, familias, vecinos y amigos, colegas, compañeros de trabajo, etc., que comprende el autotratamiento, los primeros auxilios en un entorno natural, es decir en un contexto normal de la vida cotidiana de las personas.* El autocuidado es, definitivamente, el recurso sanitario fundamental del sistema de atención de salud.⁶⁴

La Organización Mundial de la Salud menciona que la salud debe visualizarse como un proyecto social, de esta manera se considera a la autoayuda y el autocuidado como fenómenos sociales.

El objetivo de la promoción de la salud, desde un contexto de autocuidado, es proporcionar al individuo o comunidad los medios necesarios para mejorar su salud. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo social debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente.

El papel que desempeñan los prestadores de servicios de salud es el de ayudar a sus clientes a comprender el nexo entre el comportamiento sexual humano y la salud. Los hombres y las mujeres necesitan conocimientos básicos sobre sexualidad humana y sus propios cuerpos, donde se les proporcione información acerca del riesgo que conlleva la práctica del sexo sin protección, como el contagio de Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/SIDA o un embarazo no deseado. Las personas requieren mayor orientación y apoyo para abordar la sexualidad en pareja.

La privacidad y confidencialidad son elementos esenciales que los proveedores de servicios deben cumplir, demostrando además una actitud de respeto, deseos de apoyar sin prejuicios. Algunos programas de salud reproductiva han desarrollado técnicas que ayudan a los usuarios a plantear sus problemas más sensibles.⁶⁵

La capacitación de los y las prestadores(as) de servicios de salud, necesita un cambio de actitudes, lo cual constituyen un enorme reto para los programas de salud, pues generalmente comparten con su comunidad valores muy arraigados, como la desaprobación de la actividad sexual en adolescentes no casados o el rechazo a los homosexuales.

⁶⁴ Htch, S. and Kickbusch I. (EDS) *Self-Help and Health in Europe*. Copenhagen, 1983:67

⁶⁵ Organización Mundial de la Salud, *Family and Population Division of Family Health. Providing an Appropriate Contraceptive Method Choice: GAT Health Workers Need to Kwon*. Ginebra, 1993:17

Este tipo de programas cuenta con un beneficio recíproco, ya que al fomentar esta práctica preventiva, el personal de salud favorece un clima de confianza con el usuario para abordar los aspectos más sensibles de su vida sexual, en los que pueden encontrarse casos de abuso sexual, homosexual e infidelidad.⁶⁶

2.12 ¿CÓMO ABORDAR LA EPIDEMIA DE LAS ITS-VIH/SIDA?

Finalmente hombres y mujeres deben reconocer el hecho de que el conocimiento es fundamental para lograr una toma de decisiones con responsabilidad y con la conciencia de los factores de riesgo a los que se exponen, pero sobre todo con el conocimiento previo de las medidas preventivas apropiadas para protegerse y a su vez prevenir la infección por el VIH/SIDA y otras ITS.

A fin de proteger su salud sexual y reproductiva y prevenir por añadidura la infección por transmisión sexual, la mujer necesita recibir información adecuada y herramientas apropiadas de los trabajadores de la salud. Éstas deben permitir a la mujer reconocer las situaciones sexuales y las actividades de alto riesgo, elaborar un plan de acción y adquirir las aptitudes necesarias para evitar estas circunstancias. Este plan puede incluir el aprendizaje de cómo acordar con la pareja respecto a prácticas sexuales de menor riesgo (relaciones sexuales sin penetración, uso de condones, (masculinos y femeninos), su uso adecuado y cómo buscar apoyo extremo si fuera necesario (grupos de apoyo mutuo o servicios profesionales con un equipo multidisciplinario, en busca de orientación).

Para que la población disponga de información completa y vigente, los profesionales del área de la salud deben propiciar un ambiente de comunicación franca y directa con sus clientes manteniendo un diálogo abierto, discusiones en grupo e información y materiales de apoyo actualizados (folletos, rotafolios, videos, etc.)

Un punto clave para que este tipo de programas funciones es la educación que se le debe brindar a la mujer y su pareja sobre la Sexualidad humana en forma completa, además de facilitar el acceso a información sobre las ITS y el VIH/SIDA, sus repercusiones, la sintomatología que se puede presentar en cada una de ellas, etc. Es cierto que el primer paso que la mujer pueda dar es de la negociación con su pareja cerca del uso de métodos anticonceptivos y en un segundo momento respecto a sus relaciones sexuales.

⁶⁶ UNFPA. Estado de la Población Mundial. Capítulo 3, Salud Reproductiva y Derechos Reproductivos. 1999:11-17

Defensa y promoción: al defender y promover el control de la propagación del VIH/SIDA y otras ITS, se informa y motiva a las autoridades y comunidades en el nivel internacional, regional, nacional y local.

Educación y comunicación: mediante la comunicación y la educación se alerta a las personas jóvenes acerca de los riesgos que representa las ITS -VIH/SIDA y así se promueve un comportamiento más sano.

Acceso a los condones: los condones son el único medio por el momento, más efectivo de doble acción, es decir, protege contra las ITS -VIH/SIDA y contra los embarazos no planeados, sin olvidar que este brinda seguridad si se los coloca debidamente y que además este al alcance de la economía de hombres y mujeres, para ayudar a controlar la propagación del VIH/SIDA y otras ITS.

Orientación, pruebas y remisión voluntarias: el hecho de que la persona conozca su situación con respecto al VIH puede llevar a un comportamiento sano. Además, a medida que los tratamientos sean más ampliamente accesibles, la orientación y las pruebas voluntarias tempranas pueden conducir a que se brinde atención oportuna⁶⁷

⁶⁷ Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Summary booklet of best practices Geneva, UNAIDS, Jun, 1999:212

ASPECTOS DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

3. ASPECTOS DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

3.1 ÁRBOL DEL PROBLEMA (Ver pag. 55-A y 55-B)

3.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son una importante y creciente causa de morbilidad y mortalidad en todos los países del mundo. A pesar de su significación como problema de salud pública, muchos gobiernos y organismos públicos y privados del sector de la salud aún no han desarrollado actividades eficaces de prevención y lucha contra las Infecciones de Transmisión Sexual.⁶⁸

La pandemia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), causado por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), ha despertado el interés de médicos, epidemiólogos, científicos y del público en general sobre el tema de las Infecciones de Transmisión Sexual.

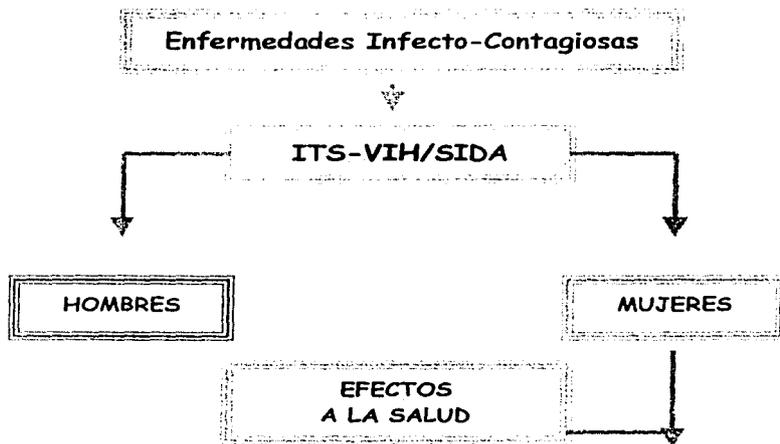
Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) incluyen un grupo de enfermedades e infecciones que se transmiten fundamentalmente por contacto sexual. Entre las ITS se encuentran las llamadas "enfermedades venéreas" como la sífilis, la gonorrea, el chancroide, el linfogranuloma venéreo y el granuloma inguinal, pero se incluyen otras enfermedades, que más recientemente se han clasificado en el grupo de las ITS, como la uretritis y cervicitis por *Clamidia*, el herpes genital, la tricomoniasis, las infecciones del virus del papiloma humano y el virus de la hepatitis C, y también las infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), agente etiológico del SIDA.

Si bien, la prevención y atención de la mujer con Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/SIDA, requiere de una atención especial, debido a que a nivel mundial, el número de nuevas infecciones en las mujeres está aumentando más rápidamente que en el hombre como resultado de factores que se relacionan entre sí (biológicos, socioeconómicos y culturales).⁶⁹

⁶⁸ Greco, D., Giuliani, M., Suligoi, R. y cols. Sexually Transmitted Diseases in Italy: clinical returns versus statutory notifications 1990:66

⁶⁹ OPS-OMS. La Mujer y la Infección por el VIH/SIDA: Estrategias de prevención Washington, 1997:7

Árbol del Problema



- ✖ ↑ en morbi-mortalidad en hombres y mujeres por causa de las ITS-VIH/SIDA.
- ✖ Cáncer cervico-uterino a causa del Virus del Papiloma Humano .
- ✖ Infertilidad en la población femenina, por *Clamydia trachomatis* .
- ✖ ↑ en el número de casos de Enfermedad Pélvica Inflamatoria p or *Clamydia trachomatis* .
- ✖ Muertes neonatales a causa de las ITS .
- ✖ ↑ en el número de Recién nacidos portadores del VIH .
- ✖ Desabasto de medicamentos antirretrovirales .
- ✖ ↓ en la calidad de atención a pacientes con VIH/SIDA .
- ✖ Repercusiones psicológicas por ser portador(a) de alguna de la s ITS o el VIH/SIDA .
- ✖ Discriminación social por ser potador(a) de alguna de las ITS o el VIH/SIDA, etc.

FACTORES BIOLÓGICOS

- Edad
 - A cualquier edad
- Sexo
 - Hombres
 - Mujeres

FACTORES CULTURALES

- Religión
 - Género
 - Sistema patriarcal
 - Sumisión de la Mujer
 - Autoestima baja
- } Conductas de Riesgo

FACTORES ECONÓMICOS

- Salarios bajos
- Menores oportunidades a la mujer: para su inserción al campo de trabajo

FACTORES SOCIALES

- Escolaridad
- Estado civil

FACTORES DE SALUD

- Accesibilidad a los servicios de salud

PRESENCIA
DE
ITS-VIH/SIDA

Para completar este cuadro los datos señalan que en México, hasta el 1° de enero del 2000, de los 42, 762 casos acumulados de SIDA reportados, la proporción que corresponde a mujeres es de 14% (6, 073 casos), con una relación hombre/mujer de 6 a 1, que se mantiene desde 1996. En 1992, el SIDA constituyó la decimonovena causa de muerte en población general, mientras que en 1998 pasó a ocupar el decimosexto lugar. En 1996, constituyó la tercera causa de muerte en hombres de 25 a 34 años y la sexta en mujeres del mismo grupo de edad.⁷⁰

La amenaza que representa el SIDA para hombres y mujeres varía de acuerdo a muchos factores sociales y culturales. Sin embargo, es evidente que la epidemia está teniendo un impacto más fuerte en la mujer que en el hombre, sea cual sea su nacionalidad o lugar de residencia. Los programas nacionales de salud hacen referencia a las acciones que deben ser dirigidas u orientadas a las poblaciones vulnerables; por lo tanto la justificación de este proyecto es a favor a las mujeres.

3.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué tanto el conocimiento sobre los Factores de Riesgo y las Medidas de Prevención, genera elementos en materia de salud que le permita a las mujeres propiciar prácticas de Autocuidado?

⁷⁰ Guía para el manejo de la Mujer embarazada con Infección por VIH 3a ed. México, 2000: 67

3.4 JUSTIFICACIÓN

Conforme empieza el siglo XXI, el sistema de cuidados de la salud y la profesión de Enfermería, entran como una parte integral de un Sistema de Salud que se caracteriza por nuevos retos, se produce un cambio en la atención en los cuidados hospitalarios para enfocarse principalmente a los esquemas comunitarios y/o domiciliarios (1er nivel de atención). Como consecuencia, las y los profesionales de la salud (Enfermería) enfrentan nuevos retos en materia de Promoción a la Salud, dentro de la cual se centra su mayor esfuerzo para que el individuo interiorice el significado social de su salud y de atención, induciendo una participación efectiva dentro de la comunidad que permitan promover prácticas de Autocuidado.

Por su magnitud y trascendencia, las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son consideradas como problemas prioritarios de Salud Pública. Las infecciones causadas por *Neisseria gonorrhoeae* y por *Chlamydia trachomatis* pueden traer como complicación la Enfermedad Pélvica Inflamatoria, que a su vez es una de las principales causas de infertilidad en la mujer y de embarazos ectópicos. Así mismo, determinadas cepas del virus del papiloma humano pueden ser causas de cáncer cervicouterino y el virus de la hepatitis B puede causar cáncer de hígado.⁷¹

Si bien las investigaciones que se han realizado alrededor del mundo apuntan hacia poblaciones altamente vulnerables en relación al tema de las ITS/VIH-SIDA. Esta población a la que hacemos referencia son las mujeres sea cual sea su nacionalidad o lugar de residencia. Debido a sus múltiples roles -como esposa, madre, encargada del bienestar de la familia y a menudo como principal fuente del ingreso familiar la mujer puede verse en mayor desventaja al padecer alguna de las ITS/VIH-SIDA.

Una pregunta que salta a la vista y que puede ser el tema central de muchas investigaciones, tiene que ver con el ¿por qué las mujeres se encuentran viviendo aceptando una conducta de riesgo que puede afectar su salud física y mental?

En el caso de la mujer, la minoría de edad, la ignorancia y la falta de control sobre su vida sexual son los principales factores de riesgo frente a la infección por VIH-SIDA.⁷²

⁷¹ Vilata, Op. Cit. 19

⁷² Asociación Guatemalteca para la Prevención y Control del SIDA. *El Peligro Oculto: La Mujer y el SIDA* Instituto Panos. Guatemala, 1997:60.

El asegurar un estado óptimo de salud y prevenir la morbilidad por ITS/VIH - SIDA en una población determinada, son tareas arduas debido a la multiplicidad de factores que intervienen para el fomento de una cultura preventiva y de autocuidado. La participación de él y la Licenciado(a) en Enfermería y Obstetricia es un punto clave para el desarrollo de técnicas y métodos de investigación con la convicción de generar cambios positivos a nivel individual o comunitario. De esta manera, la investigación pretende obtener información de parte de las mujeres en relación a las Medidas de prevención que conocen y utilizan para evitar una ITS, esta información podrá proporcionar ciertas bases para el diseño de estrategias y acciones, en materia de promoción y prevención a la salud; con miras a proponer prácticas de autocuidado, logrando así disminuir el riesgo de enfermedad y muerte por ITS/VIS -SIDA en mujeres.

OBJETIVOS

4. OBJETIVOS

4.1 GENERAL

- ❖ Explorar el conocimiento sobre Medidas de prevención y prácticas de autocuidado que llevan a cabo las mujeres que acuden a los servicios de Infectología y Oncología del Instituto Nacional de Perinatología (INPer); en relación a las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH -SIDA (ITS/VIH-SIDA).

4.2 ESPECÍFICOS

- ❖ Diseñar un Manual de Procedimientos de Autocuidado de Promoción a la Salud en ITS/VIH-SIDA, con intervenciones de Promoción a la Salud dirigido a las mujeres y sus parejas. (Ver anexos)
- ❖ Proporcionar información sobre Medidas de Prevención y promoción a la salud en ITS/VIH-SIDA.
- ❖ Generar elementos en materia de salud que le permitan a la mujer y su pareja, propiciar prácticas de autocuidado.

METODOLOGÍA

5. METODOLOGÍA

El presente trabajo esta definido bajo un diseño de tipo Transeccional - Descriptivo, No experimental.

5.1 DISEÑO DE LA ENCUESTA

A partir del árbol de problemas se diseño un cuestionario con su respectivo manual de operación, cabe señalar que para la elaboración del mismo se consideraron algunos puntos clave tomados del Inventario sobre Prácticas de Alto Riesgo, evaluado previamente para su confiabilidad. (Ver anexos)

La finalidad de este instrumento fue la de obtener toda la información necesaria que permitiera explorar el conocimiento de las mujeres que pertenecen a un proyecto general denominado "ETS/VIH-SIDA y Trastornos de la Personalidad en Mujeres embarazadas y sus parejas. Detección y Prevención de prácticas de alto riesgo" que se llevó a cabo en el INPer.

Este cuestionario sólo se piloteó mediante la aplicación del mismo a un número aproximado de 40 mujeres asistentes a la consulta externa del I NPer.

Dentro del proyecto, no se utilizó hipótesis alguna, debido a que el objetivo central se basó en explorar el conocimiento de las mujeres en torno a las Medidas preventivas y prácticas de Autocuidado que se llevaron a cabo.

5.2 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA

El muestreo por conveniencia (no probabilístico) se utilizó en este trabajo, utilizando casi una cuarta parte de la población del proyecto general (300 ptes.).

Una vez piloteado el cuestionario fue aplicado a una muestra total de 50 mujeres asistentes a la consulta específica de Infectología y Oncología del INPer.

5.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ♣ Mujeres entre 19 y 45 años.
- ♣ Mujeres que hayan tenido por lo menos un evento reproductivo que resultara en hij@ nacid@ viv@.
- ♣ Mujeres que hayan sido diagnosticadas previamente en los Servicios de Infectología y Oncología, por sospecha clínica y de laboratorio de alguna ITS/VIH-SIDA.

5.4 MÉTODO DE ELECCIÓN DE PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

La selección de participantes para el estudio consistió en el acercamiento independiente a cada mujer presente en la consulta de Infectología y Oncología del INPer, abordándolas después de haber pasado a su consulta y de haber corroborado que pertenecieran al proyecto general, mediante la observación del sello en el carnet que la acreditaba como participante del proyecto general.

Después de un saludo y la presentación correspondiente se les preguntaba si habían tenido o no un embarazo que resultara en un hij@ nacid@ viv@, de ser afirmativa la respuesta y cumplir con los criterios de inclusión antes descritos, se les invitaba a contestar un cuestionario breve acerca de que tanto conocían acerca de las ITS/VIH-SIDA. Finalmente y una vez que accedieron, formaron parte de la muestra y se les aplicó el cuestionario. Posteriormente a la entrevista se corroboró en el expediente, que efectivamente existiera el diagnóstico de alguna ITS/VIH -SIDA y que hubiera tenido un evento obstétrico pasado o bien reciente.

5.5 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Una vez captada la información, ésta fue recopilada y ordenada en una base de datos, con la ayuda del paquete estadístico SPSS. Cabe señalar que en este proyecto sólo se describieron las variables más representativas y su relación entre las mismas.

RESULTADOS

6. RESULTADOS

Se trata de una población constituida por 50 mujeres asistentes a la consulta de Infectología y Colposcopia del Instituto Nacional de Perinatología (INPer), en esta ciudad. De estas el 62% (31) reside en el D.F., el 36% (18) en el Estado de México y el 2% (1) en el interior de la República. (Tabla 1)

Como era de esperarse, más de la mitad de la población entrevistada radica en el Distrito y una tercera parte proviene del área metropolitana, todas ellas reciben atención médica y hospitalaria por parte de la Institución, siendo el INPer un hospital de 3er nivel, que atiende en su mayoría a población femenina en edad reproductiva. Su principal objetivo es alcanzar servicios de alta calidad en la resolución óptima de problemas relacionados con riesgo materno y perinatal y lo relacionado a la reproducción humana.

Cobra importancia mencionar que las Infecciones de Transmisión Sexual son un tema de actualidad en relación a las mujeres y más aún cuando se encuentran gestando; las complicaciones que surgen no son sólo maternas sino también las hay perinatales, contribuyendo de manera significativa al aumento en los índices de morbi - mortalidad por estas causas.

Considerando la edad de las mujeres tenemos que se presentan en un rango de edad de 26 años; de estas el 56% (28) se encuentra dentro del grupo de 21 a 30, el 28% (14) de 31 a 40 y el 8% (4) a menos de 20 y mayores de 41 respectivamente. (Tabla 2)

Más de la mitad de la población bajo estudio son adultas jóvenes en edad reproductiva. En general todas son susceptibles a un posible contagio sexual por alguno de los agentes infecciosos de tipo vírico, bacteriano, fúngico, etc. A esto se suma el gran riesgo de contraer VIH/SIDA.

Actualmente, las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), están en franco aumento, en particular entre la gente joven de 15 a 25 años, debido a la práctica de conductas sexuales de riesgo, la cual ha desatado una epidemia mundial. Estas prácticas de riesgo se deben entre otras cosas a que en la última década, el inicio de la vida sexual en edades tempranas se ha adelantado y por consiguiente ha aumentado el número de parejas sexuales que las personas tienen a lo largo de su vida.⁷³(89)

⁷³ Vilata. Op. Cit. 227

Por otra parte las mujeres son más vulnerables a las ITS -VIH/SIDA, por las características tanto anatómicas de su aparato genitourinario y la ausencia frecuente de signos y síntomas tempranos de una infección, como por características sociales y culturales como el miedo y la ignorancia en torno a su cuerpo dificultando así, el diagnóstico y tratamiento oportuno.

De las mujeres que trabajan dentro y fuera de casa tenemos que el 22% (11) lo hace fuera, mientras que el 78% (39) realiza actividades dentro del hogar. (Tabla 3) En general todas las mujeres trabajan, sin embargo no todas son remuneradas económicamente. (Tabla 4)

Continuando con la descripción anterior se observa que el tipo de ocupación que sigue predominando entre las mujeres es la dedicada al hogar en un 36% (18), le sigue el comercio 34% (17), por su parte las mujeres profesionistas con licenciatura se observan minoritariamente en 10% (5), mientras que el 8% (4) se dedica a la artesanía, 4% (2) respectivamente se encuentra el personal administrativo no profesional y personal doméstico, finalmente 2% se dedica a trabajar por su cuenta con establecimiento propio y de igual manera la instrucción no profesionista. (Tabla 5)

La mujer es la persona más importante en la integración de la familia y en el funcionamiento del hogar. Es ella quien se encarga de la limpieza de la casa, la alimentación familiar, la educación de los niños y el cuidado de la salud de la familia. Cada día es más frecuente que, además de las tareas del hogar, la mujer salga a trabajar y participe activamente en el desarrollo social. (26)

En relación al nivel escolar tenemos el 36% (18) de las mujeres cuenta con un nivel de estudios igual o menor a secundaria, el 24% (12) tiene preparatoria o bachillerato, le continúa el nivel superior con 22% (11) y finalmente el 18% (9) tienen una carrera técnica. (Tabla 6)

Cada vez es mayor el número de mujeres que tienen acceso a servicios educativos, con lo cual se generan mayores conocimientos mejorando así las prácticas de salud tomadas por ellas mismas. Regresando un poco a la tabla 6, se puede observar que entre estas dos, el cambio educativo se encuentra muy ligado a la creciente participación de la mujer al campo laboral.

Al hablar del Estado civil, los resultados muestran que el 50% (25) de las mujeres se encuentran casadas civil y/o religiosamente, el 18% (9) respectivamente viven en unión libre o están solteras, el 10% (5) son divorciadas y el 4% (2) son viudas. (Tabla 7)

Con lo que respecta a esta tabla se observa que más de la mitad de la población esta unida o alguna vez lo estuvo, mientras que el resto (más de una cuarta parte), no lo esta. La realidad actual de las mujeres en general que asumen el papel de monógamas pasivas (relaciones sexuales sin protección), es sin lugar a dudas ser propensas a encontrarse entre el grupo con mayor riesgo de contraer alguna ITS o el VIH/SIDA.

La mayoría de nuestra población están unidas o alguna vez lo estuvieron, con los resultados obtenidos se observa de una manera lógica lo que marca la bibliografía "la mayoría de los casos de transmisión de las ITS -VIH/SIDA se deben a contactos heterosexuales de mujeres que sólo tienen relaciones con sus esposos".

Se dice que las mujeres casadas de apenas 20 años de edad constituyen un importante componente estadístico del "nuevo grupo" de personas infectadas, junto con las adolescentes y las mujeres que entran a la premenopausia.⁷⁴(38)

La accesibilidad a los Servicios de Salud que tienen las mujeres entrevistadas a 2 Km de distancia es la siguiente; el 52% (26) tiene a su disposición una Clínica o Centro de Salud cercano, el 40% (20) cuenta con Servicio Médico particular, y el 8% (4) restante tiene un Hospital cerca a su domicilio. (Tabla 8)

Pero al cuestionarlas acerca de si estas utilizaban cualquiera de los Servicios de Salud antes mencionados (sin mencionar al INPer), sólo en caso de enfermedad se encontró que; el 66% (33) de ellas si utiliza cualquiera de estos Servicios, mientras que el resto 34% (17) no. (Tabla 9)

Al continuar con la entrevista y cuestionarles ¿porqué no los utilizaban?; las respuestas obtenidas fueron, no lo consideran necesario "casi nunca enfermo" 41.1% (7), el 29.4% (5) comentó que los precios son muy elevados, el 17.6% (3) refirió que el hecho de ser VIH (+) les impedía tener acceso a los servicios de salud, finalmente el 11.7% (2) mencionó la "lejanía" de casa hacia los servicios de salud. (Tabla 10)

Llama la atención observar que una de las respuestas más sobresalientes dentro de este rubro se relacionó con la falta de interés que tienen las mujeres hacia su persona. La mujer por lo general lleva la responsabilidad de atender las necesidades de otros(as) dentro y fuera de casa antes que la suya propia. Uno de los tantos factores que pueden conducir a las mujeres a ser consideradas así mismas y a su salud como de poca importancia es la falta de autoestima. Esta razón puede incidir negativamente sobre la capacidad de protegerse en aquellas situaciones en donde se encuentran más vulnerables a las ITS y el VIH/SIDA.

⁷⁴ Hamblin, Julie and Elizabeth Reid. *Women. The HIV Epidemia and human Riges: A Tragic Imperative* NY: PNUD. 1991:5

Otro punto a destacar es el temor y el rechazo que se observa entre el personal de salud hacia una persona portadora del VIH/SIDA, indistintamente de su sexo. Esta condición la y lo pone desventaja para recibir una atención de calidad y por ende disminuye la capacidad de buscar otras posibilidades para su cuidado adecuado en tales circunstancias.

En cuanto a la higiene corporal se encontró que el 90% (45) de los casos la realizan diariamente, mientras que el 10% (5), cada tercer día. El total de la población entrevistada coincide en el cambio diario de ropa interior.

Pareciera ser que la condición higiénica de la mujer no tiene relación alguna con la presencia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), sin embargo y por lo general si se relaciona con infecciones vaginales. Una causa frecuente de consulta para médicos generales y ginecólogos, son las infecciones de la vulva, la vagina y el cuello uterino. La causa de estas infecciones esta relacionada con variables como la edad, la higiene vaginal y los hábitos personales entre otros factores.

En la sección B del cuestionario se determinaron las prácticas de autocuidado en la Salud Sexual y Reproductiva, encontrando que el 78% (39) de las mujeres tienen un compañero al momento de la entrevista (pudiendo ser o no de tipo sexual), el resto 22% (11) no tiene un compañero actual. (Tabla 11)

En relación a la pregunta anterior, se les cuestionó si el compañero actual vivía con ella, aproximadamente las 24 horas al día, el 94.8% (37) respondió afirmativamente, mientras que el 5.1% (2) afirmó no tener convivencia diaria con él. (Tabla 12)

Es alarmante observar que más de la mitad de la población bajo estudio son víctimas de las ITS-VIH/SIDA, pero que además cuentan con un compañero "de planta" que en la mayoría de los casos viola sus derechos sexuales y reproductivos. Gran parte de las mujeres en este estudio son monógamas y están unidas, actualmente no es válido comentar que éste hecho las proteja, sin embargo y una vez que la mujer ha adquirido la infección, es vista con rechazo y marcada en primer término por su compañero e incluso por su propia familia, sin importar si fue el esposo quien llevó la infección al hogar.

Es curioso encontrar que la mujer en el terreno de la sexualidad, ésta se encuentre enraizada en un mundo patriarcal, donde la identidad de género en las mujeres se vive con prohibiciones, normativas y de cuidados determinados por la

sociedad, donde se observa una situación completamente diferente para el hombre. Si bien es cierto la educación que se da a una niña a muy temprana edad es para asumir el rol de sumisión, de pasividad, de ser conquistada; todo ello contribuye a formar una mujer sin libertad, de pensar, de sentir, marcando así la necesidad de hacerla profundamente dependiente (sobre todo psicológicamente) y de no alcanzar metas económicas, políticas y personales sin el apoyo masculino.

Continuando con los datos referidos por las mujeres en relación al compañero actual los resultados, por su parte permiten ver que el 64% (32) es mayor a los 26 años y el 14% (7) igual o menor a los 25 años. En relación al tipo de ocupación que desempeña el compañero muestran que el 23% (9) se dedica al comercio, el 20.5% (8) es transportista, el 17.9% (7) son profesionistas, el 15.3% (6) es empleado de gobierno, el resto se dedica entre otras actividades a servicios personales y al campo.

De la población femenina que afirmó la convivencia diaria con el compañero, se registró que el 68% (34), el varón es quien aporta el mayor ingreso económico para el hogar, mientras que el 22% (11), lo aportan ellas y el resto 10% (5) lo proporciona el padre o el suegro de la misma. (Tabla 13)

Al analizar esta tabla no se esperaba encontrar la dependencia económica de las mujeres, debido a que más de la mitad de ellas trabajan con remuneración económica. Sin embargo resulta muy interesante conocer la conceptualización que tiene el dinero sobre el cuerpo de la mujer; es bien reconocido que al depender económicamente del varón, en ese mismo momento se pierde la libertad de decidir sobre su sexualidad y su cuerpo, que dicho de una manera cruel y ruda son explotadas sexualmente.

Aquí valdría hacer un cuestionamiento un tanto burdo en relación a este punto, ¿Qué hace diferente a una mujer ama de casa de una mujer que trabaja por sexo, cuando ambas necesitan de una independencia económica para decidir por ellas mismas lo que quieren respecto a su salud sexual y reproductiva?; quizá la trabajadora sexual logre exigir condiciones para ser utilizada, pero; ¿la ama de casa lo podrá hacer sin ser juzgada por su compañero?.

Para continuar con la presentación y análisis de los cuadros posteriores, se decidió utilizar un esquema de bloques que describa la relación que existe entre las conductas sexuales de riesgo y la presencia de ITS -VIH/SIDA. Cabe Mencionar que los resultados pueden ser un tanto subjetivos en relación a las preguntas aplicadas a las mujeres en estudio sobre redes sexuales, sin embargo no dejan de ser relevantes para el estudio. (Bloque No. 1)

Finalmente y sin lugar a dudas las conductas de riesgo están muy relacionadas con las ITS-VIH/SIDA, los resultados arrojados, muestran que sólo 7 de 50 casos refirió tener más de 1 compañero sexual en los últimos 2 años (a partir del momento de la entrevista); con los cuales hubo sexo con penetración y a su vez suponían que éstos, tuviesen contactos sexuales con otras parejas antes o durante el tiempo que se frecuentaron. Todas ellas afirmaron no recibir dinero alguno por tener sexo con éstos varones, sin olvidar que todas ellas tienen o tuvieron alguna IT S o el VIH/SIDA.

Acerca de la utilización de Métodos de Planificación Familiar, el 58% (29) de las mujeres si utiliza algún método de Planificación, mientras que el 18% (9) no; el resto de la población corresponde a mujeres gestantes 24% (12). (Tabla 1 4)

Al observar la relación entre el trabajo fuera y dentro de casa contra la utilización de Métodos de Planificación Familiar, los resultados muestran que aquellas mujeres que trabajan dentro de casa, con y sin remuneración económica mostraron respectivamente una participación más activa en la utilización de Métodos de Planificación Familiar 41.3% (12) contra 17.2% (5) de las mujeres que trabajan fuera de casa con ingreso económico que no participan en la utilización de los mismos. (Tabla 15)

Resulta muy interesante evaluar los datos arrojados en este cuadro donde se esperó todo lo contrario, cabe mencionar que es una preocupación latente el hecho de que la mujer con empleo y "solvencia económica" descuide su salud sexual y reproductiva; utilizando estos métodos no sólo para control natal, sino para prevenir las ITS-VIH/SIDA. No obstante se dejó ver que las mujeres trabajadoras dentro del hogar y sin remuneración económica alguna, si los utilizan. Lo ideal en la población sería que tanto hombres como mujeres utilizaran los Métodos de Planificación Familiar y que éstos fueran considerados como herramientas clave para mantener la Salud Sexual y Reproductiva.

Como se puede observar uno de los métodos de planificación familiar de barrera más representativo entre la población fue el preservativo masculino mejor conocido como el "condón" 20.6% (6), el DIU 17.2% (5), la abstinencia sexual 13.7% (4), el condón femenino, las pastillas, las inyecciones y el implante subdérmico "Nortplan" tuvieron el 3.4% (1) respectivamente. El mayor porcentaje lo obtuvo la Obliteración Tubárica Bilateral (OTB) con 34.4% (10), como Método de Planificación Familiar definitivo. (Tabla 16)

La importancia de los métodos de Planificación Familiar, no sólo radica en el beneficio proporcionado a los individuos, sino también representa ventajas en los países a nivel mundial. Sin lugar a dudas la importancia de éstos dentro del contexto de ITS-VIH/SIDA, es precisamente al desempeño que han logrado en la prevención de las mismas. Algunos de los métodos anticonceptivos como lo es el condón masculino y femenino protegen a ambos contra Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), inclusive el VIH/SIDA, además de prevenir un embarazo no previsto.

De las mujeres que presentaron el hábito del tabaquismo, los resultados muestran que 10% (5) suele hacerlo. (Tabla 17) De éstas el 80% (4) fuma entre 1 a 3 cigarros por día.

En relación al análisis de este cuadro cabe aclarar, que de los 12 casos de mujeres que presentaron embarazo, ninguna resultó positiva a este evento. Sin embargo pareciera ser que el nivel escolar tiene relación con esta variable, ya que los resultados mostraron que aquellas mujeres con nivel de preparatoria y/o licenciatura son consumidoras habituales del tabaco. Este es otro de los muchos temas en que Enfermería entraría como promotora de salud en beneficio del individuo y del medio ambiente.

De igual manera y respecto al consumo de drogas (orales o inyectadas) el 8% (4) de las mujeres, refirieron haberse relacionado con éstas en alguna etapa de su vida. (Tabla 18)

Por otra parte se aprecia que la población cautiva mostró que el consumo del alcohol había afectado (en el pasado) su conducta sexual 22% (11); así mismo el 6% (3) comentó durante la entrevista que el consumo de alcohol hoy en día las condicionaba a la aventura sexual. (Tabla 19 y 20)

Al analizar los cuadros anteriores se puede mostrar que el uso de alcohol y drogas, por parte de las mujeres contribuye a reducir la autonomía que pudieran tener dentro de su hogar o fuera de éste, provocando así aventuras en el campo sexual sin tomar las precauciones necesarias para evitar una exposición al peligro oculto y latente de las ITS-VIH/SIDA.

La problemática de las ITS-VIH/SIDA, esta tan generalizada, que cualquier persona sexualmente activa se enfrenta a un posible contagio y más aún cuando se presenta el consumo de sustancias psicoactivas y el alcohol, lo que causa una actitud desenfadada frente al sexo y libre de temor en estas infecciones que en ocasiones llegan a ser de tipo mortal, tal es el caso del VIH/SIDA, ya que aún no existe una

terapia eficaz. Estos son algunos de los muchos factores que existen a nivel mundial y que han propiciado la diseminación e incremento alarmante de las ITS -VIH/SIDA.

A partir de estas variables ya descritas, se comenzó con la parte de cultura sanitaria, es decir en relación al conocimiento y prácticas de Autocuidado que llevan o llevaron las mujeres en relación a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y e l VIH/SIDA.

Los resultados obtenidos al relacionar el conocimiento que tienen las mujeres acerca del significado de ITS contra mencionar los nombres de éstas, se encontró que 70% (35) no definieron el concepto: tan sólo se imitaron a contestar "son las que se transmiten por sexo", mientras que el 30% (15) se defendió para dar respuesta a lo planteado de una manera clara y sencilla. Resulta interesante analizar que de éstas mujeres a excepción de un caso, mostraron poca incongruencia, ya que no tienen un a idea concreta y correcta de qué es una ITS, sin embargo el 84% (42) mencionó de 1 a 4 ITS incluido el VIH/SIDA y el resto 14% (7) más de 5 ITS. (Tabla 2 1 y 22)

Es alarmante encontrar que más de la mitad de la población no tiene idea alguna acerca de la definición concreta de ITS, estos datos muestran el riesgo aún mayor que tienen las mujeres por la falta de información al respecto. Aunque se reconoce ampliamente la importancia que tiene la educación para la salud, quizá muchas de estas mujeres nunca recibieron orientación en relación a como protegerse a sí mismas y a los demás sobre ITS y el VIH/SIDA, cabe mencionar que la población encuestada se encuentra entre los 19 y 44 años de edad, por lo que y aunque han pasado más de 15 años desde que se reconociera a nivel mundial que hay necesidad de educación y comunicación para prevenir en particular el VIH/SIDA, aún hoy día las mujeres y los hombres tienen limitadas oportunidades de aprender acerca del virus y las ITS.

Otro rubro a analizar mismo que esta contenido en la sección B del cuestionario, es acerca de los factores de riesgo asociados a la transmisión sexual y no sexual del VIH/SIDA.

Del total de la muestra 88% (44) comentó no haber recibido transfusiones e plasma y/o derivados sanguíneos, e l resto 12% (6) refirió haber pasado por un evento a lo largo de su vida en la cual requirió de una transfusión sanguínea. (Tabla 2 3)

Es de relevancia comentar que otro de los medios de transmisión del VIH y el más certero, es partir de aquellas perso nas que reciben transfusiones de sangre contaminada por el virus, lo cierto es que, este mecanismo, es la manera más eficiente de transmitir el VIH, puesto que se integran grandes cantidades de virus en el cuerpo

de la persona. Hoy en día los existe la Norma Oficial Mexicana (MON.003-SSA2-1993), donde marca los criterios específicos para el control y calidad de la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos, esto ha contribuido a reducir enormemente el riesgo de infección por este agente por transfusiones de sangre o productos hemoderivados.

La detección de anticuerpos contra el virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) mostró dentro de la población que el 32% (16) resultó ser positiva a esta prueba, mientras que el 26% (13) dio negativo a VIH; el resto de las mujeres aún no se realizan la prueba. (Tabla 24 y 25)

Las pruebas tempranas para detectar la presencia del VIH/SIDA ofrece muchos beneficios en la mujer, uno de ellos y en primer término; es la oportunidad de reducir la transmisión perinatal del VIH, además de llevar un tratamiento eficaz y oportuno. Una de las desventajas que se presentan comúnmente en relación a si se realiza la prueba o no, es la causa de estrés que provoca el saberse positivo(a) o negativo(a) quizá por que saben que su comportamiento o el de su pareja los ha puesto en riesgo, aunado a esto el temor bloquea la mentalidad de las personas si saber como encarar los diversos resultados posibles de la o las pruebas.

Al observar los datos en relación al mecanismo de contagio por la infección del VIH/SIDA; el 93.7% (15) de las mujeres que resultaron positivas a este evento fue a través de un contacto sexual y solo un caso 6.2% refirió ser portadora del virus a causa de una transfusión sanguínea. (Tabla 26)

Es bien conocido que el riesgo de infección por el VIH y otras ITS es a través del coito sin protección y éste aumenta de 2 a 4 más en la mujer que para el hombre, debido a que durante el coito vaginal particularmente el área del aparato genital femenino esta expuesto a las secreciones sexuales del compañero es más grande que la del hombre. Además la concentración del VIH es generalmente más alta en el semen del hombre que en las secreciones sexuales de la mujer. ⁷⁵⁽⁵²⁾

Recordemos que el total de la muestra tuvo un diagnóstico médico y de laboratorio por alguna ITS o el propio VIH/SIDA, de las cuales el 52% (26) corresponde al Virus del Papiloma Humano (VPH), 32% (16) al VIH/SIDA, 6% (3) Ureaplasma urealyticum y Herpes genital respectivamente, a sí mismo se observó que la Sífilis y la Clamydia ocupan el 2% (1) restante respectivamente. (Tabla 27)

⁷⁵ Moscicki, A., Ma Y., and Vermund, S. Cervical ectopy in adolescent girls with and without human immunodeficiency virus infection Journal of Infectious Diseases. 2001:38

Al cuestionar a la mujer si había presentado alguna Infección de Transmisión Sexual previa al diagnóstico de ITS actual se encontró que 78% (39) de ellas afirmó no haber presentado algún evento por ITS previas, mientras que 22% (11) si presentó una infección de esta índole mucho antes de la ITS actual. (Tabla 28)

Continuando con la descripción anterior tenemos que el VPH 8% (4) se observó nuevamente en el 1er lugar de posición en relación a este estudio, le continua la Sífilis en 6% (3), respecto al *Mycoplasma hominis*, Molusco contagioso Y Herpes genital se presentaron en 2% (1) respectivamente. (Tabla 29) De este grupo 68% (34) afirmaron conocer que su infección era por transmisión sexual, mientras que el resto de ellas 32% (16) no lo "sabían".

Es impresionante observar que muchas de estas mujeres tuvieron eventos de ITS previas a la actual además de ser de tipo ulcerativas, llama la atención desta car que el VIH penetra con mayor facilidad cuando hay una lesión por alguna ITS previa, como es el caso del Herpes genital o la Sífilis; sin embargo es de importancia destacar que la Sífilis considerada como una ITS clásica, ha presentado una disminución paulatina en el último siglo, pero a su vez la desventaja se centra en que se ha abierto paso a las nuevas ITS como el Virus del Papiloma Humano que continua en franco aumento.

Al hablar de métodos preventivos y aterrizar en el uso del preservativo masculino antes del diagnóstico reciente de ITS o VIH/SIDA, la población muestra que 60% (30) nunca lo utilizaron, el 36% (18) corresponde a quienes lo usaron rara vez, mientras que el 4% (2) lo utilizó a menudo. (Tabla 30)

El uso creciente del condón es crucial para controlar la propagación del VIH/SIDA y otras ITS. El condón es el único método anticonceptivo que ofrece doble protección, puesto que protege tanto contra la infección como contra el embarazo. Sin embargo la población no los utiliza debido a muchos factores entre ellos; esta la religión, ya que muchas de ellas prohíben su uso, la cultura y su carente acceso a éste dificultan la promoción de los mismos.

Por otra parte y en relación a la descripción anterior se interrogo a las mujeres sobre datos específicos que arrojaron resultados confiables para valorar la utilización correcta del preservativo masculino; encontrando que el 60% (30) de la población entrevistada no sabe utilizar el condón correctamente, mientras que el 40% (20) restante, si conoce los lineamientos clave para su utilización. (Tabla 31)

Para interrogar sobre la utilización y conocimiento del condón masculino, se utilizaron preguntas abiertas; se inició con la pregunta a) ¿Quién lo usa y qué forma tiene?, b) ¿En qué momento se coloca? Y c) ¿Qué cuidado se debe tener para retirar se el preservativo?. Para cada uno de los cuestionamientos existen respuestas esperadas y calificación del conocimiento que tiene la mujer respecto a lo referido. La información sustraída para esta variable fue tomada de un estudio previo llamado Estudio de cohorte Perinatal. Ver anexo Instructivo de llenado

Durante la entrevista el 58% (29) de las mujeres recibió orientación preventiva de los proveedores de salud en relación a los cuidados a la salud, minutos después de haber sido informada sobre su diagnóstico por ITS -VIH/SIDA, el resto de ellas 42% (21) no recibió orientación alguna al respecto. (Tabla 32)

Sin lugar a dudas la educación para la salud es parte integral de los Servicios de Salud, invariablemente sea de 1er, 2º o 3er nivel de atención, debido a que hoy por hoy se hace necesaria la participación del personal de salud como actor(a) protagónico de Promocionar la Salud de todos y todas.

Como se observa en la descripción anterior más de la mitad de la población obtuvo información preventiva en relación a su problema, sin embargo cabe hacer una pregunta en relación al resto de la población que no la obtuvo: ¿Porqué no recibió ésta la misma oportunidad de ser orientada y ofrecerle un Servicio de educación e información?, a caso será porque ellas no lo demandaron o quizá ¿Porqué los proveedores de salud estaban muy "ocupados"? Es necesario que los educadores sean médicos(as), enfermeros(as), psicólogos, etc., proporcionen la información mínima necesaria para y en 1er lugar lograr un efecto de apartar al individuo o personas de l peligro de las ITS-VIH/SIDA y en 2º lugar para no desencadenar un terror en su audiencia propiciado por información errónea en relación las Infecciones Transmitidas Sexualmente. Sin embargo, cabe aclarar que el hecho de brindar información sobre éstos temas no asegura un cambio de conductas sexuales, pero si se promueven las conductas sexuales con precaución, es decir con el uso el preservat ivo tanto masculino y femenino, entre otras.

De esta población que si recibió orientación preventiva tenemos, que el 96.6% recibió de 1 a 3 indicaciones por parte del personal de salud y sólo el 3.4% (1) recibió más de 4.

Para interrogar sobre la utilización y conocimiento del condón masculino, se utilizaron preguntas abiertas; se inició con la pregunta a)¿Quién lo usa y qué forma tiene?, b)¿En qué momento se coloca? Y c)¿Qué cuidado se debe tener para retirar se el preservativo?. Para cada uno de los cuestionamientos existen respuestas esperadas y calificación del conocimiento que tiene la mujer respecto a lo referido. La información sustraída para esta variable fue tomada de un estudio previo llamado Estudio de cohorte Perinatal. Ver anexo Instructivo de llenado

Durante la entrevista el 58% (29) de las mujeres recibió orientación preventiva de los proveedores de salud en relación a los cuidados a la salud, minutos después de haber sido informada sobre su diagnóstico por ITS -VIH/SIDA, el resto de ellas 42% (21) no recibió orientación alguna al respecto. (Tabla 32)

Sin lugar a dudas la educación para la salud es parte integral de los Servicios de Salud, invariablemente sea de 1er, 2º o 3er nivel de atención, debido a que hoy por hoy se hace necesaria la participación del personal de salud como actor(a) protagonista de Promocionar la Salud de todos y todas.

Como se observa en la descripción anterior más de la mitad de la población obtuvo información preventiva en relación a su problema, sin embargo cabe hacer una pregunta en relación al resto de la población que no la obtuvo: ¿Porqué no recibió ésta la misma oportunidad de ser orientada y ofrecerle un Servicio de educación e información?, a caso será porque ellas no lo demandaron o quizá ¿Porqué los proveedores de salud estaban muy "ocupados"?. Es necesario que los educadores sean médicos(as), enfermeros(as), psicólogos, etc., proporcionen la información mínima necesaria para y en 1er lugar lograr un efecto de apartar al individuo o personas de l peligro de las ITS-VIH/SIDA y en 2º lugar para no desencadenar un terror en su audiencia propiciado por información errónea en relación las Infecciones Transmitidas Sexualmente. Sin embargo, cabe aclarar que el hecho de brindar información sobre éstos temas no asegura un cambio de conductas sexuales, pero si se promueven las conductas sexuales con precaución, es decir con el uso el preservativo tanto masculino y femenino, entre otras.

De esta población que si recibió orientación preventiva tenemos, que el 96.6% recibió de 1 a 3 indicaciones por parte del personal de salud y sólo el 3.4% (1) recibió más de 4.

De estas indicaciones las más nombradas fueron el uso del preservativo masculino 58.6% (17), recibir tratamiento en pareja y abstinencia sexual 44.8% (13) respectivamente, acudir a revisión médica de control y realizarse el Papanicolaou cada 6 meses 13.8% (4) para cada caso, entre otros. (Tabla 33)

Al interpretar esta tabla, nos encontramos que a pesar de que el personal de Salud centra su mayor esfuerzo en proporcionar la información necesaria al individuo o comunidad, aún no se logra tener el impacto deseado; un ejemplo claro se observó durante la respuesta del uso del preservativo masculino; mucho se ha dicho al respecto, pero cuantas de estas mujeres en verdad lo llevó o lo lleva a cabo en función del autocuidado de su salud sexual y reproductiva.

Existen muchas interrogantes en relación a l tema de las ITS-VIH/SIDA y esto ha hecho que muchas mujeres y hombres no estén enterados(as) del los factores de riesgo a los que se exponen; sin embargo no sólo es responsabilidad de ellos y ellas, también es responsabilidad de las Instituciones de salud y de su personal, pues dentro de la población estudiada se encontró que el 64% (32) de las mujeres tuvo dudas en relación a su padecimiento actual por alguna ITS -VIH/SIDA y el personal de salud no dio respuesta a sus interrogantes, por otro el 36% (18) afirmó sentirse satisfecha con la explicación proporcionada en relación a su enfermedad. (Tabla 34)

Estos datos muestran la labor perdida de los promotores de salud , ya que se puede observar que no son suficientes para estimular la participación activa del individuo o comunidad para establecer medidas efectivas de autocuidado a su salud principalmente sexual y reproductiva; obviamente y don de incluya la prevención de las ITS y el mismo VIH/SIDA. Cabe aclarar que estos datos muestran que ya no es suficiente informar de manera pasiva a la población cualquiera que esta sea; ya que actualmente las personas de hoy día demandan más y más información en torno a este y otros temas. El personal de salud no sólo debe exhortar a la población sobre la abstinencia sexual sino brindar información en relación a lo que acontece a nivel mundial sobre las ITS y el VIH/SIDA, ya que son infecciones que cualquier persona puede adquirir, de cualquier edad y condición social, así mismo es necesario hacer pública esta información no sólo con las personas con actividad sexual iniciada, sino con las personas que aún no la inician adecuando la información para no alarmar con este tipo de información; ya que probablemente es el método más inefectivo de reducir el número de casos de ITS y sólo serviría en un momento dado como arma para favorecer un ambiente de miedo y condena en el individuo.

Debido al riesgo que todos y todas tenemos de contraer una ITS -VIH/SIDA, el trabajador de salud debe explicar claramente a la población en general las Medidas de Prevención para evitar alguna de estas infecciones, puesto que al analizar los resultados de la población estudiada se observó que sólo el 80% (40) de las Mujeres conocen y mencionaron de 1 a 3 Medidas preventivas, el 6% (3) mencionó 4 o más; mientras que el resto 14% (7) no conoce ninguna Medida de Prevención para evitar las ITS-VIH/SIDA. (Tabla 35)

De acuerdo a los resultados obtenidos en este cuadro, se denota que la mayor parte de la población tiene conocimiento alguno en relación a las Medidas Preventivas sobre las ITS-VIH/SIDA; sin embargo y por otro lado se observa que aunque es minoría no conoce acerca de las profilaxis en este tema. Si bien es cierto la educación e información proporcionada al respecto ayuda a que las personas se den cuenta de la necesidad de proteger su salud sexual y reproductiva, pero también se hace necesario que toda persona que recibe información al respecto, comprenda e interprete los datos recopilados para tomar decisiones apropiadas sobre su salud. No basta con ofrecerle a la mujer que hacer o que pensar, es más que eso, el personal de salud debe brindar asesoría oportuna sobre las opciones que ésta tiene respecto a todo lo que conlleva su salud; incluido el acceso a la atención, la información confidencial, el tratamiento sola o en pareja, el respeto a su cuerpo, entre otras muchas cosas.

A la par con los programas de Promoción a la Salud, es de vital importancia que los profesionales al cuidado de la salud tengan el compromiso, el conocimiento y la responsabilidad de proporcionar respuestas e información basadas en las necesidades de cada individuo para lograr una actitud positiva en donde la persona o grupo de personas tomen por sí mismas las decisiones de autocuidado a su salud.

En relación a este cuadro pero de manera opuesta se aprecia que el 54% (27) de las mujeres refirió y mencionó de 1 a 2 Factores de Riesgo, el 18% (9) 3 o más; el resto 28% (14) no conoce acerca de los Factores de Riesgo que intervienen para que se presente alguna de las ITS-VIH/SIDA. (Tabla 36)

Uno de los aspectos más desalentadores que se observó en esta población, no es el hecho de que las mujeres desconozcan los Factores de Riesgo frente a las ITS -VI/SIDA, sino que son mucho más vulnerables a éstas cuando en su gran mayoría la misma cultura y sociedad no les facilita el acceso a la información al respecto.

Por otra parte el 94% (47) de las mujeres participantes conoce que la prueba del Papanicolaou es el método eficaz para la detección temprana y oportuna del Cáncer Cervico-uterino, mientras que le 6% (3) restante comentó que este examen detecta cáncer tanto en matriz como en senos. (Tabla 37)

En relación a este cuadro se tiene que el 98% (49) de ellas afirmó haberse realizado el Papanicolaou y sólo 1 caso (2%) refirió no habérselo realizado nunca.

Hoy en día más la gran mayoría de las mujeres son sometidas al examen del Papanicolaou, ya que como bien se sabe el Cáncer es prevenible y tratable a diferencia de otras ITS como el VIH/SIDA. Como en todas las enfermedades, cuanto más rápidamente se detecte, más fácil será tratar los síntomas y menores serán las secuelas. Por tal motivo la insistencia de los medios de Salud para que el caso de las mujeres se realicen este examen anualmente, junto con un examen pélvico y de senos.

Para finalizar el análisis del cuestionario, los resultados muestran que el 46% (23) de las mujeres les agradecería recibir la información acerca de las ITS-VIH/SIDA en un platica con su compañero, el 24% (12) de ellas afirmó que les gustaría en pequeños instructivos para leer en casa, mientras que el 20% (10) de ellas comentó que sería muy conveniente que este tipo de información fuese sólo entre un grupo de mujeres. (Tabla 38)

Las reacciones emocionales de las mujeres se ven volcadas en las respuestas antes descritas, cuando las ITS-VIH/SIDA se presentan en una persona con y sin autoconciencia en virtud de su comportamiento sexual, también se presentan actitudes como la negación, el rechazo, el repudio, la sospecha, la frustración y en algunos casos la ruptura familiar. De ahí que las mujeres prefieran tener información junto con sus compañeros para que de alguna manera se despierte la auto conciencia del autocuidado en la salud sexual y reproductiva y así se fomente en ambos una conducta de responsabilidad frente a las ITS-VIH/SIDA; logrando día a día una Sexualidad libre de tabúes y miedos que no tienen razón de ser.

DISCUSIÓN

7. DISCUSIÓN

La encuesta tuvo una serie de limitaciones. Las participantes solo pertenecieron a un solo grupo, el de las ITS-VIH/SIDA, y a pesar del sesgo que se pudiera observar por no utilizar un grupo control; la bibliografía refiere que si una muestra de este tipo es heterogénea -presencia de infecciones sexualmente transmitidas-, se podrán asegurar resultados razonables a lo esperado. En síntesis los resultados reflejan que los objetivos del estudio si cumplieron su cometido. El cuestionario había sido sometido previamente a una prueba piloto y, en consecuencia, no es probable que hubiera sesgos por dificultades de comprensión.

Las propuestas que surgen en torno a la Promoción a la Salud son muchas, pero pocas son llevadas a cabo. Para fines de este trabajo se retoma la descripción de la Carta de Ottawa donde rechaza el enfoque de la educación para la salud tradicional de una manera en que la población desempeña un papel pasivo como receptor de programas educativos. De ahí que el grueso de este trabajo se orienta en promocionar la Salud desde un contexto del Autocuidado en donde la población participe efectiva y activamente, tomando decisiones y elaborando propuestas junto con la asesoría del promotor de salud, para mejorar el nivel de salud individual o colectivo.

Si bien es cierto un campo donde se necesita del apoyo del Autocuidado, como intervención para prevención y control, es sin duda, en el terreno de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH/SIDA; ya que este problema tan complejo no sólo tiene que ver con la salud y la educación sino intenta desplazar a la curación y el tratamiento por actitudes donde hombres y particularmente las mujeres sean responsables de su Salud Sexual y Reproductiva, llevando a cabo prácticas de autocuidado, que les permitan en definitiva alcanzar niveles de vida independientes y de autoestima.⁷⁶

Por lo tanto la prevención para la salud no es más que un conjunto de acciones que ha venido desarrollando el ser humano desde épocas antiguas; en donde al pasar el tiempo y como resultado de su evolución estas acciones han sido sistematizadas como resultado de la observación y análisis de los hechos formando así, una disciplina de carácter participativo en la toma de decisiones respecto a la salud de cada individuo de forma consiente.

⁷⁶ Dean, K. Lay care in Ines. Soc.Sci.Med. 22,275-284,986; Levin L. The lay resource in health and health care 1986.

De ahí que el personal de salud no debe limitarse a la curación de los y las pacientes; sino abordar el otro extremo del proceso Salud-Enfermedad como lo es la prevención; haciéndose necesario que éste(a) se conceptualice a sí mismo(a) que de su trabajo y colaboración depende en mucho de la salud colectiva.

Por ello el trabajo planteado era entonces el conocer ¿Qué prácticas de Autocuidado eran llevadas a cabo y evaluar como tales representan un punto estratégico para evitar una conducta sexual de riesgo frente a las ITS-VIH/SIDA; en un contexto real, representado en este caso por la población estudiada.

Es claro que un buen número de preguntas interrelacionadas en el estudio no dieron los resultados esperados, e incluso se comportaron en sentido opuesto. Esto puede deberse a la diversidad de grupos que conforman las sociedades, si bien las mujeres se han hecho cada vez más visibles, poniendo en cuestión la forma particular en que se encuentran insertas en la sociedad; pero aún con eso continúan siendo un tanto subordinadas y en consecuencia esto afecta su salud sexual y reproductiva.

Estas mujeres de las que estamos hablando hoy, se sitúan en una realidad que esta sufriendo transformaciones por momentos de cambios vertiginosos, de ideologías y prácticas de vida; por eso se da respuesta a la pregunta ¿De dónde se miró para que este trabajo fuese dirigido a las mujeres?. Los y las enfermeros(as) que incluimos la variable género en nuestra forma de pensar y de trabajar sobre los problemas de la humanidad, se hace observando en que la mujer siempre esta presente en nuestras vidas por el hecho de nacer seres sexuados en una cultura donde se establece diferencias de valor, de status y de poder entre mujeres y hombres y que, por lo tanto, nos socializamos de manera diferente.

Desde esta perspectiva, el interés que sean vistas en la sociedad tan contradictoria que se vive en cuyas modalidades de vida van desde la mujer; madre, ama de casa, a la mujer "maravilla" o hacelotodo, autosuficiente a veces, sumisa siempre o bien; desde la mujer gerente de una empresa, hasta aquellas que son sometidas a ocultar su rostro para no ser maltratadas, tal es el caso de las mujeres mulsumanas. Pero con todo y esto nos encontramos con el hecho de que el estereotipo femenino es visto como un ser para otros absolutamente negado para nosotras mismas.⁷⁷⁻⁷⁸

Con base a lo anterior, tenemos que son varias las razones que explican porqué la mujer es más vulnerable que el hombre para muchas otras cosas, pero muy en

⁷⁷ Figueroa, Perea J.G. Compilador. *La condición de la Mujer en el espacio de la Salud*. 1998, 278-280

⁷⁸ Ier Congreso Nacional Mujer y Salud Mental *Servicio Nacional de la Mujer, hagamos un nuevo trato* 1994, 127

particular para adquirir una ITS-VIH/SIDA. Los atributos físicos, psicológicos y sociales de las mujeres contribuyen a que éstas sean particularmente más vulnerables al VIH/SIDA y otras ITS.^{79, 80}

En respuesta a esto y con un marco de referencia metodológico, se puede decir que el estudio aporta a su realidad concreta una serie de interacciones que vale la pena destacar; aclarando que en ningún momento estas interacciones de las que se hablan posteriormente se tomaron como modelos hipotéticos que bien podrían ser válidos en estudios ulteriores en el que el tamaño de la muestra sea representativo estadísticamente.

Los resultados planteados en la tabla referente a la edad, son equivalentes a lo expuesto por múltiples autores acerca de la incidencia de las ITS y el VIH/SIDA, lo cual se debe, entre otras causas, a la falta de acceso a la información y al derecho de recibirla, por falso sentido de "seguridad" que brinda el tratamiento, a la inadecuad a preparación de los profesionales de la salud en relación a estos temas que exigen compromiso y responsabilidad con la población, a la no protección en contactos sexuales ocasionales y a la educación sexual deficiente.^{81, 82}

Por otro lado la población muestra que el 98% de las mujeres son infectadas a través de relaciones heterosexuales sin protección con sus compañeros o esposos; esto mismo ocurre especialmente en África, Asia meridional y el sudeste asiático.⁵⁵ La falta de independencia económica en todos los niveles de la sociedad aún con un nivel escolar superior, no garantiza que las mujeres puedan ejercer decisiones respecto a su cuerpo y a su sexualidad; ya que se observó que a pesar de contar con un trabajo remunerado en la mayoría de los casos 53.8%, no las excluye del control masculino a la que son sometidas y esto se debe a la dependencia económica y social del hombre, con base a lo anterior, 22% de las mujeres aportan el ingreso económico para el mantenimiento del hogar, sin embargo y en la mayoría de los casos 68%, el compañero continua aportando el mayor ingreso económico a al familia.

Este cuadro se simplifica en que si bien las mujeres participan en la economía familiar y algunas se responsabilizan casi en su totalidad de los ingresos, su trabajo no es considerado como una actividad reconocida. Se experimenta como una prolongación de sus quehaceres domésticos (lavar, planchar, cocinar y limpiar) y, por lo tanto, no es valorado por ellas mismas.

⁷⁹Boletín OPS. 22,23

⁸⁰Populations Reports. Los jóvenes y el VIH/SIDA. ¿Podemos evitar una catástrofe? 2001. 15-17

⁸¹Aldana, A. y cols. *Mujer, Sexualidad y SIDA* 1998. 136

⁸² Stoppard, M. *Guía de la Mujer*. 1993.187-188

En un estudio realizado en Kwa Zulú -Natal, al Sur de África se encontró que el 55% (n=219) de las mujeres creían que sus compañeros tenían derecho a tener múltiples parejas sexuales, debido a que eran ellos quienes aportaban el mayor ingreso económico a la familia; es curioso señalar que el matrimonio era poco común inversamente a lo encontrado en nuestro estudio, donde 64% de ellas estaban unidas o alguna vez lo estuvieron.

Coincido con diferentes autores que hacen referencia: que en condiciones de dependencia económica, la capacidad de la mujer para insistir en el uso del preservativo masculino es todavía menor; la sociedad mexicana con rasgos machistas califica a la mujer que es, esposa, madre, profesionista, etc., como "mujerzuela" si alguna de ellas exige el condón al tener relaciones sexuales con su compañero o esposo y su fidelidad es puesta en tela de juicio. Incluso pueden ser abandonadas u obligadas a dejar el hogar.⁸³ Como dice Martín Foreman, editor de AIDS and men, los hombres son generalmente "quienes deciden cuándo tiene lugar el coito y si se usa condón o no".⁸⁴

Sin embargo esta laguna de ignorancias puede estar dada por la falta de elementos educativos sobre temáticas sexuales y autoestima de la mujer. Tradicionalmente las ITS han sido objeto de medidas dirigidas a su detección, diagnóstico y tratamiento, pero, ¿Porqué la prevención ha quedado relegada al plano secundario?. Desafortunadamente se ha estimulado un poco tarde la formación de programas multidisciplinarios dirigidas a la población en general, a raíz de que se desató la epidemia del SIDA.

Por otro lado y en relación a la prevención: los resultados del estudio mostraron que 58% de las mujeres recibieron orientación preventiva en relación al tema de las ITS-VIH/SIDA; pero el resto 42% no recibió orientación de ningún tipo. Además se encontró que 64% de ellas se quedaron aún con más dudas en relación a su padecimientos actual a causa de las ITS -VIH/SIDA, ya que el proveedor de salud, no dio respuesta alguna a lo planteado por ellas. Estos datos corroboran lo hallado tan cotidianamente en la consulta externa de la mayoría los hospitales y clínicas de salud; ya que muchos médicos(as) y enfermeros(as), carecen de entrenamiento o experiencia suficiente para tratar a sus pacientes de manera eficaz y con la información adecuada o estandarizada en relación al o los temas a tratar.⁸⁵⁻⁸⁶⁻⁸⁷⁻⁸⁸

⁸³ HIV in site, Young women in HIV crisis 1998, 265-267

⁸⁴ Foreman, Martín y cols. AIDS and men: Talking risk or taking responsibility?. 1998.7-10

⁸⁵ Álvarez-Gayón, J. J. Elementos de Sexología 1979, 8

⁸⁶ Calderone, Mary S. Y Jonson Eric W. The family book about sexuality 1981, 34

⁸⁷ Karin Hagelin. Enfermedades de Transmisión Sexual 2000. (<http://www.gineconext.com/articulos>)

⁸⁸ McCary, James y Stephen P. McCary. Sexualidad Humana de McCary. 1996, 28-35

De aquí la importancia de que médicos(as) y enfermeros(as) y personal de salud en general reciban información sobre Medidas de Prevención frente a las ITS -VIH/SIDA, para que ellas logren prácticas de autocuidado efectivo, evitando así posibles repercusiones tanto para ellas como para su producto y su pareja o parejas sexuales, mejorando su salud sexual y reproductiva.

El principal obstáculo que se observó y a manera muy particular se cree que es el que dificulta la lucha contra las ITS y el VIH/SIDA, es la ignorancia en cuanto a los síntomas de las ITS -VIH/SIDA. Algunas de éstas son de índole asintomática -particularmente en el caso de la mujer-, además ellas mismas se niegan a pedir asesoría por temor a enfrentar un silencio a voces que desenmascara una realidad unas veces cruda otras no tanto dentro de su vida conyugal.

Investigaciones al respecto afirman que las principales causas de morbimortalidad en este período (asintomático), revelan que la mayoría de las ITS-VIH/SIDA pueden ser tratadas o evitadas mediante el tratamiento oportuno, medidas preventivas y una adecuada educación para la salud.⁸⁹⁻⁹⁰

En este contexto y con los datos hallados se habla de la necesidad imperante de reforzar la mecánica de la educación sexual a muy temprana edad y de continuarse hasta la vejez.⁹¹⁻⁹²

Una encuesta telefónica reveló que las mujeres latinas casadas 18% (n=125), están dos veces más propensas a tener múltiples parejas sexuales que las blancas no latinas 9%. Además el 60% de las latinas solteras reportaron múltiples parejas sexuales en los últimos 12 meses anteriores a la entrevista.⁹³ Una investigación más demostró que solamente el 20% de ellas con parejas múltiples reportaron el uso continuo del condón con la pareja primaria o principal y el 29% de éstas reportaron haberlo utilizado con la pareja ocasional.⁹⁴

Uno de los resultados en este estudio en relación a las conductas de riesgo fue que 14% de la población femenina tuvo un contacto sexual con penetración, en los últimos dos años a partir del momento de la entrevista, así mismo más de las tres cuartas partes de la muestra refirió haber usado el preservativo masculino antes de su diagnóstico de ITS-VIH/SIDA; rara vez 36% y 60% nunca. Es posible que estas

⁸⁹ Aguilar, P.S. Planeando tu vida. Programa de Educación Sexual para Adolescentes 1998, 68

⁹⁰ Silver, T.J. Manual de Medicina de la Adolescencia 1999, 289-292

⁹¹ Amaro, H. Love, sex and power: Considerin Considering women's realities in HIV Prevention. *Am Psychol* 1997, 47

⁹² Marin, B.V. Multiple heterosexual Partners And condom use among Hispanics And non-Hispanics white 1993, 171

⁹³ *Ibidem*. 173

⁹⁴ Sabogal, F., Falgeles, B. and Catania, J.A. Multiple sex partners among hispanics in the United States: the National AIDS Behavioral Surveys 1993, 260

cifras se vean influenciadas por factores culturales como el propio machismo o bien por la familia además de la carencia de autoestima, que tanta falta hace hoy en día.

Aunque son estudios totalmente diferentes se demuestra que existe mayor riesgo de presentar alguna ITS o el propio VIH en aquellas mujeres que tienen un evento sexual de carácter ocasional y donde quizá sea el único, pero independientemente de esto, las dejará marcadas por el resto de sus vidas, haciendo referencia al mortal Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH/SIDA) o en su defecto pueden quedar con secuelas como en la infección causada por la *Clamidia trachomatis*.

Pareciera ser que aunque las relaciones sexuales pueden ser de lo más personal e íntimo de nuestras vidas, también es cierto que en ellas se reflejan las normas fundamentales de nuestra sociedad. Muchos de estos factores conducen a la desvalorización de la mujer como persona y en consecuencia la carencia de autoestima no se hace esperar, considerándose así misma como de menor importancia, limitando así su voluntad y capacidad de protegerse en aquellas situaciones en que es más vulnerable al VIH/SIDA y otras ITS.⁹⁵

Solo cuando hombres y mujeres de todas edades, culturas, religiones, status económicos se empiecen a ver al mismo nivel en términos de responsabilidad sexual y reproductiva, las mujeres podrán protegerse de embarazos no planeados y de Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/SIDA, entre otras cosas.

La escasa información que se brinda a hombres y en particular a las mujeres en aspectos relacionados con su sexualidad, frente a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH/SIDA, demostraron que aunque 24% de ellas contó con Preparatoria y/o bachillerato y el 22% con alguna Licenciatura y pese a ello 70% de ellas no definieron el concepto de ITS, de la misma manera y en relación a otro cuestionamiento que se les hizo 86% mencionó sólo algunas de las medidas preventivas que ellas consideraron "óptimas" para evitar alguna de las ITS-VIH/SIDA, entre las más nombradas se encontró al uso del preservativo masculino 90.7%, tener sólo una pareja sexual 48.8% y la abstinencia sexual 23.3%; además de encontrar frecuentemente ideas erróneas sobre la prevención de las mismas. En comparación a éste estudio, una investigación realizada en Nicaragua encontró grados de conocimientos similares en una población de hombres y mujeres. A pesar de las características diferentes de ambas poblaciones, las mujeres sabían considerablemente menos que los hombres.⁹⁶⁻⁹⁷ Una minoría de las mujeres de nuestro

⁹⁵ Duarte, Patricia del Carmen, Langer & Imes *Maternidad sin riesgos en México* 1994, 145

⁹⁶ Low N., Smith, D., Gorter, A. y Araúz, R. *AIDS and Migrant Populations in Nicaragua* 1990, 1593

estudio no reconocen las ITS como tales, 32% de ellas no sabía que la infección que le habían diagnosticado fuese por transmisión sexual.

Sólo al percatar algunas molestias, utilizan remedios caseros para solucionar el problema. Muchas desconocen si su esposo presenta molestias; ya que este tema no se comenta entre la pareja. Refieren que cuando el hombre se contagia de alguna de estas infecciones es porque se va con otras mujeres, aquéllas que andan con un hombre y con otro.

Existe una idea errónea en cuanto a los ideales versus de la abstinencia sexual, muchos programas de salud, coinciden en que éste puede ser uno de los remedios a la epidemia del VIH/SIDA y otras ITS. Es lógico pensar que esta estrategia es totalmente discrepante puesto que hoy en día la realidad que se vive es otra y ciertamente hasta ahora ninguna cultura o raza ha presentado predominio o absoluto de la abstinencia, también llamada monogamia, sin embargo esto no quiere decir que no sea válido practicarla, por el contrario que benéfico sería si todos y todas lleváramos a cabo esta medida preventiva. Por otro lado se observa que es la misma sociedad quien se opone al uso del condón privando a la mujer de esa opción que es uno de los pocos medios que tiene de protegerse. Los expertos afirman en relación a este punto que "la prevención del VIH/SIDA y otras ITS sólo será efectiva cuando se empiene a tener en cuenta la realidad de las relaciones sexuales, y no el ideal sobre lo que debería ser".⁹⁸

Esto hace suponer que la falta de un programa dentro de las Instituciones de Salud sobre las ITS-VIH/SIDA y la dificultad que se tiene al acceso de otras fuentes de información sobre estos temas, intervienen y evitan que más y más personas estén informadas a tiempo.

Los hallazgos encontrados en nuestro estudio revelan que al igual que en otras investigaciones los antecedentes de ITS previas a la actual, sugieren el riesgo aún mayor a que están sometidas las mujeres exponiéndose además a la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).⁹⁹

En un artículo emitido por Populations Reports señala: "las personas son más susceptibles a la infección por el VIH/SIDA si tienen otras ITS, en particular una

⁹⁷ Low, N., Araúz, R., Gorter, A. et al. *Conocimientos acerca del SIDA de la población adulta de Managua* 1992, 322

⁹⁸ Programa de CIH y Desarrollo, PNUD, New York, 1993. *Women the HIV Epidemia and Human Rights A Tragic imperative*, documento temático, #8. 7

⁹⁹ Mejía, C. et al. *Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana en Guatemala* 1992, 12

ITS que cause úlceras genitales, como es el chancro blando, verrugas genitales, herpes simples genital y sífilis.^{100, 101}

Estos resultados coinciden con lo encontrado por Mejía y cols., donde afirma que ciertas ITS como los chancroides y el herpes genital se relacionan con un mayor peligro de transmisión del VIH, independentemente del riesgo originado por tener múltiples parejas. Es bien conocido y validado que las úlceras causadas por estas infecciones abren una gran puerta para que el Virus de la Inmunodeficiencia Humana pase de persona en persona sin la más mínima molestia. Una mujer con una ITS ulcerativa tiene mucho más probabilidad de ser infectada sexualmente por un hombre, y en esa circunstancia también la convierte en portadora y transmisora más eficiente de virus y otros agentes infecciosos.

El uso creciente del condón es crucial para controlar la propagación del VIH/SIDA y otras ITS. La comparación de los resultados encontrados en este estudio contra los obtenidos en Uganda,¹⁰² refiere que el 20.6% (n=29) de las mujeres mostraron el uso del condón masculino como método de Planificación Familiar, más no como profiláctico para ITS-VIH/SIDA, mientras que 73% del grupo comparativo de mujeres jóvenes, declaro que elevó el uso del condón como medida preventiva exclusiva contra el VIH/SIDA.

Lo alarmante de los hallazgos en el estudio es que mientras unas visualizan al condón como método exclusivo de planificación familiar, otras lo consideran innecesario para prevenir una ITS o el VIH/SIDA cuando dicen tener una pareja o compañero "estable". En Nicaragua por ejemplo y como en otros países latinoamericanos, los condones son utilizados principalmente fuera de las relaciones sexuales estables. Por lo general los varones opinan que éstos deben utilizarse con las prostitutas, mientras que las mujeres los consideran anticonceptivos solamente.¹⁰³

Según se puede apreciar en muchos países asiáticos el uso del condón ha aumentado rápidamente, sin embargo, todavía falta mucho para que esos aumentos sean significativos en México y Centroamérica.¹⁰⁴ Además se ha observado la existencia de una estrecha relación entre la mayor disponibilidad de condones, junto

¹⁰⁰ Osmond, D.H. Sexual Transmission of HIV. The AIDS Knowledge Base University of California at San Francisco General Hospital (Available: <http://hivinsite.ucsf.edu/akb/1997/01sex/in dex.html> 1998. Accessed Mar.11, 1999).

¹⁰¹ United States. Centres for Disease Control and Prevention (CDC). Prevention and treatment of Sexually transmitted diseases as an HIV prevention strategy 1998, 21

¹⁰² Lewicky, N., M. Kiragu, K. Y. Young, S. Delivery of improved services for Health Project Uganda: Evaluation of the safer or AIDS communication campaign 1998, 51

¹⁰³ Low, N. Op. Cit. 320

¹⁰⁴ Opciones de Protección en: El Peligro Oculto: La Mujer y el SIDA. Asociación Guatemalteca para la Prevención y Control del SIDA, 1997, 14-21.

con una adecuada Educación Sexual, tiende a retrasar el comienzo de la actividad sexual entre la gente muy joven.¹⁰⁵

La falta de un programa cuyo eje central sea la disponibilidad de condones conllevaría a aumentar el número de personas (hombres y mujeres) a adquirirlos y utilizarlos. Pese a ello los informes afirman que en Honduras, por ejemplo, un sondeo sobre el uso del condón reveló: que su sistema de distribución era deficiente e inefectivo y que el 10% de los servicios de salud, los condones sólo eran entregados bajo receta médica.¹⁰⁶

Estos datos reflejan que por una parte la accesibilidad a los preservativos en este caso masculinos, está dada por la falta de recursos económicos del país y por factores que tienen que ver con políticas del sector salud, siendo ellos los que marcan las restricciones para que sólo unos cuantos tengan acceso a estos, quizá no sea el caso de los servicios de salud en México, sin embargo se vuelve a caer en lo que uno quiere y no en lo que la población necesita de acuerdo a la realidad que se vive diariamente.

En resumen, a fin de satisfacer la necesidad de condones, los gobiernos, el sector comercial, las organizaciones internacionales y las organizaciones no gubernamentales deben cooperar. Juntos, pueden asegurar la disponibilidad de condones para todos y todas que los requieran. Como bien afirma Gardner y cols., si se logra bajar los costos de los condones mediante la comercialización social y otras subvenciones y promoverlos ampliamente, quizá el sector salud cambie sus políticas que hasta ahora han limitado en muchos de casos, a que la población tenga acceso directo a los condones e información sobre como llevar a cabo una Sexualidad abierta y de forma responsable, sobre todo con el problema de las ITS -VIH/SIDA.¹⁰⁷

En la actualidad existe una tendencia de tener prácticas sexual es en complicidad con sustancias psicoactivas, tal es el caso del consumo del alcohol y las drogas y hay quien afirma que el tabaquismo puede ser otro tipo de comportamiento arriesgado.

¹⁰⁵ Sheepers, E. The Evaluation of Soul City 4 Interim executive summary report. Soul City, Mar. 2001.17. (Avaliable: <http://www.soulcity.org.20/series4summary.html> accessed Sep.10, 2001)

¹⁰⁶ Ardón, L. y cols. Assesment of the Distribution Network of Condoms in Honduras. Abstracts of the third USAID/HIV Prevention Conference 1995, 9

¹⁰⁷ Gardner, R., Blackburn, R.D. and Upadilla, U.D. Closing the condom gap. Population reports, 1999, 36

En Tanzania, por ejemplo, los jóvenes de 16 a 24 años que fumaban y bebían alcohol tenían una probabilidad cuatro veces mayor que otros de la misma edad de tener numerosas parejas.¹⁰⁸

En Kenia el único factor predictivo más importante de la actividad sexual entre las mujeres adolescentes era el uso de alcohol, drogas o ta baco.¹⁰⁹

Ciertos autores afirman que el comportamiento sexual arriesgado bajo la influencia del alcohol o las drogas tienen una probabilidad de 2 a 5 veces más de no haber usado ninguna protección.¹¹⁰

Hulton comenta que el alcohol no constituye un riesgo di recto, pero si desinhibe y crea un ambiente donde la persona, puede exponerse aún más a adquirir algunas de las ITS o el VIH/SIDA. "El consumo de alcohol hace que el individuo pierda las inhibiciones que siente y en su ausencia y por tanto es posible que s e aventure sexualmente sin tomar las precauciones necesarias".¹¹¹

Estas circunstancias se reflejaron en las respuestas referidas por las participantes en esta encuesta, donde el 22% coment ó que en el pasado el consumo de alcohol había afectado su conducta sexual, es decir la predisponía para el acto sexual de manera más rápida y abierta con su pareja en ese momento; mientras que el 6% indicó que actualmente el alcohol afecta su c onducta sexual y como lo comento una de las participantes "sólo con mi esposo e l alcohol me aviva".

Finalmente investigaciones confirman que las conductas de riesgo se ha ido incrementando siendo de mayor riesgo en población adolescente, pese a ello comprometen la salud y desarrollo de todos y todas. El consumo de tabaco, alcohol y drogas, las lesiones por causas externas, las relaciones sexuales sin protección, las situaciones de abuso físico a las que se ven enfrentadas las mujeres, que muchas veces resultan en embarazos no deseados o peor aún en Infecciones de Transmisión Sexual o hasta el mortal VIH/SIDA.

Queda claro, por la evidencia recopilada en diversos estudios, que las mujeres que muestran una(s) conducta(s) de riesgo, deciden tener relaciones sexuales bajo los

¹⁰⁸ Masawanya, E. and cols. Knowledge, risk perception of AIDS and reported sexual behavior among students in secondary schools and colleges in Tanzania 1999, 187

¹⁰⁹ Kiragu, K. and Zabin, L. The activity among schools age adolescents in Kewa, International Family Planning Perspectives 1993, 44

¹¹⁰ Jemmott, L., and Boccher-Lattimore, D. Predictors of safer sex on the college campus: A social cognitive theory analysis 1992, 257-259

¹¹¹ Hulton, L. and cols. Perceptions of the risk of sexual activity and their consequences among Ugandan adolescents 2000, 38

influjos de estas sustancias. Por tanto se afirma que aquellas mujeres que consumen alcohol o usan drogas están menos dispuestas a protegerse y por ende no buscarán el autocuidado en su salud sexual y reproductiva.

Uno de los resultados menos gratos fue el hecho de haber encontrado 24% de mujeres gestantes con alguna ITS-VIH/SIDA, 66.6% (n=12) de ellas con Virus del Papiloma Humano, 25% con VIH y 8.3% con Herpes genital.

Si bien un tema de gran actualidad es de las ITS en la mujer embarazada. Las infecciones de esta índole constituyen un importante problema de morbi-mortalidad, ya que en la última década su curso ha sido ascendente, especialmente las de origen viral, como lo demuestra los resultados antes descritos. Al haberse incrementado la incidencia de ITS-VIH/SIDA, las complicaciones perinatales aumentan y con esto el problema epidemiológico se torna difícil.¹¹²⁻¹¹³

Se afirma que sin tratamiento, las tasas de transmisión de la madre al producto oscilan entre el 15% y el 20% de acuerdo con estudios realizados en Europa y Estados Unidos.⁹² Cada una de las mujeres gestantes portadoras del VIH, se les proporcionó antirretrovirales durante la gestación y al momento de la cesárea con la finalidad de disminuir riesgos para ellas y el producto.

Las repercusiones de cada una de la ITS-VIH/SIDA, sobre el curso del embarazo, el feto o el Recién Nacido son distintas,¹¹⁴ infecciones adquiridas tempranamente en el primer trimestre de la gestación pueden causar muerte embrionaria, aborto espontánea o bien malformaciones fetales, mientras que las infecciones adquiridas de manera tardía durante el embarazo pueden resultar en parto pretérmino, ruptura prematura de membranas (RPM) y ocasionalmente en óbito.¹¹⁵

Todo esto sale a colación, ya que resulta obvio que una estrategia adecuada para disminuir la morbilidad perinatal en las ITS-VIH/SIDA, no sólo implica el tratamiento oportuno, sino como se ha venido mencionando es la prevención mediante la educación de las pacientes y sus parejas sexuales que se puede lograr esta meta.

¹¹² Mikkoff, H. Preventing fetal damage from sexually transmitted diseases 1991, 336

¹¹³ World Health Organization (WHO) Prevention mother-to-child transmission of HIV infection: WHO's activities WHO briefing notes for UNGASS on HIV/AIDS 2001, 5

¹¹⁴ Beck-Sague, C., Alexander, E.R. Sexually Transmitted diseases in children and adolescents 1987, 279-281

¹¹⁵ Op. Cit. Mikkoff, H. 390

Solo como breviarío cultural el la Clínica de ITS del Instituto Nacional de Perinatología (INPer), no se ha identificado ningún caso de gonorrea en pacientes embarazadas, en los últimos 9 años.

Un último cuestionamiento que se les realizó a las mujeres, que por cierto resultado muy interesante fue el de conocer cómo es que les gustaría recibir la información en relación a este tema (ITS-VIH/SIDA). Los resultados indicaron que 46% de ellas prefieren una platica con su pareja, 24%, en pequeños instructivos para leer en casa y una minoría 20% en grupos exclusivos de mujeres. Estos datos apuntan a la necesidad urgente de que los varones también estén informados sobre las ITS y el VIH/SIDA, sin duda alguna, ellos son los primeros en llevar la infección al hogar en la mayoría de los casos, de ahí que la mujer como lo expresaron en más de 1 caso "quiero que conozca porque me vino esta enfermedad, para que se cuide y me cuide", sin embargo muchas de ellas prefieren aún el método tradicional, "démelo y yo lo leo en mi casa", situación que queda en entredicho, y por último algunas concuerdan que es mejor un taller de sexualidad entre mujeres, para que puedan hablar con toda libertad acerca de sus temores, dudas, inquietudes y como lo afirma una feminista "las charlas de mujeres sólo deben ser con otras mujeres, particularmente si provienen del mismo grupo social, económico y cultural: ya que las mujeres jóvenes escuchan a las mujeres jóvenes; las casadas entienden lo que es la vida de casada; una trabajadora del sexo conoce los problemas que sus colegas enfrentan", dando como resultado una mejor comunicación y la búsqueda de soluciones que garanticen el bienestar de todas.

En síntesis, los resultados mostraron que el conocimiento acerca de las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/SIDA, las Medidas de prevención, las prácticas de autocuidado, los Factores de Riesgo entre otras cosas, de las mujeres que acuden al INPer, fueron inadecuados y revelaron la urgente necesidad de un programa de salud idóneo para abordar esta problemática. También indicaron que, en la medida de lo posible, ese programa no debe buscar simplemente aumentar los conocimientos de las mujeres y sus parejas acerca de las ITS -VIH/SIDA, sino que tiene que incluir una demostración explícita del empleo correcto del condón tanto masculino como femenino, abordar cuestiones generales de sexualidad de la mujer en las relaciones sexuales; dándole mayor capacidad de decisión e igualdad con el varón, entendido de otro modo, hablar de género y autoestima de y para la mujer.

Es de vital importancia señalar que en este sentido, existen programas de salud^{116, 117, 118, 119} sobre la prevención frente a las ITS -VIH/SIDA, que se dirigen a población vulnerable (niños, adolescentes, mujeres, homosexuales, etc.); sin embargo algunas Instituciones de salud aún no los han puestas en marcha por diversos motivos que a ciencia cierta se desconocen.

Por tanto se puede concluir que los riesgos a los que están expuestas las mujeres, tanto biológicos, sociales, económicos, políticos y psicológicos, pueden explicar el elevado número de casos con presencia actual y previa de ITS -VIH/SIDA. La mayor parte de las mujeres no conocen, ni valoran las ITS como un problema mundial que esta causando graves estragos a la población general, con esto hago referencia a niños, jóvenes y adultos de todas clases sociales y culturas. Según opinión de un importante número de mujeres la información recibida sobre ITS y VIH/SIDA es deficiente y escasa.

¹¹⁶ CONAPO. Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva en ITS2001, 233-242.

¹¹⁷ OPS-OMS. Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el periodo 2003-2007, 2002, 17-19

¹¹⁸ SSA y CENSIDA. Programa de Acción para la Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS2001, 26

¹¹⁹ SSA. La democratización de la salud en México en: Programa Nacional de Salud 2001, 26-29, 82-86

CONCLUSIONES

8. CONCLUSIONES

En la última década, numerosos estudios, particularmente en América Latina; permitieron ilustrar la situación desigual que existe entre hombres y mujeres. A partir de éstos hechos se vislumbró que el hecho de ser hombre o mujer es un determinante esencial para la construcción de las representaciones sociales, es decir que a raíz de este conocimiento, surgen varios intereses y esfuerzos a nivel internacional a favor de la mujer y de la equidad entre géneros; no sólo desde una perspectiva ética y social; sino desde un contexto de salud para la mujer.

Sin duda alguna, la opresión femenina es un fenómeno que ha antecedido a la aparición de las sociedades clasistas y que ha persistido a través de los tiempos, adoptando diversas formas. A raíz de este hecho la mayor parte de las mujeres no percibe su cuerpo como propio; para que esta percepción cambie y sean ellas quienes regulen su fecundidad, decidan sobre su ejercicio sexual y valoren su maternidad, es necesario que antes conozcan sobre la identidad genérica de las mujeres, entendiéndose a éste como el proceso mediante el que cualquier ser humano asume su ser.

La mujer al ser capaz de producir bienes materiales que contribuyen a la reposición de la fuerza de trabajo y a reproducir biológicamente al grupo social; se convierte en un sujeto cuyo control es necesario. La subordinación femenina ha estado basada en la división sexual del trabajo que permite no sólo su control como reproductora sino también su explotación como productora, sin oportunidad de ser dueña de sí misma.

Por lo tanto para responder a los retos del VIH/SIDA y otras ITS, se requiere en 1^{er} lugar del reconocimiento y apreciación del cuerpo de cada individuo y en la medida que hombres y mujeres reflexionen sobre los cambios físicos y emocionales por los que atraviesan podrán identificar cuáles son sus necesidades en relación a su Salud Sexual y Reproductiva.

En este sentido, nuestro país se encuentra en franco atraso, ya que la cultura mexicana se fundamenta en la autoridad paternalista, mejor conocida como "machista", donde se desempeña una función básica en el mantenimiento y conservación de las relaciones sociales de producción y la subordinación femenina, es en suma; es un factor legítimamente del poder masculino.

Lo anterior supone que una de las razones por la cual las ITS y el VIH/SIDA, puede implicar mayor reto para la sexualidad masculina que para la femenina; ya que con el inicio de esta epidemia muchos varones están experimentando lo que las mujeres siempre han afrontado: una relación entre el sexo y el peligro. El temor a una infección de este tipo, el miedo a ser violadas, a embarazarse, a ser humilladas y lastimadas, sólo son parte de los peligros para las mujeres que una vez más se relacionan con su sexualidad. Por lo tanto, y hoy en día los varones deben considerar cada vez más los riesgos, y tomar la responsabilidad de sus acciones, de las cuales la mujer se ha hecho cargo a través del tiempo.

Lo anterior supone que el proceso de aprendizaje es una influencia que incita a la Autoconciencia del individuo o comunidad para fortalecer la toma de decisiones de los mismos, y así, proteger su salud frente a las ITS -VIH/SIDA, logrando de esta manera fomentar Prácticas de Autocuidado dentro y fuera del hogar.

Por otra parte, la información recopilada permitió observar francas diferencias en alguna variables relacionadas sobre todo con el estilo de vida y hábitos de salud de las mujeres. En el terreno de la Salud Sexual y Reproductiva, se mostraron profundas inequidades entre las mujeres unidas y no unidas en términos del uso de Metodología Anticonceptiva. La escasa información sobre salud sexual en edad pos-reproductiva permite ver algunas causas de morbilidad por este hecho.

El reto de las ITS-VIH/SIDA es crear nuevos significados sobre la sexualidad que no se basen en el coito heterosexual o en que los varones tenga mayor control sobre la sexualidad que las mujeres. El reto real de las ITS, sería si duda alguna, el de reconocer la necesidad de prácticas sexuales más seguras, a la vez que se insiste en un cambio radical contra quienes regulan la vida de las mujeres a través de su control sobre la sexualidad y la reproducción, tal es el caso del Estado, la Iglesia y de los hombres.

Un mejor acceso a los condones y la promoción de los mismos, constituye una mejor estrategia para evitar la propagación del VIH y otras ITS.

Todo ello sugiere la realización de un programa educativo en el cual se pueda utilizar un formato donde un grupo entre seis y diez personas, con estructura informal generen espacios de reflexión y discusión que den lugar a que ellas mismas externen con facilidad sus necesidades percibidas, contando por supuesto, con asesoría del personal de salud multidisciplinario comprometido y responsable dentro de un contexto de Autocuidado en ITS -VIH/SIDA.

Sin duda, la exclusión de hombres en estudios de la sexualidad y las ITS se suma a una actitud dominante de que estos temas son una carga y una responsabilidad principalmente para las mujeres.

Por ello un aspecto clave en la realización de este trabajo, fue desarrollar como producto secundario en materia de Promoción y Prevención a la Salud, un Manual de Procedimientos del Autocuidado de Promoción a la Salud en Infecciones de Transmisión Sexual ITS-VIH/SIDA.

RECOMENDACIONES

9. RECOMENDACIONES

Es necesario realizar estudios desde la perspectiva del Autocuidado cuyas intervenciones contribuyan a rechazar los riesgos para la Salud Sexual y Reproductiva, entre la población en general. Así mismo, transmitir información necesaria relacionada con las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/SIDA.

Generar estudios dentro del marco de la Salud Sexual y reproductiva, donde el Profesional de Enfermería incursione y utilice la perspectiva de Género, lineamiento clave que permite comprender en el ámbito cultural, donde las mujeres recrean sus vidas. Pues es a través de esta propuesta que Enfermería puede acercarse a la forma en cómo las mujeres valoran, sienten sus cuerpos y expresan sus derechos en torno a su Salud Sexual y Reproductiva, en base al conocimiento de los valores, tradiciones, costumbres e ideas que conforman la cosmovisión de cada una de ellas.

La participación de Enfermería como promotora de salud, como profesionalista, madre, ama de casa, esposa, etc., y como parte de la identidad femenina, es el medio más especializado e idóneo para ofrecer conocimientos que a su vez se conviertan en herramientas básicas que promuevan prácticas de Autocuidado y por ende la posibilidad de que cada mujer decida y ejerza libremente su Sexualidad, como parte de un derecho a la Salud.

Decidirse a realizar búsquedas en el ámbito de la Investigación, a través de técnicas (entrevistas a profundidad), que permitan conocer y profundizar a medida de lo posible, el proceso que lleva a la mujer desde decidir que método anticonceptivo utilizar hasta decidir en que momento, con quién y cómo hacer ejercicio de su sexualidad. Enfatizando los momentos clave por los que la decisión puede verse influenciada por la unión conyugal, el primer encuentro sexual, la maternidad, entre otros.

Buscar elementos teóricos y metodológicos que permitan considerar dentro de los estudios e investigaciones en Enfermería, género y salud en la pareja, con base en propuestas del Autocuidado a nivel familiar, en el sentido formal, donde la "familia" no sea vista solamente cuando la pareja tiene hijos(as), sino donde ambos sean vistos como un todo, con los mismos derechos y obligaciones en el ámbito Sexual y Reproductivo.

BIBLIOGRAFÍA

10. BIBLIOGRAFÍA

1er Congreso Nacional Mujer y Salud Mental. Servicio Nacional de la Mujer, hagamos un nuevo trato. Ed. SERNAM, Santiago de Chile, 1994:299.

Abdool, Karim and Morar, N. Women and AIDS in Natal/KwaZulu: determinants to the Adoption of HIV Protective Behavior. Washington, DC, 1994:194.

Acosta, D.F. Mujeres jefes de hogar y bienestar familiar en México. The population Council, 1993:9

Aguilar, P.S. Planeando tu vida. Programa de Educación Sexual para Adolescentes. México, 1998:67-72.

Ainsworth, M. And Over, M. Confronting AIDS; Public priorities in a global. World bank y research report. Washington, D.C. Oxford University Press, Oct.,1997:353

Aldana, A. y cols. Mujer, Sexualidad y SIDA. México: El COLMEX. Jornadas, 1998, 121.

Álvarez, Rafael. Salud Pública y Medicina Preventiva. Ed. Manual Moderno. México, 1991: 391.

Álvarez-Gayon, J.J. Elementos de Sexología. México. Interamericana, 1979.

Amaro, H. Love, sex and power: Considering women realities in HIV Prevention. Am Psyshol. 1997:28-57

ARAL O. Holmes K.K. Sexually transmitted diseases in the AIDS era. Scientific American. 1991, 264:No.2.62 -69.

Arancha, D. La salud es también femenina. España, 2002:3

Ardón, L. y cols. Assesement of the Distribution Network of Condoms in Honduras. Abstracts of the third USAID/HIV. Prevention Conference, Agosto de 1995.

Asociación Guatemalteca para la Prevención y Control del SIDA. El Peligro Oculto: La Mujer y el SIDA. Instituto Panos. Guatemala, 1997:60.

Beck-Sague, C., Alexander, E.R. Sexually Transmitted diseases in children and adolescents. Infect Dis Clin North Am 1987 ;1:277-305.

Boletín OPS. Washington, D.C. 1994. (117), 1:25 -30.

Boston Women's Health Book Collective. The new our bodies, ourselves . Simon & Schuster. New York, 1984.

Brunham, R.C. The concept RUNHAM, R.C. The concept of core and its relevance to the epidemiology and control of sexually transmitted diseases . Sexually transmitted diseases. 1991:45

Calderone, Mary S. Y Jonson Eric W. The family book about sexuality. New York:Harper and row, 1981.

Casanova, R., Ortiz, F.J. y Arredondo, J.L. Las Enfermedades de Transmisión Sexual: causa de complicaciones perinatales: en Enfermedades Infecciosas y Microbiología. 1994, 1(14):25-28.

Cavanagh, Stephen J. Modelo de Orem, Aplicación práctica. Ediciones Científicas y Técnicas, S.A. Barcelona, España, 1993:167.

Centers for disease control and prevention CDC. Surveillance summaries. Special focus: surveillance for sexually transmitted diseases. MMWR, 1993.42:No.55-3. Cfr. Mackinnon, C. "Feminism, marxism, method and the state: an agenda for theory", en Signs, núm. 7, pp.515- 544. Izquierdo, María Jesús. Las, los, les, (lis, lus). El sistema sexo/género y la mujer como sujeto de transformación social, Cuadernos inacabados, núm.4, LaSal ediciones de les dones, Barcelona, 1985, pp.11 -52.

CONAPO, Antología de la Sexualidad III. Grupo Editoria Miguel Angel Porrúa. México, 1994, 3: 424,425.

CONAPO. Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva en ITS . 2001-2006.233-242.

CONASIDA. Guía para el manejo de la Mujer embarazada con Infección por VIH. 3a ed. CONASIDA. México, 2000:11,12.

Condoms-Now More Than Ever. Population Reports, Serie H, #18, septiembre 1990.

Crisis de Enfermería en el proceso Capitalista Mexicano . 219-264.

Dean, K. Lay care in Iones. Soc.Sci.Med. 22,275 -284,986; Levin L. The lay resource in health and helath care. Hlth Pomut.1,285-291, 1986.

Dirección General de Epidemiología. Boletín Mensual de SIDA/ITS. México, 1991: 5:1040,1057.

Duarte, Patricia del Carmen, Langer & Imes. Maternidad sin riesgos en México . 1994: 220.

Enfermedades Sexualmente Transmisi bles. En: Enciclopedia del Sexo y la Sexualidad. Ed. Zamora. México, 1996, 4: 625.

Espinoza y de León Victor, M. Prevención para la Salud. Ed. Francisco Méndez y Cervantes. México, 1983:133.

Fathalla, M.F. "The Long Road to Maternal Death". People, 1987.

Figuroa, Perea Juan G. Compilador. La condición de la Mujer en el espacio de la Salud. COLMEX. México, 1998. 331.

Foreman, Martín y cols. AIDS and men: Talking risk or tlaking responsibility?. Londres:Panos/Zed Books, 1998.

García M. L., et cols. Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA. Clínica, laboratorio, psicología y sociología. México, (Pubicaciones técnicas de INDRE).

García, A., Perea, E.J. Enfermedades de Transmisión Sexual . Sevilla, 1980:19

Gardner, R., Blackburn, R.D. and Upadilla, U.D. Closing the condom gap. Population reports, Serie H#9. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Apr. 1999:36.

Gobierno del Estado de Jalisco. Salud Reproductiva. 2002. (<http://www.mensalud/federal.html>) Sep . 2002.

Greco, D., Giuliani, M., Suligoj. R y cols. **Sexually Transmitted Diseases in Italy: clinical returns versus statutory notifications** . *Genitourin Med* 1990: 66:383-386.

Gutiérrez, I.D. "Salud reproductiva". Ministerio de Salud del Perú, 1986.

Hamblin, Julie and Elizabeth Reid. **Women, the HIV Epidemia and human Riges: A Tragic Imperative**. NY:PNUD. Development Programme, 1991:5.

Hanlon, John. **Principios de Administración Sanitaria**. 3ª ed. Ed. La Prensa Médica, 1973.115.

Hernández, Sampieri Roberto, et cols. **Metodología de la investigación**. Ed. McGraw Hill. México, D.F., 2001:501.

Hiriart, Riedemann Vivianne. **Educación Sexual en la Escuela, Guía para el orientador de púberes y adolescentes**. Ed.Paidós. México, 1999:252.

HIV in site, Young women in HIV crisis . Prensa Internacional, 1998. Community of Living with HIV/AIDS for World: 265-267.

Holmes, K.K. y cols. **Sexually transmitted diseases** . 2ª ed. NewYork, 1990: 76

Htach, S. and Kickbusch I. **(STD) Self-Help and Health in Europe**. WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1983.

Hulton, L. and cols. **Perceptions of the risk of sexual activity and their consequences among Ugandan adolescents** . *Studies in FAMILY Palnning*.31(1):35-46. Mar.2000.

Internacional Planned Parenthood Federation. **Que tan sensibles al género son sus programas de VIH y Planificación familiar** . New York, 2002:2

Izquierdo, M.J. **El sistema sexo/género y la mujer como sujeto de transformación social**, Cuadernos inacabados. Barcelona, 1998:14-18

Jemmott, L., and Boccher-Lattimore, D. **Predictors of safer sex on the college campus: A social cognitive theory analysis** . *Journal of America college Health* 40(6):254-263.May.19992.

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) and world health organization (WHO), AIDS) epidemia update; Geneva. December, 2000:23

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Summary booklet of best practices. Geneva, UNAIDS, Jun, 1999:221

Juan G. Figueroa Perea. Compilador. La condición de la Mujer en el espacio de la Salud. COLMEX, 1998:354.

Karin Hagelin. Enfermedades de Transmisión Sexual. 2000. (<http://www.gineconext.com/articulos>)

Kiragu, K. and Zabin, L. The activity among schools age adolescents in Kenya. International Family Planning Perspectives 19(3):92.109.Sep.1993.

Lamas, M. La antropología y la categoría género. México, 1991:173

Leavell, H.R. New occasions teach new studies, Public Health, Rep.68:687,Jul;1963.

Lewicky, N.,M Kiragu, K. Y Young, S. Delivery of improved services for Health Project Uganda: Evaluation of the safer or AIDS communication campaign. Baltimore, Johns Hopkins University Center for Communication Programs, May 1998:51.

Low N., Smith, D., Gorter, A. y Araúz, R. AIDS and Migrant Populations in Nicaragua. Lancet, 1990;336:1593-1594.

Low, N., Araúz, R., Gorter, A. et al. Conocimientos acerca del SIDA de la población adulta de Managua. Bol. Oficina. Sanit. Panam.,1992;112:319-326.

Marín BV,Gómez CA, Hearst N., Múltiple heterosexual partners and condom use among Hispanics and non-Hispanics whites Family Planning Perspectives. 1993;25:257-262.

Marín, B.V. Múltiple heterosexual Partners And condom use among Hispanics And non Hispanics whites. 1993;25:170-174.

MARX, R. et cols. Crack, sex and STD. Sexually transmitted diseases. 1991, 18: 92-99.

Masawanya, E. and cols. **Knowledge, risk perception of AIDS and reported sexual behavior among students in secondary schools and colleges in Tanzania** . Health Education Research.14 (2):185-196.apr.1999.

McCary, James y Stephen P. McCary. **Sexualidad Humana de McCary**. 5a ed. México, 1996:430.

Mejía, C. et al. **Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana en Guatemala**. Revista del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, Oct -Dic, 1992:9-13.

Mikkoff, H. **Preventing fetal damage from sexually transmitted diseases** . Clin Obstet Gynecol 1991;34:336-344.

Moscicki, A., Ma Y., and Vermund, S. **Cervical ectopy in adolescent girls with and without human immunodeficiency virus infection** . Journal of Infectious Diseases 183(6):865-870.Mar.2001.

Navarro, V. **Medicine and Capitalism**. Prodist, New Cork, 1976.

OMS. **La salud de los jóvenes. Un reto y esperanza** . Ginebra: 1995:25.

OMS. **Women and HIV/AIDS** . Ginebra: OMS, 2000:242.

OMS-OPS. **El enfoque de riesgo en la atención a la salud, en Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención Materno Infantil** . Serie PALTEX. Washington, D.C., 1986.#1.24.

OPS, **Diagnóstico cualitativo de la Atención en Salud Reproductiva en Bolivia I**.

OPS, **Evaluación para el planteamiento de programas de Educación para la salud**. Serie Paltex para Técnicos medios y auxiliares. Washington, D.C., 1990;18:106.

OPS, **Instituciones formadoras en el desarrollo de nuevos modelos de atención**. Presentación al II Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería. Washington, D.C., 1990.

OPS, **Orientaciones estratégicas y prioridades de la OPS en el cuatrienio 1991-1994**. Documento XXIII Conferencia sanitaria panamericana. XLII Reunión del comité regional. Washington, D.C., septiembre, 1990.

OPS. Salud Reproductiva: concepto e importancia. Serie PALTEX.#39.1999.5,6,19-21.

OPS/OMS. Atención de las enfermedades transmitidas sexualmente (ETS), 7 Washington DC: OPS/OMS; 1995:1-6.

OPS-OMS. La Mujer y la Infección por el VIH/SIDA: Estrategias de prevención. Oficina Sanitaria Panamericana. Washington, D.C.,1997:66.

OPS-OMS. Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2003-2007. Washington, D.C. 2002. Feb. 2002:3-53.

Organización Mundial de la Salud, Family and Population, División of Family Health. Providing an Appropriate Contraceptive Method Choice: GAT Health Workers Need to Know. Ginebra, OMS, 1993.p.41.

Organización Mundial de la Salud. "Reproductive Health: A key to a brighter future". Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction, 1992.

Ortiz, F. Enfermedades Sexualmente Transmisibles; en: Enciclopedia del Sexo y la Sexualidad. Ed. Zamora. México, 1996, 4: 625.

Osmond, D.H. Sexual Transmisión of HIV. The AIDS Knowledge Base. University of California at San Francisco General Hospital (Available:<http://hivinsite.ucsf.edu/akb/1997/01sext/index.html>1998. Accessed Mar.11, 1999).

Para una discusión sobre la categoría género desde la perspectiva antropológica puede verse a Lamas, M. "La antropología feminista y la categoría género ", en Nueva Antropología, núm.30, v.VIII, 1986, pp.173-198. Una revisión sobre la construcción de la categoría de género lo muestra Ramos, C. El género en perspectiva. De la dominación universal a la representación múltiple, UAM -I, México, 1991, p.315.

Population Council, Mensajes sobre salud sexual y reproductiva, Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Tomo 1. 1999:74.

Populations Reports. Los jóvenes y el VIH/SIDA, ¿Podemos evitar una catástrofe?. Baltimore, 2001 (29), 3:7-12.

Poverty Studies in the Sixties. A Selected and Annotated Bibliography. U.S. Department of Health, Education and Welfare. Washington DC, 1970.

Programa Académico y Guía para el Servicio Social y Opciones de Titulación. Lic. Enf. y Obst. 4a ed. ENEO -UNAM. México, 2000:152.

Programa de Acción para la Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS. SSA.2001-2006:3-5.

Programa de CIH y Desarrollo, PNUD, New York, 1993. Women the HIV Epidemia and Human Rights: A Tragic imperative, documento temático.#8.

Rao, G. The what, the why and the how. Presented at the 13th International AIDS Conference, Durban, South Africa, Jul., 2000:9 -14

Revista panamericana en Salud Pública. SIDA e infecciones de transmisión sexual en las Américas. Public Health, 1999.6(3):215 -219.

Roter, D.L. et cols. Clinics: An observational study. Am J.Pub.Heath, 1990: 304
Sabogal, F., Falgeles, B. and Catania, J.A. Múltiple sex partners among hispanics inthe United Status; the Nacional AIDS Behavioral Surveys. Family Planing perspectives. 1993; 25:257 -262.

Serie fascicular por PFIZER. Enfermedades del aparato reproductor femenino. Ediatada por Comarketing, S.A de C.V. México, 1999:46.

Sheepers, E. The Evaluation of Soul City 4. Interim executive summary report. Soul City, Mar. 2001.17. (Avaliable: <http://www.soulcity.org.20/series4summary.html> , accessed Sep.10, 2001).

Silver, T.J. Manual de Medicina de la Adolescencia. Washington, D.C., 1992.OPS; 278-303.

Soule, Barbara M. et cols. Infecciones y Prácticas de Enfermería; Prevención y Control. Ed. Mosby Doyma. Madrid, España. 1996:513.

SSA y CENSIDA. Programa de Acción para la Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS . 2001-2006.26.

SSA. *La democratización de la salud en México en: Programa Nacional de Salud 2001-2006.* México, 2001:539.

SSA. *Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica; en Epidemiología Sistema Único de Información.* No.38.Vol.18.Semana 38,2001:39.

Stanecki, I. *Focus dialogue on HIV/AIDS and youth*, [Slide presentation]. Presented at the focus Meeting on HIV, Washington, D.C., May., 2001:16

Stanecki, K. *The AIDS pandemic in the 21st century: The demographic impact in developing countries.* Presented at the 13th International Conference on AIDS, Durban, South Africa, Jul., 2000:7

Stoppard, M. *Guía de la Mujer.* España: Ed. Folio, 1993:242-3.

UNFPA. *Estado de la Población Mundial. Capítulo 3, Salud Reproductiva y Derechos Reproductivos.* 1999.

UNFPA. Vol. 16, No. 4, February 1999.

UNICEFTACRO-Acuerdo de Lima. *Derecho a salud, nutrición y medio ambiente.* Oficina regional para América Latina y el Caribe.

United Nation Population Fund (UNFPA). *Partners for change: Enlisting men in HIV/AIDS, prevention.* New York, UNFPA, 2000:24

United States. *Centres for Disease Control and Prevention (CDC). Prevention and treatment of Sexually transmitted diseases as an HIV prevention strategy.* Atlanta, CDC, Jul. 24, 1998.

Vilata, J.J. *Enfermedades de Transmisión Sexual.* Proas editores. Barcelona, 1993:29-599.

Watts HD, Eschenbach DA. *Sexually Transmitted Diseases in Pregnancy.* *Infect Diseases Clin North AM*, 1987; 1:253 -274.

White, L. A. *Man's control over civilization, an anthropocentric illusion,* *Sci.Mouth.*66:238, Mar.1948.

World Health Organization (WHO). Prevention mother-to-child transmission of HIV infection: WHO's activities WHO briefing notes for UNGASS on HIV/AIDS. Geneva, WHO, 2001:5.

Zenilman, J.M. Epidemiology and control of sexually transmitted diseases. *Current opinion in infectology diseases*. 1992, 5:No.1.36-46.

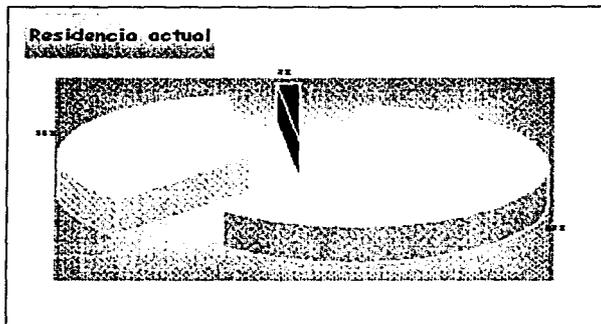
Zenilman, J.M. y cols. Effect of HIV post test counseling on STD incidence. *JAMA*, 1992: 255

TABLAS Y GRÁFICAS

Tabla # 1

Residencia actual	Fo	%
D.F.	31	62
Edo. México	18	36
Int. de la República	1	2
TOTAL	50	100

Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

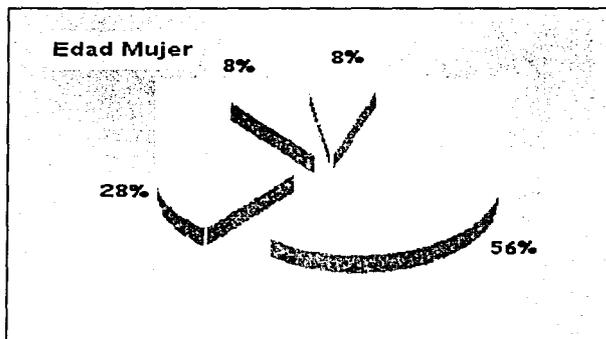


Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

Tabla # 2

Edad Mujer	Fo	%
<=20 años	4	8
21 a 30 años	28	56
31 a 40 años	14	28
>= 41 años	4	8
TOTAL	50	100

Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

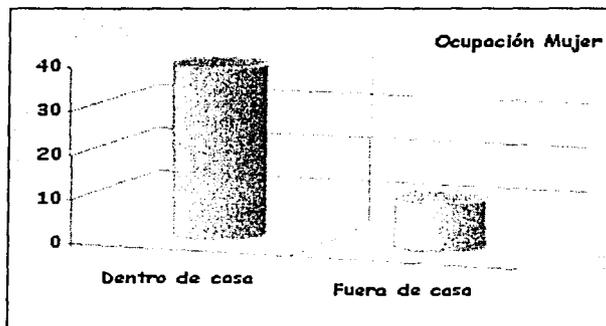


Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

Tabla # 3

Ocupación Mujer	Fo	%
Dentro de casa	39	78
Fuera de casa	11	22
TOTAL	50	100

Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

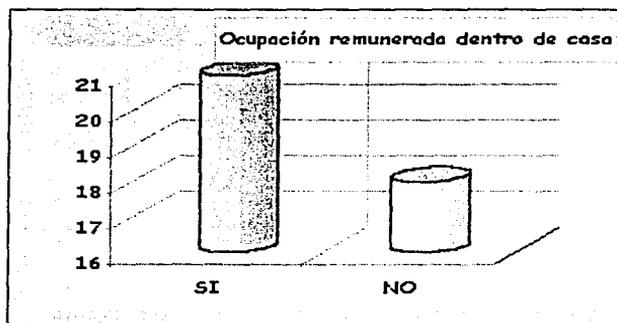


Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

Tabla # 4

Ocupación remunerada dentro de casa	Fo	%
SI	21	53.8
NO	18	46.1
TOTAL	39	100

Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

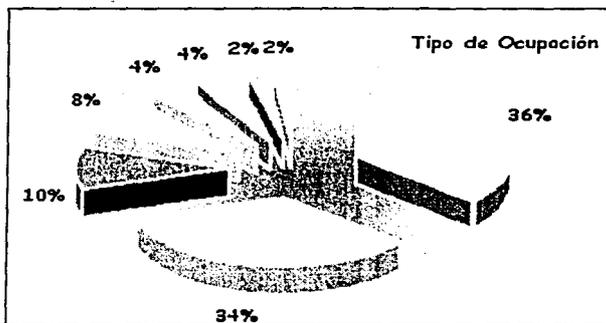


Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

Tabla # 5

Tipo de Ocupación	Fo	%
Hogar	18	36
Comercio	17	34
Profesionistas	5	10
Artesanía tradicional	4	8
Personal administrativo no profesional	2	4
Personal doméstico	2	4
Trabajadora por cuenta propia	1	2
Instructora no profesionista	1	2
TOTAL	50	100

Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

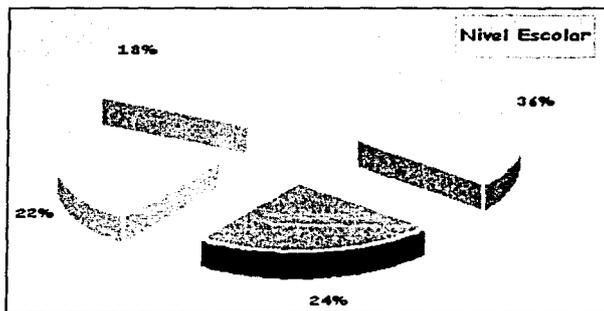


Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

Tabla # 6

Nivel escolar	Fo	%
Igual ó menor a Secundaria	18	36
Prepa ó Bachillerato	12	24
Licenciatura	11	22
Carrera Técnica	9	18
TOTAL	50	100

Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

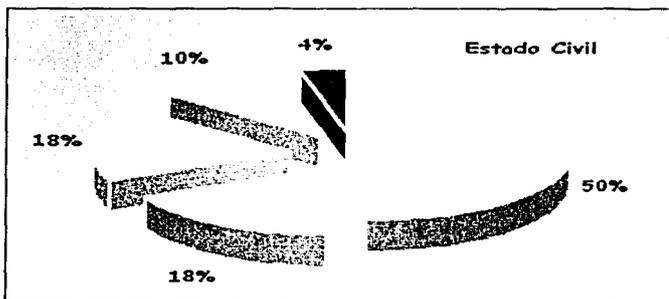


Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

Tabla # 7

Estado civil	Fo	%
Casadas civil y/o religiosamente	25	50
Solteras	9	18
Unión libre	9	18
Divorcio o Separación	5	10
Viudas	2	4
TOTAL	50	100

Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

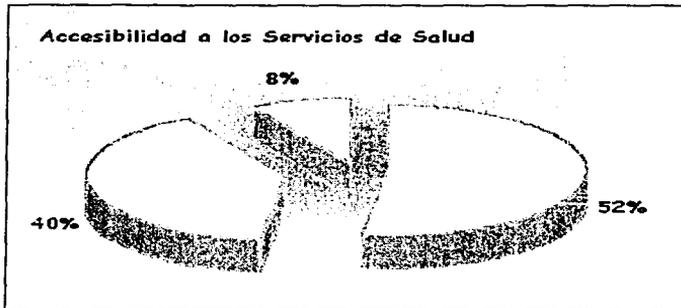


Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

Tabla # 8

Accesibilidad a los Servicios de Salud	Fo	%
Clinica o Centro de Salud	26	52
Servicio Médico Particular	20	40
Hospital	4	8
TOTAL	50	100

Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

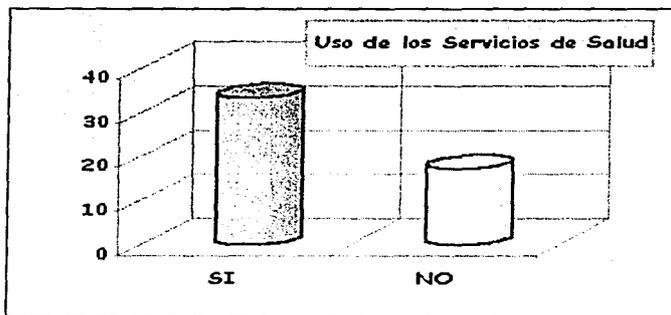


Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

Tabla # 9

Uso de los Servicios de Salud	Fo	%
SI	33	66
NO	17	34
TOTAL	50	100

Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

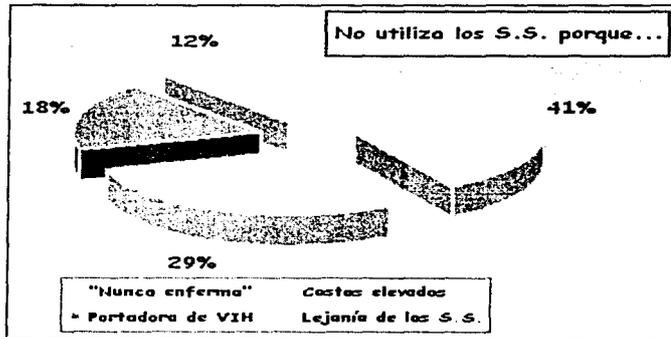


Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

Tabla # 10

No utiliza los S.S. Porque...	Fo	%
"Nunca enferma"	7	41.1
Costos elevados	5	29.4
Portadora de VIH	3	17.6
Lejanía de los S.S.	2	11.7
TOTAL	17	100

Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

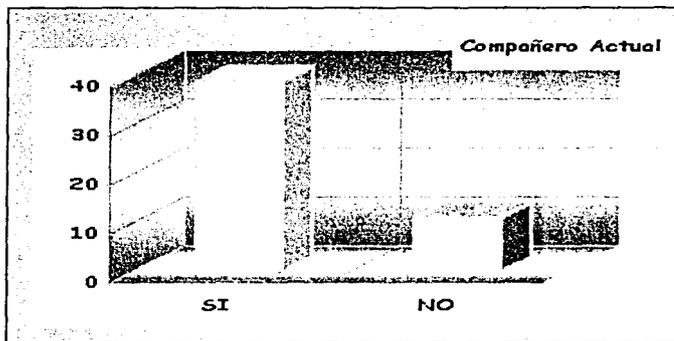


Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

Tabla # 11

Compañero actual	Fo	%
SI	39	78
NO	11	22
TOTAL	50	100

Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

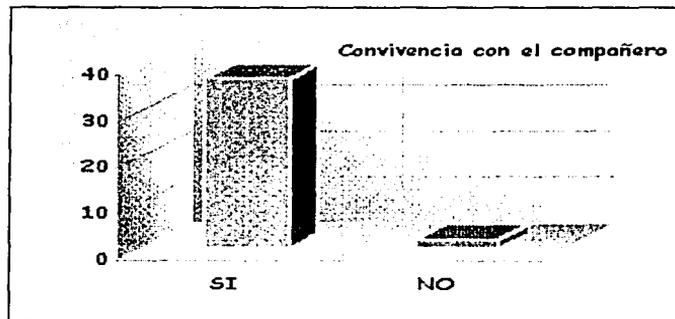


Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

Tabla # 12

Convivencia con el compañero	Fo	%
SI	37	94.8
NO	2	5.1
TOTAL	39	100

Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

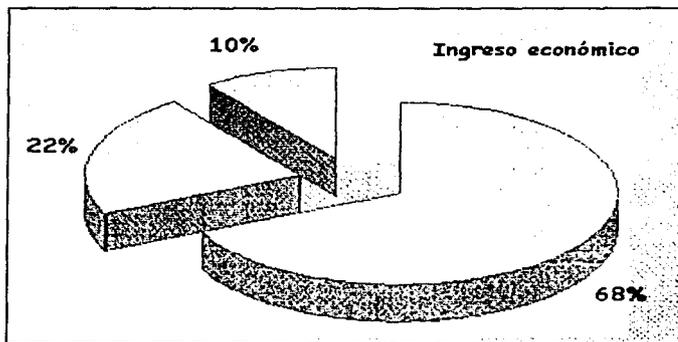


Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

Tabla # 13

Ingreso económico	Fo	%
Compañero	34	68
Mujer	11	22
Otros	5	10
TOTAL	50	100

Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

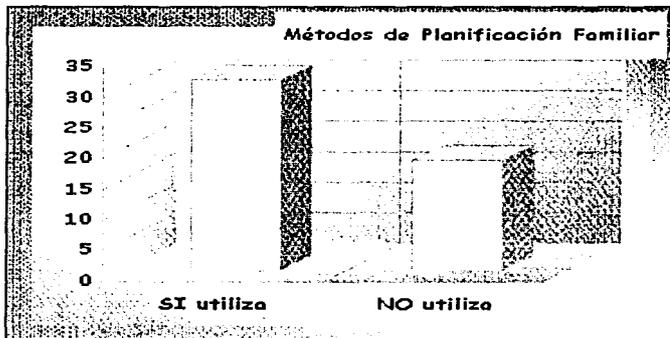


Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

Tabla # 14

Métodos de Planificación Familiar	Fo	%
SI utiliza	31	62
NO utiliza	18	36
TOTAL	50	100

Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)



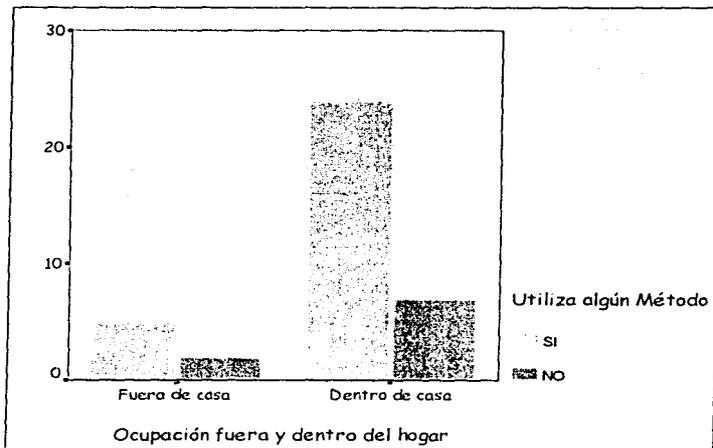
Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

Tabla # 15

Relación entre la Ocupación dentro y fuera del Hogar y el uso de Métodos de Planificación Familiar

Ocupación dentro y fuera del Hogar	Uso de Mét. Planif. Fam.	
	SI	NO
	Fo	%
Dentro de casa	24	7
Fuera de casa	5	2
TOTAL	38	100

Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

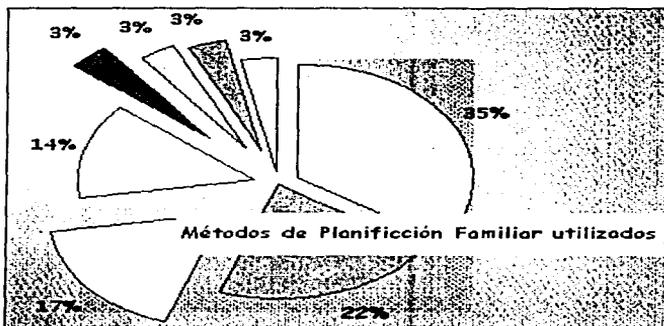


Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

Tabla # 16

Métodos de Planificación Familiar más utilizados	Fo	%
OTB	10	34.4
Condón masculino	6	20.6
DIU	5	17.2
Abstinencia sexual	4	13.7
Condón femenino	1	3.4
Pastillas	1	3.4
Inyecciones	1	3.4
Implante subdérmico	1	3.4
TOTAL	29	100

Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

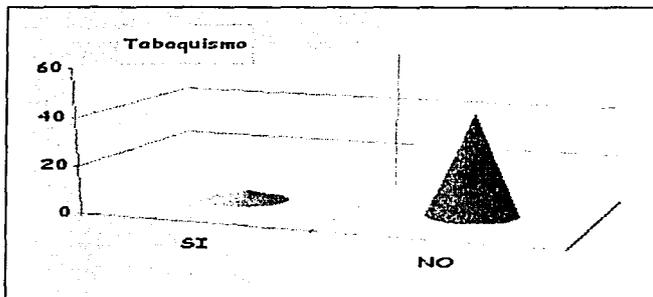


Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

Tabla # 17

Tabaquismo	Fo	%
SI	5	10
NO	45	90
TOTAL	50	100

Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

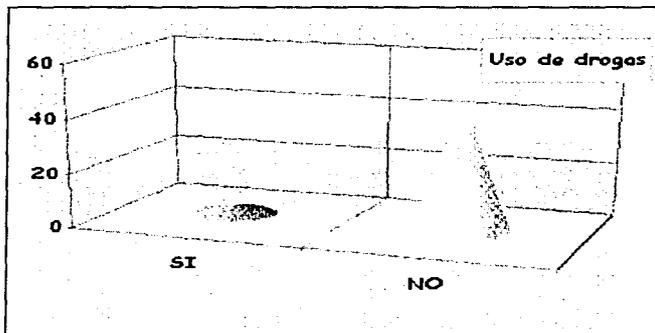


Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

Tabla # 18

Uso de drogas	Fo	%
SI	4	8
NO	46	92
TOTAL	50	100

Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

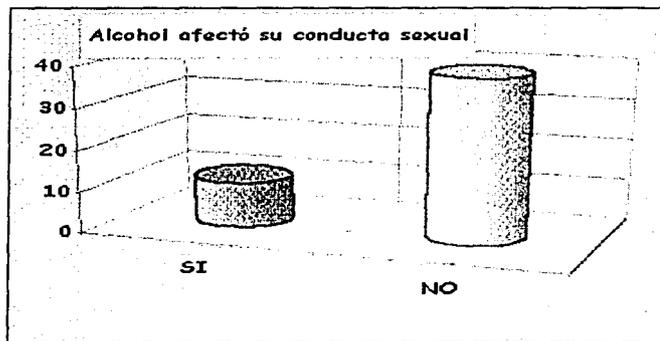


Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

Tabla # 19

Alcohol afectó su conducta sexual	Fo	%
SI	11	22
NO	39	78
TOTAL	50	100

Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

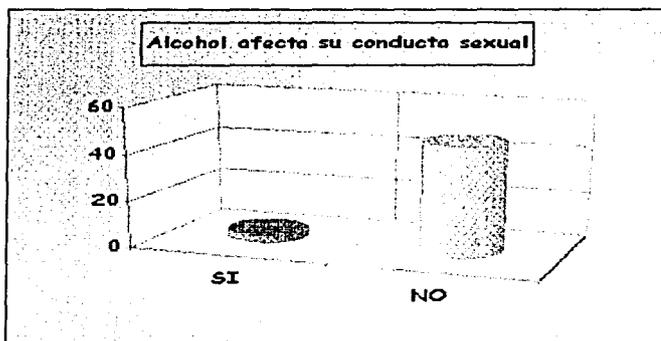


Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

Tabla # 20

Alcohol afecta su conducta sexual	Fo	%
SI	3	6
NO	47	94
TOTAL	50	100

Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

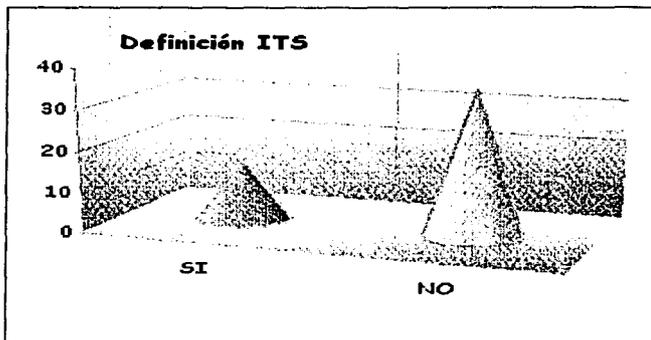


Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

Tabla # 21

Definición de ITS	Fo	%
SI	15	30
NO	35	70
TOTAL	50	100

Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

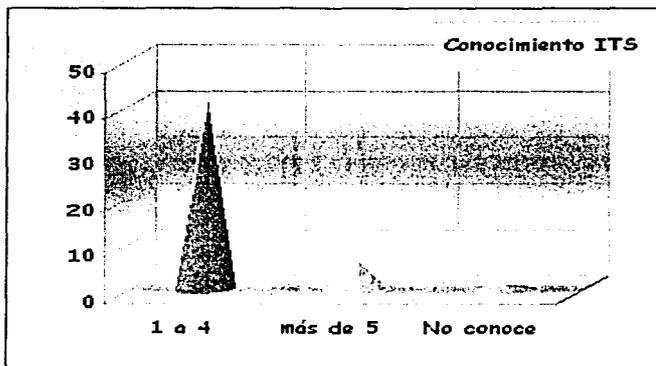


Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

Tabla # 22

Conocimiento ITS	Fo	%
1 a 4	42	62
más de 5	7	36
No conoce	1	2
TOTAL	50	100

Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS2002 (N=50)

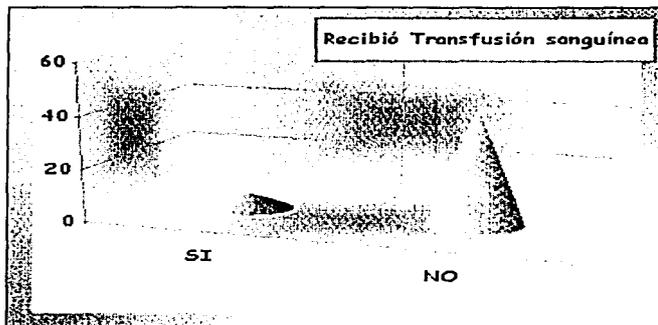


Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

Tabla # 23

Transfusión sanguínea	Fo	%
SI	6	12
NO	44	44
TOTAL	50	100

Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

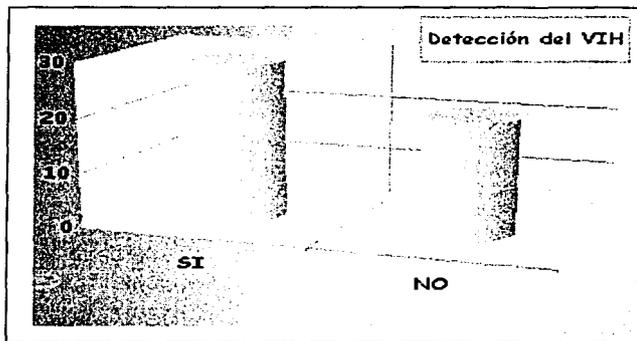


Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

Tabla # 24

Detección del VIH	Fo	%
SI	29	58
NO	21	42
TOTAL	50	100

Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

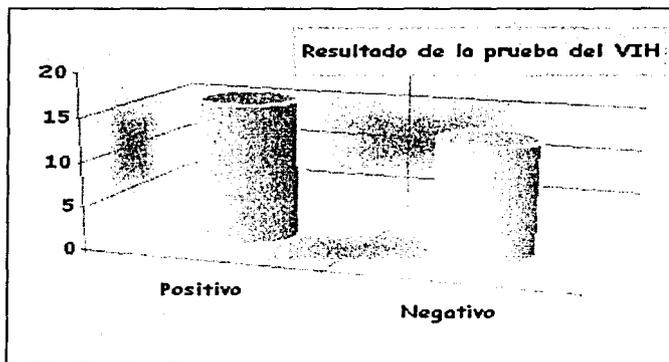


Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

Tabla # 25

Resultado de la prueba del VIH	Fo	%
Positivo	16	32
Negativo	13	26
TOTAL	29	100

Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

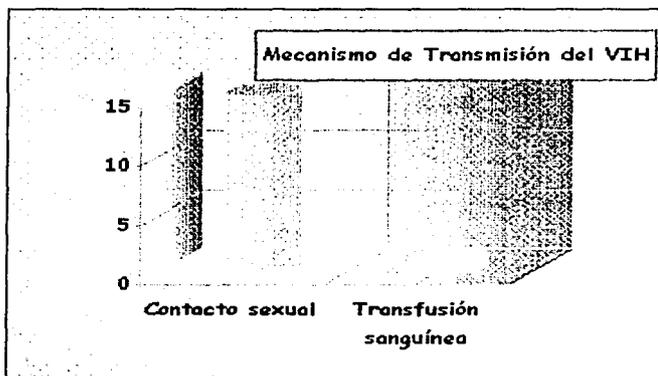


Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

Tabla # 26

Mecanismo de transmisión del VIH	Fo	%
Contacto sexual	15	93.7
Transfusión sanguínea	1	6.2
TOTAL	16	100

Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

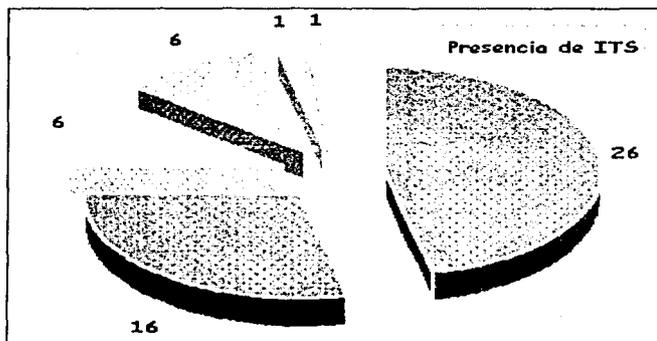


Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

Tabla # 27

Presencia de ITS	Fo	%
VPH	26	52
VIH/SIDA	16	32
Ureaplasma urealyticum	6	12
Herpes genital	6	12
Sífilis	1	2
Clamydia	1	2
TOTAL	50	100

Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

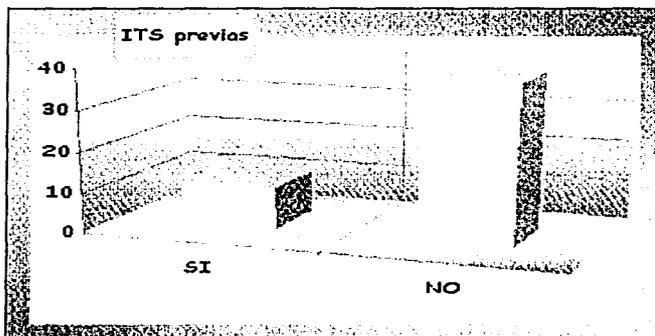


Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

Tabla # 28

ITS previas	Fo	%
SI	11	22
NO	39	78
TOTAL	50	100

Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

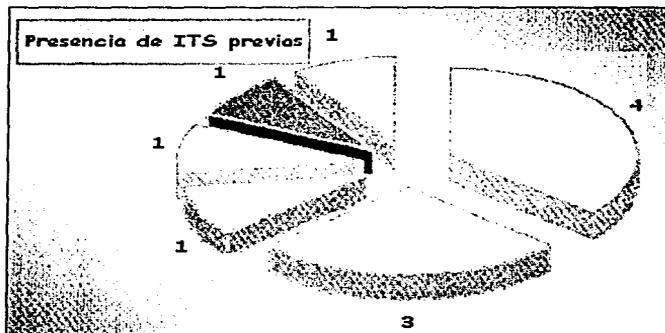


Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

Tabla # 29

Presencia de ITS previas	Fo	%
VPH	4	8
Sífilis	3	6
Mycoplasma hominis	1	2
Molusco contagioso	1	2
Herpes genital	1	2
Clamidia trachomatis	1	2
TOTAL	11	100

Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

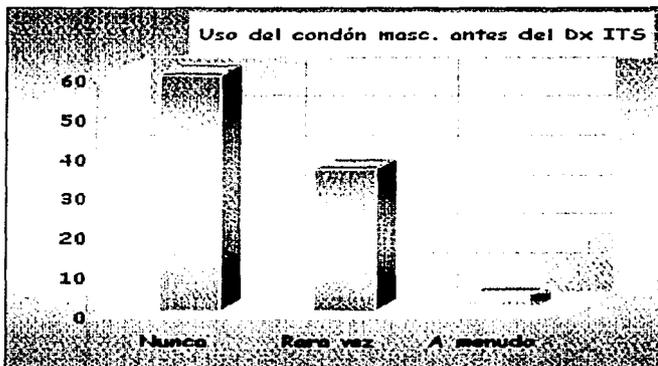


Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

Tabla # 30

Uso del condón f antes del Dx ITS	Fo	%
Nunca	30	60
Rara vez	18	36
A menudo	2	4
TOTAL	50	100

Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

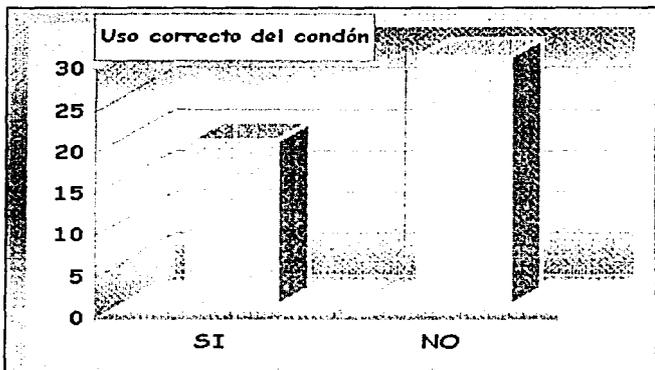


Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

Tabla # 31

Uso correcto del condón	Fo	%
SI	20	40
NO	30	60
TOTAL	50	100

Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

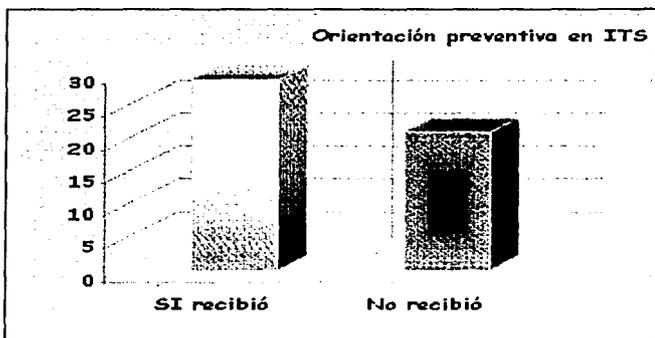


Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

Tabla # 32

Orientación Preventiva en ITS	Fo	%
SI recibió	29	58
No recibió	21	42
TOTAL	50	100

Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

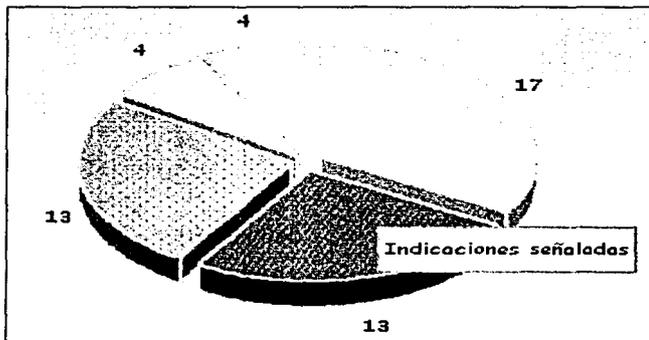


Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

Tabla # 33

Indicaciones señaladas	Fo	%
Uso del condón masculino	17	58.6
Abstinencia sexual	13	44.8
Tx en pareja	13	44.8
Control médico frecuente	4	13.7
Papanicolaou cada 6 meses	4	13.7
TOTAL	29	100

Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

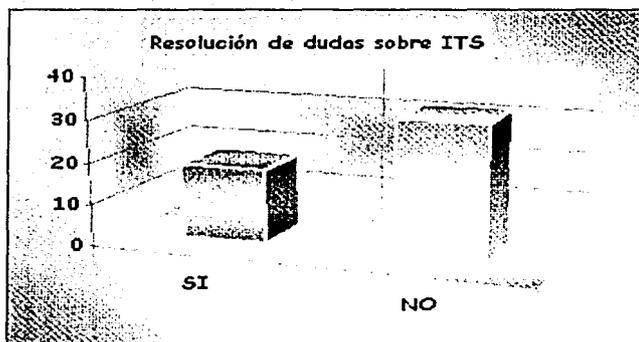


Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

Tabla # 34

Resolución de dudas sobre Dx ITS	Fo	%
SI	18	36
NO	32	64
TOTAL	50	100

Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

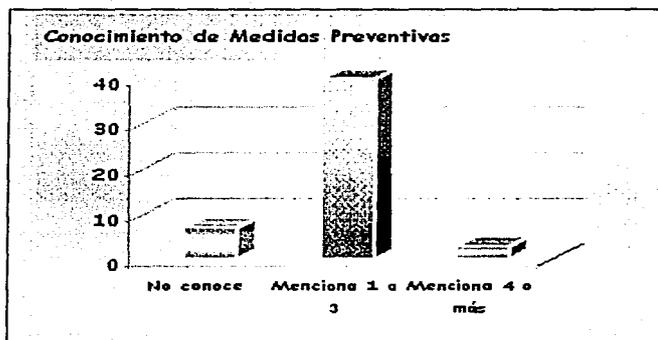


Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS2002 (N=50)

Tabla # 35

Conocimiento de Medidas Preventivas	Fo	%
No conoce	7	14
Menciona 1 a 3	40	40
Menciona 4 o más	3	6
TOTAL	50	100

Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

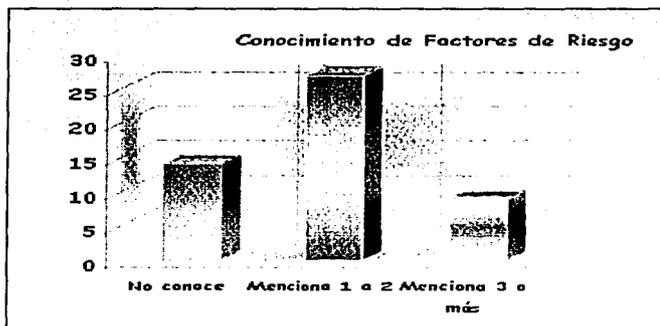


Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

Tabla # 36

Conocimiento de Factores de Riesgo	Fo	%
No conoce	14	28
Menciona 1 a 2	27	54
Menciona 3 o más	9	18
TOTAL	50	100

Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

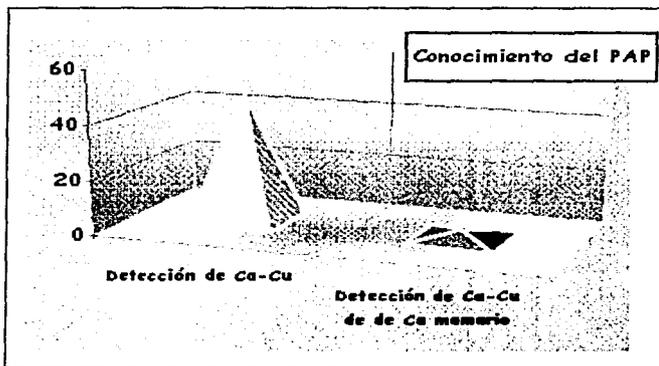


Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

Tabla # 37

Conocimiento del PAP	Fo	%
Detección de Ca-Cu	47	97
Detección de Ca-Cu de de Ca mamario	3	6
TOTAL	50	100

Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

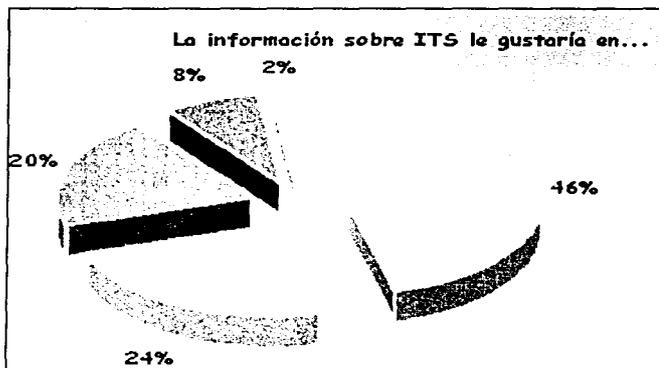


Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

Tabla # 38

¿Cómo le gustaría recibir la información sobre ITS-VIH/SIDA?	Fo	%
Platica en pareja	23	46
Pequeños instructivos para leer en casa	12	24
Platica con mujeres	10	20
Folletos con ilustraciones	4	8
Platica con el especialista	1	2
TOTAL	50	100

Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)



Fuente: Instrumento de Valoración del Autocuidado en ITS 2002 (N=50)

A N E X O S

PROMOCION DE LA SALUD REPRODUCTIVA

DAÑO
REPRODUCTIVO
(ENFERMEDAD)

TRATAMIENTO
Y
REHABILITACION

1

SALUD
REPRODUCTIVA

~~FACTORES DE
RIESGO
REPRODUCTIVO~~

2

PREVENCION

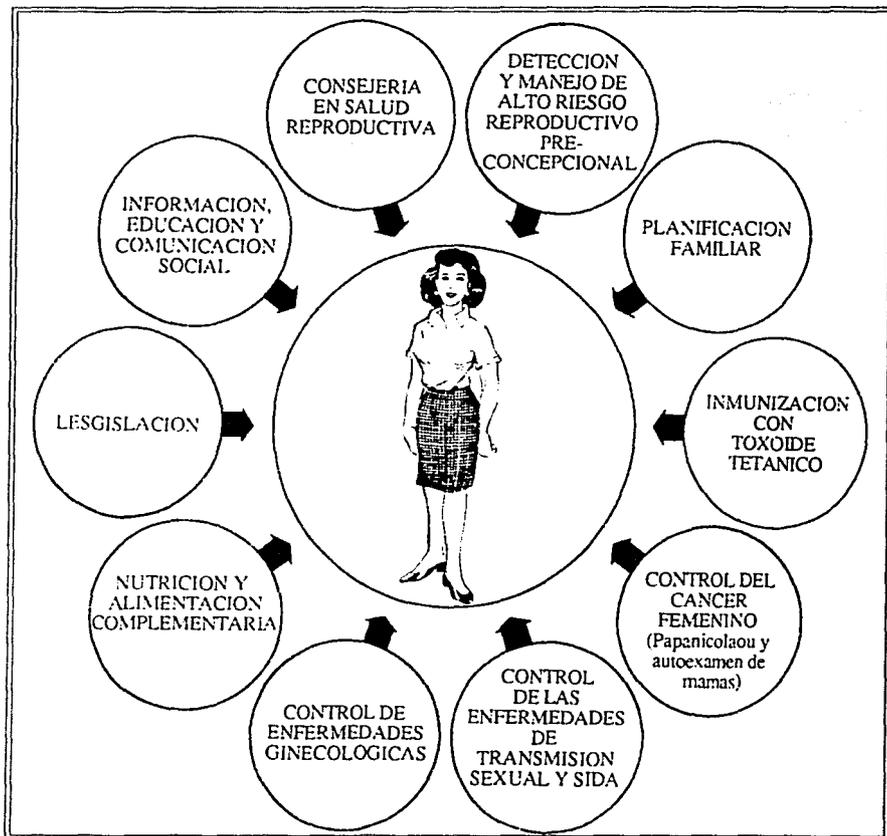
3

PROMOCION
(FACTORES PROMOTORES
DE SALUD)

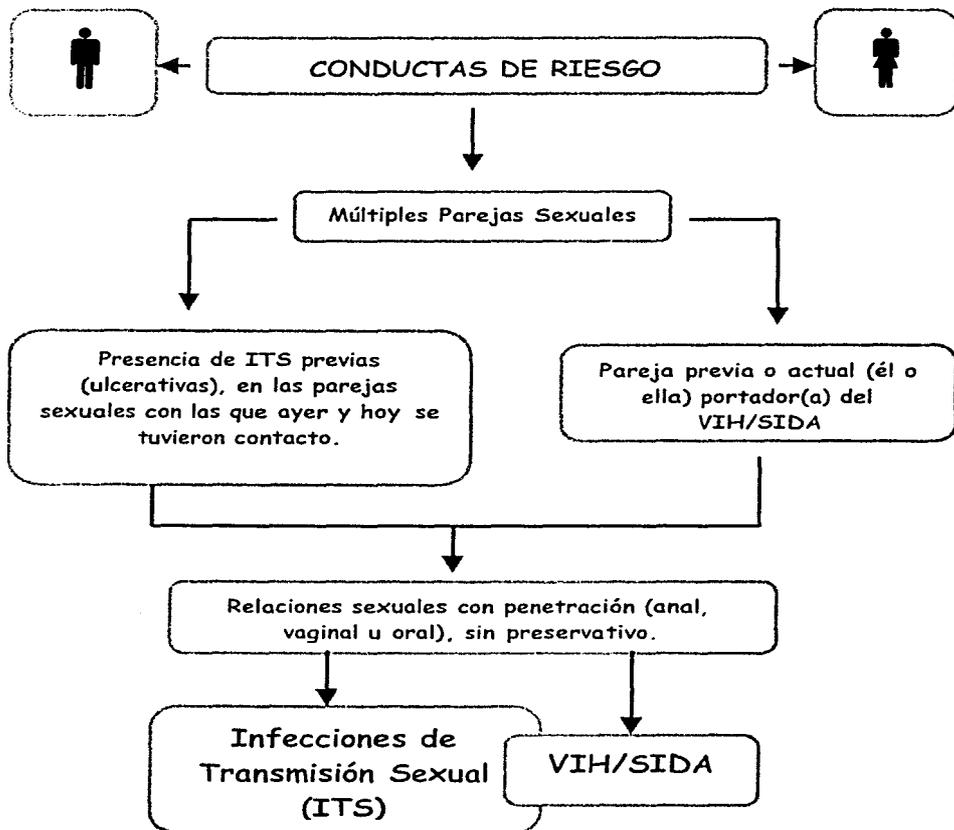
ACCIONES DE SALUD REPRODUCTIVA

Acciones de Salud dirigidas a la Mujer en edad reproductiva no gestante

ANEXO # 2



Fuente: OPS. Serie Paltex, 1994.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA REPRODUCTIVA
INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DEL AUTOCUIDADO EN INFECCIONES DE
TRANSMISIÓN SEXUAL

La información que usted nos proporcione es muy importante desde el punto de vista preventivo enfermen y en base a los resultados que se obtengan a partir de este cuestionario, elaborar herramientas de prevención en beneficio de su salud sexual. Toda la información es absolutamente confidencial y tiene la libertad de negarse a responder cualquiera de las preguntas si usted así lo desea.

FECHA

EXPEDIENTE

FOLIO

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Edad

Nombre de la mujer _____

1 - ¿En dónde trabaja (describir lugar)

1) Trabajo fuera de casa

2) Trabajo dentro de casa (hogar)

(en caso de elegir opción 1 pasar a la pregunta 3)

2 - ¿Realiza alguna actividad dentro de casa que le permita obtener algún ingreso económico?

1) SI

2) NO

2.1 - ¿Qué tipo de actividad realiza? (describir)

3 - ¿Cuál es su escolaridad? (por niveles)

1) Primaria

2) Secundaria

3) Carrera técnica

4) Preparatoria y/o Bachillerato

5) Licenciatura

6) Otra (especificar)

4 - Actualmente ¿Dónde radica?

1) Zona rural

2) Zona urbana

3) Área metropolitana

4) Constantemente cambio de residencia

5 - Su estado civil actual es:

- 1) Unión libre
- 2) Casada civil y religiosamente
- 3) Casada solo religiosamente
- 4) Casada solo civilmente
- 5) Divorciada y/o separada
- 6) Viuda
- 7) Soltera

II. CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNIDAD

6 - ¿Tiene acceso a Servicios de Salud públicos o privados a 2 Km. a parte del INPer, en donde se pueda atender?

- 1) SI
- 2) NO

6.1 - ¿Qué tipo de Servicio de Salud dispone?

- 1) Médico particular
- 2) Clínica o centro de salud
- 3) Hospital

6.2 - ¿Utiliza éste Servicio de Salud cuando usted esta enferma?

0) Sólo tiene el INPer

- 1) SI
- 2) NO

6.3 - ¿Por qué? no lo utiliza (describir)

III. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO

A) PROMOCIÓN DE LA NORMALIDAD

7 - Baño corporal (hábitos de salud)

- 1) Diario
- 2) Cada 3er día
- 3) Otros (especificar)

8 - Cambio de ropa interior

- 1) Diario
- 2) Cada 3er día
- 3) Otros (especificar)

B) PRACTICAS DE AUTOCUIDADO EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

9 - Actualmente tiene un compañero (al momento de la entrevista)

- 1) SI
- 2) NO

(en caso de responder NO, pasar a la pregun. 12)

9.1 - Actualmente vive con el compañero (al momento de la entrevista)

- 1) SI
- 2) NO

10 - Edad del compañero

- 1) +/- 19 años
- 2) 20-25 años
- 3) 26- 30 años
- 4) 31-35 años
- 5) + de 36 años

especificar _____

11 - Ocupación del compañero actual

- 1) Albanil
- 2) Chofer
- 3) Comerciante
- 4) Mesero
- 5) Policía
- 6) Empleado federal
- 7) Profesionista
- 8) Otros (especificar)

12 - ¿Quién aporta el mayor ingreso económico para el mantenimiento del hogar?

- 1) Mujer
- 2) Compañero
- 3) Otros (especificar)

13 - ¿En los últimos 2 años de abril del 2000 a esta fecha usted ha tenido compañeros sexuales extra?

- 1) SI
- 2) NO

(en caso de responder NO, pasar a la pregunta 19)

14 - Número de compañeros extra en los últimos 2 años (especificar)

15 - Número de compañeros sexuales extra con los cuales tuvo sexo con penetración

Número

--	--

16 - Piensa que alguno de sus compañeros extra tuvo sexo con otras parejas

- 1) SI
- 2) NO
- 3) No sé

17 - ¿Qué tipo de pareja fue?

- 1) Pareja estable
- 2) Pareja eventual
- 3) Pareja por intercambio de dinero
- 4) No sé

18 - ¿Recibió dinero a cambio por tener relaciones sexuales con alguno de los compañeros extra?

- 1) SI
- 2) NO

19 - ¿A parte de su compañero actual tiene otros(s) compañero(os) extra, en este momento?

- 1) SI
- 2) NO

20 - En este momento ¿Utiliza algún tipo de Método Anticonceptivo?

- 1) SI
- 2) NO
- 3) Cursa con embarazo

(en caso de cursar con embarazo pasar a la pregunta 22)

21 - ¿Cuál? (marcar más de una opción)

- 1) Coito interruptus
- 2) Ritmo
- 3) Condón femenino
- 4) Condón masculino
- 5) DIU
- 6) Pastillas
- 7) OTB o Vasectomía
- 8) Otro (especificar)

21.1.-¿Qué hace usted para no embarazarse? (describir)

22 - Usted ¿Fuma?

- 1) SI
- 2) NO

(en caso de responder NO, pasar a la pregunta 24)

23 - ¿Cuántos cigarrillos al día?

- 1) 1-3 cigarrillos al día
- 2) 4-6 cigarrillos al día
- 3) 7 o más cigarrillos al día

24 - ¿Ha consumido algún tipo de droga?

- 1) SI
- 2) NO

25 - ¿Se ha inyectado algún tipo de droga?

- 1) SI
- 2) NO

26 - ¿Ha consumido alguna vez bebidas que contengan alcohol?

- 1) SI
- 2) NO

27 - Anteriormente ¿El uso de alcohol u otra sustancia afecta sus relaciones sexuales?

- 1) SI
- 2) NO

28 - Actualmente ¿El uso del alcohol u otra sustancia afecta sus relaciones sexuales?

- 1) SI
- 2) NO

29 - ¿Sabe qué es una Infección de Transmisión Sexual?

- 1) Si responde de acuerdo a la definición descrita por ..
- 2) No responde la definición descrita por ..

29 1 - ¿Conoce cuáles son las Infecciones de Transmisión Sexual que existen?

- 1) SI
2) NO

29 2 - Mencione cuáles son...

30 - ¿Alguna vez le han transfundido sangre?

- 1) SI
2) NO

30 1 - ¿Alguna vez le han hecho la prueba para detectar VIH/SIDA?

- 1) SI
2) NO

30 2 - Si la respuesta fue SI, ¿Sabe cuál fue el resultado?

- 1) Positivo
2) Negativo

30 3 - A través de que fue el contagio

- 1) Pareja sexual
2) Compartir agujas no estériles
3) Transfusión sanguínea
4) Otros (describir)

31 - ¿Le han diagnosticado una Infección de Transmisión Sexual?

- 1) SI
2) NO

31 1 - De qué Infección de Transmisión Sexual se trata (describir)

32 - ¿Anteriormente había padecido de una Infección de Transmisión Sexual?

- 1) SI
2) NO

32 1 - De qué Infección de Transmisión Sexual se trató (describir)

33 - ¿Sabía que esa(s) Infección que le diagnosticó el médico era de Transmisión Sexual?

- 1) SI
2) NO

34 - Antes de que le diagnosticaran la primera Infección de Transmisión Sexual ¿Qué tan frecuente utilizaba el condón durante sus relaciones sexuales?

- 1) Siempre
2) A menudo
3) Rara vez
4) Nunca

35 - ¿Sabe cómo se utiliza el condón masculino?

- 1) ¿Quién lo usa y qué forma tiene?
2) ¿En qué momento se coloca?
3) ¿Qué cuidados se debe tener para retirar el preservativo?

36.- Cree usted que con el uso del condón en cada relación sexual pueda disminuir el riesgo de contraer una ITS

- 1) SI
2) NO

37.- Al momento de diagnosticarle la Infección de Transmisión Sexual, recibió indicaciones preventivas para controlar la infección?

- 1) SI
2) NO

38.- Mencione qué indicaciones le dieron

39.- El personal de Salud resolvió sus dudas en relación a la(s) ITS que le diagnosticaron

- 1) SI
2) NO

40.- ¿Sabe cuáles son las Medidas de Prevención en general para evitar una ITS?

- 1) SI
2) NO

40.1.- Mencione cuáles son

41.- ¿Sabe cuáles son los Factores de Riesgo para presentar una ITS?

- 1) SI
2) NO

41.1.- Mencione cuáles son

42.- ¿Sabe para qué se realiza la prueba del Papanicolaou?

- 1) Para detectar cáncer en la matriz
2) Para detectar cáncer en los senos
3) Para detectar cáncer en la matriz y en los senos
4) No sé

43.- ¿Se ha realizado el examen del Papanicolaou?

- 1) SI
2) NO

44.- ¿Recuerda la última fecha de su Papanicolaou? (describir fecha)

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
día mes año

45 -El resultado fue:

- 0) Nunca se ha realizado el Papanicolaou
- 1) Positivo a cáncer de matriz
- 2) Negativo a cáncer de matriz
- 3) Nunca preguntó por los resultados

46 -¿Sabe con qué frecuencia debe realizarse el Papanicolaou?

- 1) Cada 6 meses como mín. o cada año como máx.
- 2) Cada 2 años
- 3) No sabía que me lo tenía que hacer en cierto tiempo

47 - ¿Cómo le gustaría recibir Información Preventiva en relación al tema de Infecciones de Transmisión Sexual?

- 1) En un folleto con ilustraciones
- 2) En un cartel
- 3) Una plática con su compañero
- 4) En un grupo solo de mujeres
- 5) En pequeños instructivos para leer en casa
- 7) Otros (sugerencias)

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA REPRODUCTIVA
INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DEL AUTOCUIDADO EN INFECCIONES DE
TRANSMISIÓN SEXUAL

Instructivo de llenado

IDENTIFICACIÓN

Fecha: Se anota la fecha (año, mes y día) en que se realiza la entrevista a la mujer que cumple con los criterios de inclusión

Expediente: Registre el número de expediente del carnet de la mujer participante, con la finalidad de obtener datos completos de la misma.

Folio: Número consecutivo que será asignado para la base de datos.

I. DATOS GENERALES

Nombre: Registre sólo el nombre de la mujer, sin apellidos para proteger su individualidad dentro del proyecto.

Edad: Consigne la edad en años cumplidos.

Ocupación: Trabajo, oficio o profesión específica, incluye tareas que realiza normalmente aún sin recibir un ingreso por su actividad.

Lugar: Pregunte, ¿En dónde trabaja?

- (1) Trabaja fuera de casa
- (2) Trabaja dentro de casa

Tipo: Pregunte, ¿A qué se dedica? y registre:

- (1) Propietari@s, directiv@s y vigilantes no profesionistas o técnic@s del proceso de producción industrial o mantenimiento. Comprende a los dueñ@s de instalaciones para el procesamiento de transformación de materias primas o para la reparación o aplicación de los productos industriales y que tienen a su servicio emplead@s, sin tener ellos en sus manos el proceso de trabajos, así como a los directiv@s y vigilantes de los mismos, no profesionistas o técnic@s.
- (2) Obrer@s de la manutención: Incorpora trabajadores que están en contacto con el producto terminado, ya sea para su reparación, instalación o aplicación y que no cuenta su capacitación técnica formal: zapateros, ajustadores de máquinas, relojeros, mecánicos, operadores de estaciones emisoras, proyectores de cine, soldadores, plomeros, vidrieros, pintores de brocha gorda, albañiles, etc.
- (3) Obrer@s de la extracción y transformación: Abarca a los trabajadores que están en contacto estrecho con una parte de la producción, de la transformación de la materia prima o en la extracción de las mismas: fundidores, laminadores, obreros de la manufactura, mineros. Etc.
- (4) Artesan@s tradicionales: Incluye a los trabajadores que están ligados del inicio de la transformación de la materia prima a la elaboración del producto terminado, siendo este un producto tradicional: orfebres, bordados, cesteros, tejedores, etc.
- (5) Artesan@ no tradicional: Incluye trabajadores que están ligados al total del proceso de producción y el objeto terminado no es tradicional: panaderos, sastres, herreros, carpinteros, Etc.
- (6) Propietari@s de tierras de cultivo, aserraderos, pastizales o criaderos de animales, pescadores y recolectores: Cuenta con los bienes antes enunciados para auto explotarlos o emplear personas que lo hagan. Se excluye al personal administrativo, técnico o profesional en el área.
- (7) Inversionistas y emplead@s bancarios: Incluye tanto a los individuos que perciben ingresos a través de invertir caudales en diversas empr esas, como a los trabajadores que dirigen, vigilan o ejecutan operaciones financieras o de depósito y retiro de caudales en bancos.

- (8) Comerciantes, vendedores y personal asimilado: Propietarios o personal dedicado a la compra y venta de toda clase de mercancía y servicio, agentes de ventas, marcadores de precios, almacenistas, cajeros no bancarios. Etc.
- (9) Grandes arrendatari@s: Poseen bienes inmuebles que arriendan o subarriendan, excluye a los pequeños arrendatarios.
- (10) Pequeñ@s arrendatari@s: Son propietarios de solo una vecindad en las que ellos mismos habitan. Se considera como vecindad al conglomerado de hogares que comparten el baño y/o el agua.
- (11) Transportistas y conductores de vehículos de pasajeros: incluye a los propietarios de medios de transporte a los conductores de medios de transporte colectivos.
- (12) Propagadores religiosos: Incorpora a los diferentes individuos que transmiten las diversas doctrinas religiosas.
- (13) Artistas de alta calificación: Se considera como tales a los que cultivan las diferentes ramas del arte: teatro, danza, escultura, diseño, o bien son contratados en radio, televisión o circos, por tiempos iguales o mayores a 4 meses al año, para realizar actividades artísticas o circenses.
- (14) Artistas de baja calificación: Son aquellos que realizan actividades de dibujantes, artísticas o circenses en la vía pública, circos o carpas que se instalen en locales o terrenos no destinados para esta actividad.
- (15) Deportistas: Aquellos que a cambio de una remuneración, participan en competencias y pruebas deportivas, o bien desarrollan funciones de instrucción no siendo profesionistas en el área del deporte.
- (16) Profesionistas: Trabajadores que requieren para la realización de su trabajo, niveles de educación medio o superior: Economistas, médicos, maestros, sociólogos. Etc.
- (17) Estudiantes becados: Aquel que recibe remuneración de alguna institución o empresa para la realización de estudios o actividades deportivas.
- (18) Técnic@s e instructores no profesionistas: Aquellos trabajadores que dan soluciones en las diferentes ramas de la técnica, y que cuentan con niveles de escolaridad técnico.
- (19) Personal administrativo no profesionista: Es todo el personal no profesional dedicado a la aplicación de leyes, reglamentos o decretos promulgados por los gobiernos centrales, estatales o municipales; inspeccionan las actividades de los trabajadores de oficina, de transportes y comunicaciones, reproducen por taquigrafía textos orales o escritos, manejan máquinas de oficina, agentes administrativos, empleados de aduana, mecanógrafos, carteros, mensajeros, telefonistas, telegrafistas, edecanes. Etc.
- (20) Servicios personales: Los trabajadores comprendidos en este rubro dirigen, organizan, vigilan o ejecutan por sí mismos servicios de hotelería, personales

de protección no policial y otros similares: directores y gerentes de hoteles, bares, jefes de personal de limpieza, jefes de meseros, peluqueros, cocineros, camareras, choferes particulares, bomberos, servicios de protección no pertenecientes a la policía, embalsamadores, auxiliar de enfermería, de veterinaria, jardineros particulares, boleros, domésticos privados, enterradores, etc.

- (21) Servicios a la comunidad: Contiene a los trabajadores que ejecutan servicios de limpieza no privada, jardineros públicos, peones públicos. Etc.
- (22) Fuerzas armadas, Están comprendidas en este grupo las personas con cargo militar que sirven voluntaria u obligatoriamente a los ejércitos de tierra, mar y aire en los servicios militares dependientes de los mismos a excepción de las personas que han sido llamadas al ejército provisionalmente para efectuar un corto período de entrenamiento.
- (23) Policía y tránsito: Abarca el personal executor de salvaguardar la ley y el orden público: policías y agentes de tránsito.
- (24) Estudiantes no becarios: Se considera a aquellos que no realizan ningún otro trabajo remunerado o no, que no sea el de estudios, no percibiendo ayuda de ninguna institución o empresa para la realización del trabajo.
- (25) Labores del hogar con ayuda: Se refiere a los sujetos que se dedican al funcionamiento del hogar, recibiendo ayuda doméstica de personal remunerado.
- (26) Labores del hogar sin ayuda: Se refiere a los sujetos que se dedican al funcionamiento del hogar sin ayuda de personal remunerado
- (27) Ninguna: Aquel sujeto que no realiza ninguna actividad de las antes descritas.

Categoría: Pregunte, ¿Realiza alguna actividad dentro de casa que le permita obtener algún ingreso económico? y consigne:

- (1) SI
- (2) NO

Tipo de actividad: Pregunta abierta.

Escolaridad: Pregunte, ¿Qué estudió? y registre:

- (1) Primaria
- (2) Secundaria
- (3) Carrera técnica
- (4) Preparatoria y/o bachillerato
- (5) Licenciatura
- (6) Otra (describa lo referido por la mujer)

Residencia actual: Pregunte: ¿en dónde reside actualmente? y consigne:

- (1) *Rural*; área que tiene uno o ningún servicio público, tal como agua potable entubada, luz eléctrica, drenaje, pavimento, transporte, teléfono, etc.
- (2) *Urbana*; área con dos o más servicios públicos de los mencionados anteriormente.
- (3) *Metropolitana*; conjunto de municipios que integran a la Ciudad de México, Guadalajara y Monterrey.
- (4) *Constantemente cambia de residencia.*

Estado civil: Registre de acuerdo a las definiciones del estado civil, de cada uno de los integrantes de su familia. Pregunte ¿Cuál es su estado civil? y registre:

- (1) *Unión libre*; persona que vive maritalmente con otra, sin haber contraído matrimonio civil o religioso.
- (2) *Casada civil y religiosamente*; persona que ha contraído matrimonio conforme a la ley y de acuerdo a cualquier religión y que en el momento del censo vive con su pareja.
- (3) *Casada sólo religiosamente*; persona que sólo ha contraído matrimonio religioso y que vive con su pareja.
- (4) *Casada sólo civilmente*; persona que sólo ha contraído matrimonio conforme a la ley y vive con su pareja.
- (5) *Divorciada y/o separada*; persona que habiendo estado casada o en unión libre vive separada de su pareja al momento de la entrevista.
- (6) *Viuda*; persona que ha perdido a su pareja por fallecimiento y no se ha vuelto a casar ni a unir libremente.
- (7) *Soltera*; persona que nunca ha contraído matrimonio o ha vivido en unión libre.

II. CARÁCTERÍSTICAS DE LA COMUNIDAD

Disposición de Servicios de Salud: Registre de acuerdo a las claves, si la mujer dispone de Servicios de Salud 2 Km a la redonda de su domicilio actual, donde no implique tomar transporte y el acceso sea rápido (Aparte de ser atendida por el INPer). Pregunte, ¿De qué servicios de salud públicos o privados dispone usted en la comunidad donde vive, 2Km a la redonda aproximadamente? y registre:

- (1) Hospital
- (2) Centro de salud o clínica (IMSS, ISSSTE, SSA, DIF, etc.)
- (3) Servicio Médico Particular

Uso de los Servicios de Salud: Se refiere aquel servicio buscado y recibido cuyo fin sea la atención médica, en caso de enfermedad. Pregunte, ¿Utiliza cualquiera de estos servicios de salud, en caso de enfermedad? y registre:

- (1) SI
- (2) NO (en caso de esta respuesta, preguntar...

¿Porqué no lo(s) utiliza?: Pregunta abierta.

III. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

A) *Promoción de la normalidad*

Hábitos de salud: Pregunte ¿El baño corporal lo realiza? y registre:

- (1) Diario
- (2) Cada tercer día
- (3) Otros (describa lo señalado por la mujer)

Hábitos de salud: Pregunte ¿El cambio de ropa interior lo realiza? y registre:

- (1) Diario
- (2) Cada tercer día
- (3) Otros (describa lo señalado por la mujer)

B) Prácticas de Autocuidado en Salud Sexual y Reproductiva

Compañero actual: Se refiere a si la mujer al momento de la entrevista tiene o cuenta con un compañero o pareja. Pregunte, ¿En este momento tiene un compañero? y registre:

- (1) SI
- (2) NO

Convivencia compañero actual: Convivencia diaria con la pareja actual, aproximadamente las 24 hrs. Pregunte, ¿En este momento su compañero actual y usted viven juntos? y registre:

- (1) SI
- (2) NO

Edad: Consigne la edad en años cumplidos.

Ocupación: Trabajo, oficio o profesión específica, incluye tareas que realiza normalmente aún sin recibir un ingreso por su actividad. Consigne de acuerdo a los tipos de ocupación, antes descritos.

Ingreso económico: Aporte del mayor ingreso económico, para el mantenimiento del hogar y cubrir sus necesidades básicas. Pregunte, ¿Quién aporta el ingreso económico en el hogar? y registre:

- (1) La mujer
- (2) El compañero actual
- (3) Otros (describir lo referido por la mujer)

Compañeros sexuales: En esta parte de la entrevista, se le pide a la mujer, nos refiera datos relacionados con su vida sexual, para determinar conductas de riesgo, si bien son datos subjetivos, son claves para emplear medidas de prevención en relación a esta pregunta. Pregunte, ¿En los últimos 2 años a partir de esta fecha (en el momento de la entrevista), ha tenido parejas sexuales extra? y registre:

- (1) SI
- (2) NO

Pregunte y registre: ¿Cuántos compañeros sexuales tuvo en este periodo? Pregunta abierta

Pregunte y registre: ¿Con cuántas de estas parejas tuvo relaciones sexuales con penetración? Pregunta abierta

Pregunte y registre: ¿Cree usted que alguno de ellos, en el último año tuvo relaciones sexuales con otras parejas?

- (1) SI
- (2) NO
- (3) No sé

Pregunte y registre: ¿Qué tipo de pareja cree que haya sido?

- (1) Pareja estable: persona que lleva una relación sexual de tipo permanente con otra, con o sin haber contraído matrimonio.
- (2) Pareja eventual: persona que mantiene una relación de tipo sexual con otra(s) por diversión.
- (3) Pareja por intercambio de dinero: persona que mantiene una relación sexual con otra(s) por necesidad económica.
- (4) No sé

Pregunte y registre: ¿Recibió dinero a cambio por tener relaciones sexuales con alguno de estos compañeros?

- (1) SI
- (2) NO

Pregunte y registre: ¿A parte de su compañero actual, tiene otra pareja en este momento?

- (1) SI
- (2) NO

Método Anticonceptivo: Pregunte, En este momento ¿Utiliza algún tipo de Método anticonceptivo? y registre:

- (0) Cursa con embarazo
- (1) SI
- (2) NO

Uso: Uso de Metodología anticonceptiva. Pregunte, ¿Qué tipo de Método anticonceptivo utiliza? y consigne según la clave:

- (0) No utiliza Métodos anticonceptivos
- (1) Abstinencia
- (2) Condón masculino
- (3) Condón femenino
- (4) DIU
- (5) Pastillas
- (6) Implante subcutáneo
- (7) Inyecciones
- (8) Método anticonceptivo definitivo (OTB)
- (9) Cursa con embarazo

No embarazo: Pregunte en caso de de no señalar ninguna de las categorías anteriores ¿Qué hace para no embarazarse?. Pregunta abierta.

Hábitos de salud: Pregunte, Usted ¿Fuma? y registre:

- (1) SI
- (2) NO

No. de cigarrillos al día: Consigne según la clave:

- (1) 1-3 cigarros
- (2) 4-6 cigarros
- (3) 7 o más

Uso de drogas : Pregunte, ¿Ha consumido algún tipo de droga? y registre:

- (1) SI
- (2) NO

Uso de drogas I.V.: Pregunte, ¿Se ha inyectado algún tipo de droga? y registre:

- (1) SI
- (2) NO

Uso de alcohol: Consumo de alcohol por lo menos en alguna etapa de la vida de la mujer, aún por motivos sociales. Pregunte, ¿Ha consumido alguna vez bebidas que contengan alcohol? y registre:

- (1) SI
- (2) NO

Uso de alcohol en el pasado: Se le cuestiona a la mujer si el consumo de alcohol afectó su conducta sexual, es decir la dispuso a tener relaciones sexuales, ya sea con su pareja actual o con otro tipo de parejas. Pregunte, Anteriormente, ¿El consumo del alcohol u otra sustancia afectaba sus relaciones sexuales? y consigne:

- (1) SI
- (2) NO

Uso de alcohol en el presente: Se le cuestiona a la mujer si el consumo de alcohol afecta su conducta sexual, es decir la dispone a tener relaciones sexuales, ya sea con su pareja actual o con otro tipo de parejas. Pregunte, Actualmente, ¿El consumo del alcohol u otra sustancia afecta sus relaciones sexuales? y consigne:

- (1) SI
- (2) NO

Conocimiento de ITS: Se le pide a la mujer defina el concepto de Infección de Transmisión Sexual, se tomo de referencia la descrita por Cosío, Delgado, Ibarra y otros, "Son enfermedades infecciosas y contagiosas que se transmiten de una persona infectada a otra sana, mediante el contacto sexual, causadas por virus, bacterias, hongos, etc." Pregunta abierta.

Existencia de ITS: Pregunte, ¿Sabe cuáles son las ITS que existen? y consigne según la categoría:

- (1) SI
- (2) NO

Describa las ITS: Pregunte, ¿Podría mencionar cuáles son? Pregunta abierta.

Riesgo para la salud: Pregunte, ¿Alguna vez le han transfundido sangre? y registre:

- (1) SI
- (2) NO

Prueba del VIH: Pregunte, ¿Alguna vez le han realizado la prueba para detectar el virus del VIH/SIDA? y registre:

- (1) SI
- (2) NO

Resultado de la prueba del VIH: Consigne según la categoría.

- (1) Positivo
- (2) Negativo

Mecanismo de contagio: Consigne según la clave.

- (1) Pareja sexual
- (2) Compartir agujas no estériles
- (3) Transfusión sanguínea
- (4) Otros (describir lo referido por la mujer)

ITS actual: Pregunte, ¿En este momento le han diagnosticado una ITS? y registre,

- (1) SI
- (2) NO

Mencione la ITS actual: Pregunta abierta.

ITS previa(s): Pregunte, ¿Anteriormente padeció de alguna ITS? y registre,

- (1) SI
- (2) NO

Mencione la ITS previa: Pregunta abierta.

Conocimiento del Dx de ITS -VIH/SIDA: Pregunte, ¿Sabía que esta ITS -VIH/SIDA que le diagnosticaron es de Transmisión Sexual? y registre,

- (1) SI
- (2) NO

Preservativo masculino: Pregunte, ¿Antes de que le diagnosticaran la ITS que tan frecuente usted utilizaba el condón? consigne según la clave correspondiente,

- (1) Siempre
- (2) A menudo
- (3) Rara vez
- (4) Nunca

Uso del preservativo masculino : Para calificar esta pregunta la información sustraída para esta variable fue tomada de un estudio previo llamado Estudio de cohorte Perinatal.

RESPUESTAS

- a) Es una funda tubular que usa el hombre
- b) Se coloca cubriéndose el pene en erección, momentos antes del coito. Dejando libre medio centímetro en la punta, para que se deposite el semen.
- c) Después de la eyaculación y antes de que la erección se termine, se debe suspender el coito, separarse y se retira el preservativo o condón, cuidando de no verter el contenido de éste, dentro de la vagina.

CALIFICACIÓN

Si no contesta = No conoce

Al responder 1 a 2 = Conoce parcial

Si responde todas las aseveraciones = Si conoce

Condón como preventivo: Pregunte, ¿Cree usted que con el uso del condón en cada relación sexual pueda disminuirse el riesgo de un contagio por alguna ITS - VIH/SIDA? y registre,

- (1) SI
- (2) NO

Indicaciones para controlar la ITS -VIH/SIDA: Pregunte, ¿Recibió indicaciones por parte del personal de salud, para controlar la ITS? y registre,

- (1) SI
- (2) NO

Mencione las indicaciones: Pregunta abierta.

Dudas sobre las ITS-VIH/SIDA: Pregunte, ¿El personal de salud despejó las dudas que usted tiene o tuvo en relación a la ITS -VIH/SIDA que le diagnosticaron?

- (1) SI
- (2) NO

Medidas de Prevención: Pregunte, ¿Sabe cuáles son las medidas de prevención para evitar una ITS-VIH/SIDA? y registre,

- (1) SI
- (2) NO

Mencione las Medidas de Prevención: Pregunta abierta.

Factores de Riesgo: Pregunte, ¿Sabe cuáles son los Factores de Riesgo para presentar una ITS-VIH/SIDA? y registre,

- (1) SI
- (2) NO

Mencione los Factores de Riesgo: Pregunta abierta.

Detección del Cáncer cervico -uterino: Pregunte, ¿Sabe para qué se realiza la prueba del Papanicolaou? y consigne según la clave correspondiente,

- (1) Para detectar cáncer en la matriz
- (2) Para detectar cáncer en los senos
- (3) Para detectar cáncer en matriz y senos
- (4) No sé

Realización de la prueba: Pregunte, ¿Se ha realizado la prueba del Papanicolaou? y registre,

- (1) SI
- (2) NO

Fecha última del Papanicolaou: Registre el día, mes y año del último examen del Papanicolaou.

Resultado del Papanicolaou: Consigne según la clave que le corresponda.

- (1) Positivo a cáncer
- (2) Negativo a cáncer
- (3) Nunca pregunte por el resultado

Frecuencia del Papanicolaou: Pregunte, ¿Con qué frecuencia debe realizarse el Papanicolaou? y registre,

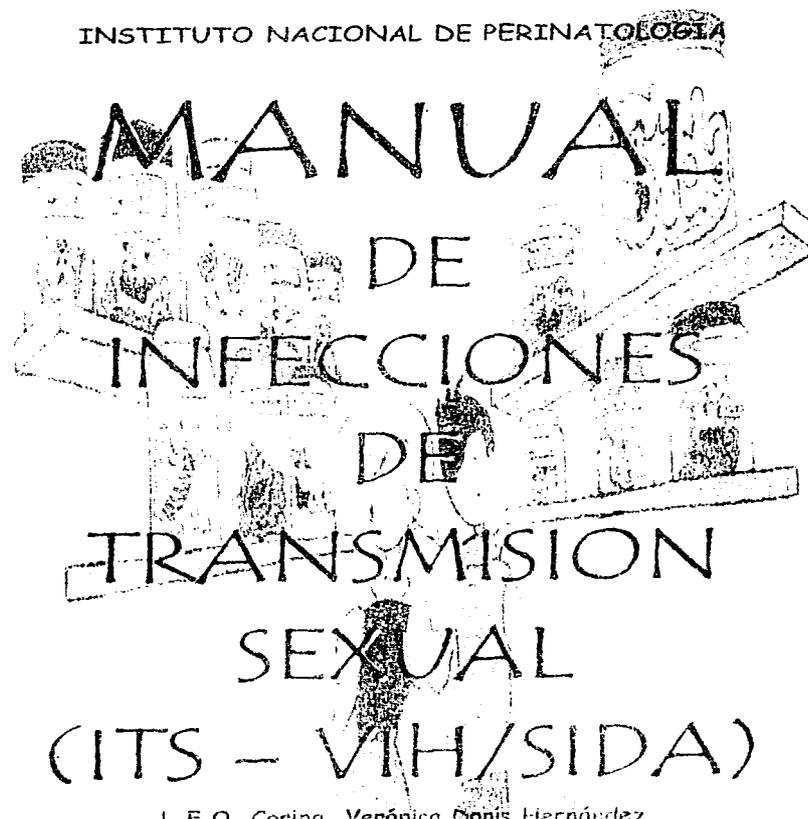
- (1) cada 6 meses como mínimo o cada año como máximo
- (2) cada 2 años
- (3) no sabía que me tenía que realizar esta prueba

Información preventiva en ITS -VIH/SIDA: Pregunte, ¿Cómo le gustaría recibir la información sobre el tema de las ITS y el VIH/SIDA? consigne según las categorías correspondientes,

- (1) En un folleto con ilustraciones
- (2) En un cartel
- (3) En una platica con el compañero
- (4) En un grupo de mujeres
- (5) En pequeños instructivos para leer en casa
- (6) Otros (describir lo referido por la mujer)

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA



MANUAL
DE
INFECCIONES
DE
TRANSMISION
SEXUAL
(ITS - VIH/SIDA)

L.E.O. Corina Verónica Donís Hernández

Investigadora-Asesora

M.S.P. Sofía del Carmen Sánchez Piña

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN

2. MÓDULO I

2.1 Las mujeres frente a las Infecciones de Transmisión Sexual ITS-VIH/SIDA

2.2 Factores de Riesgo sociales que ponen a la mujer en desventaja para adquirir una ITS-VIH/SIDA

3. MÓDULO II

3.1 Conoce tu cuerpo

3.2 ¿Cómo funciona mi cuerpo?

4. MÓDULO III

4.1 Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/SIDA

4.2 ¿Qué son?

4.3 ¿Cómo se transmiten las ITS y el VIH/SIDA?

5. MÓDULO IV

5.1 Causadas x Virus

5.1.1 Herpes simple II (genital)

5.1.2 Virus del Papiloma Humano (VPH) (Condilomatosis)

5.1.3 Hepatitis "B"

5.1.4 Molusco contagioso

5.1.5 VIH/SIDA

5.2 Causadas x Bacterias

5.2.1 Gonorrea

5.2.2 Sífilis

5.2.3 Chancro blando

5.2.4 Chlamydia

5.3 Causadas x Protozoarios

5.4.1 Tricomonas

5.4 Causadas x Micoplasmas

5.4.1 Ureaplasma urealyticum y Micoplasma hominis

5.5 Candidiasis vulvovaginal

5.6 Vaginosis bacteriana

6. MÓDULO VI

6.1 PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO

- 6.1.1 Medidas de Autocuidado en la Mujer**
- 6.1.2 Medidas de Autocuidado en el Hombre**
- 6.1.3 Medidas de Autocuidado en la Pareja**
- 6.1.4 Acerca del condón masculino**
- 6.1.5 Acerca del condón femenino**

7. GLOSARIO DE TÉRMINOS

8. BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

La intención de este manual es ofrecer a las mujeres, una herramienta informativa útil, orientada a descubrir sus capacidades de manera que puedan asumir un papel activo al cuidado de su salud identificando factores de protección y de prevención de riesgos (fomento de prácticas de autocuidado), referente a la salud sexual y reproductiva.

La salud sexual y reproductiva es un campo muy amplio que comprende servicios de información, de planificación familiar, de prevención y tratamiento de infecciones sexuales y reproductivas, el cuidado prenatal, el embarazo y el post-parto, el apoyo a la lactancia y muchos otros aspectos que afectan la salud de hombres y mujeres.

El objetivo de este trabajo es compartir con la mujer o la pareja los aspectos básicos de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) como una de las partes que conforma la salud sexual y reproductiva. En esta pequeña guía se propone un enfoque a partir de prácticas de autocuidado del propio cuerpo, de conocerlo y de reforzar hábitos higiénicos. El contar con información clara y sencilla y tener fácil acceso a ella, permitirá que tanto hombres como mujeres se involucren en actividades que van desde aprender a conocer sus cuerpos, observar señales que les indiquen síntomas de enfermedad, hasta desarrollar estrategias útiles que les brinden ayuda en beneficio de su salud. El autocuidado es una palabra de la que todos hemos oído hablar en algún momento, sin embargo no se ha tomado conciencia del significado tan grande que representa vivirla día a día.

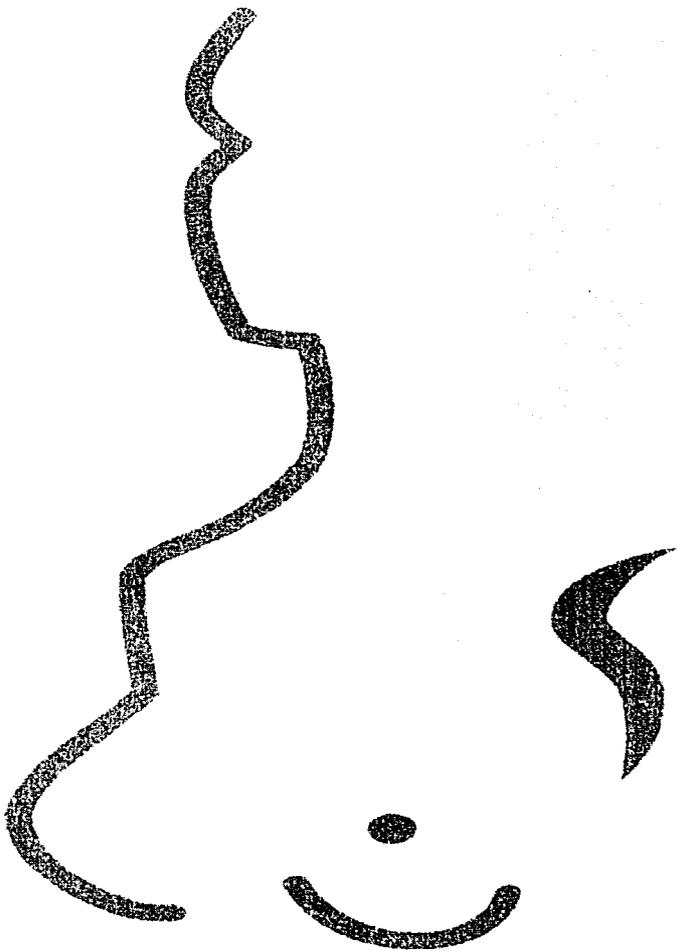
Las Infecciones de Transmisión Sexual, son enfermedades causadas por numerosos microorganismos que se transmiten de una persona infectada a otra sana por contacto sexual, son estas conductas de riesgo, las que ponen a la pareja (hombre y mujer) en una disyuntiva letal que promueve aún más la propagación del VIH/SIDA.

La pobreza, la falta de información, la religión y sobre todo el machismo, hacen que la mujer carezca de autoestima y crean en ella actitudes de fracaso que la llevan a tomar lo negativo con gran facilidad.

El estar informado(a) acerca de las ITS y el VIH/SIDA, nos ayuda a reconocer y evitar este tipo de enfermedades contagiosas, además de comprender muchas de las ansiedades que surgen al padecerlas. El conocer nuestro cuerpo permite abrir espacios de expresión para hablar de una manera clara y abierta sobre lo que queremos, sentimos y pensamos las mujeres y los hombres.

A ti mujer obsérvate como un ser en riesgo, reflexiona paso a paso las herramientas que este pequeño manual te proporciona, cree en ti como un ser generador de cambios constantes y positivos, en el hogar, en el trabajo y en cualquier parte; recuerda que una persona que se preocupa por su salud es una persona que se quiere, se respeta y tiene un nivel alto de autoestima, lo que te ayudará a detectar cualquier riesgo y evitarlo.

Cree en ti, sino nada habrá valido la pena...



Las mujeres frente a las Infecciones de Transmisión Sexual ITS-VIH/SIDA

Las mujeres durante muchas generaciones han desempeñado diversos roles como amas de casa, madres,



esposas, profesionistas, etc., sin embargo, continúan siendo objetos secundarios para la toma de decisiones tanto en



el hogar como fuera de éste. Su vulnerabilidad sexual las coloca en situaciones extremas de riesgo para contagiarse del

VIH/SIDA y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).



Factores de Riesgo sociales que ponen a la mujer en desventaja para adquirir una ITS-VIH/SIDA

☉ Pobreza

La pobreza hace que la mujer este en mayor riesgo de sufrir complicaciones por las ITS y el VIH/SIDA. La carencia de recursos económicos es otro factor que limita para que la mujer cuente con servicios de salud para el tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y *las mujeres que no se someten al tratamiento constituyen un factor de riesgo mayor para adquirir y propagar la infección por VIH/SIDA.*

☉ Analfabetismo

Las mujeres sin educación o analfabetas tienen muy pocas oportunidades para enterarse de los peligros que representan las ITS y el VIH/SIDA, en relación a cómo se transmiten y cómo se pueden prevenir.

☉ Machismo

El papel de autoridad que ejerce el hombre en la sociedad limita significativamente el control que la mujer pueda ejercer sobre su propia vida sexual y económica.

☉ Religión

Los preceptos de la iglesia católica y otras religiones se oponen al uso del condón, reconocido como el medio más importante para prevenir la transmisión de las ITS-VIH/SIDA.

☉ Carencia de Autoestima

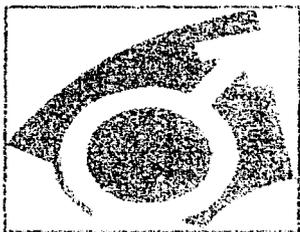
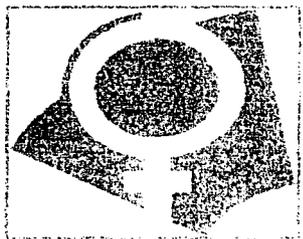
La mayoría de los factores ya mencionados conducen a que las mujeres de distintas clases sociales se consideren a sí mismas y a su salud como de menor valor que su pareja masculina. Esto limita su capacidad de protegerse en aquellas situaciones difíciles que en realidad serían capaces de resolver. *El cambio de las prácticas sexuales arriesgadas requieren de una mujer que pueda expresar lo que quiere y lo que siente, por medio de información obtenida a través diversos medios la cual esté bien cimentada y sea asimilada junto con la cooperación de su pareja.*

Para que las personas tomen conciencia sobre el peligro que representan las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/SIDA, es necesario estar bien informados(as).

Las mujeres y los hombres necesitamos saber acerca de nuestro cuerpo, cómo es, cuál es la función de los órganos genitales, qué pasa cuando tenemos una infección de este tipo. Si conocemos al respecto sabremos que hacer para cuidarnos.

No sientas vergüenza, miedo, ansiedad por conocer acerca de tu cuerpo y de las ITS y el VIH/SIDA; recuerda que es un problema de todos(as), no sólo de homosexuales o de trabajadoras sexuales, estas infecciones no respetan edad, sexo o clases sociales, o si tu eres blanco(a) o negro(a).

Recuerda que para cuidarte la decisión es sólo tuya, por eso te invito a que conozcas más acerca de tu cuerpo, con el propósito de quererte, conocerte y mantenerte saludable.



¿Cómo funciona mi cuerpo?



Nuestro sexo está establecido en el momento de la concepción. Si una célula X se une con otra X, el resultado será una niña, pero si se une una X con una Y, el resultado será un niño.

El desarrollo de los genitales del hombre y de la mujer se da entre la 6ª y la 12ª semana de gestación.¹



Cuando llegamos a la pubertad nuestras hormonas provocan cambios internos en nuestro cuerpo que originan la estimulación de ovarios para que se produzcan óvulos y en el hombre los testículos producen espermatozoides.

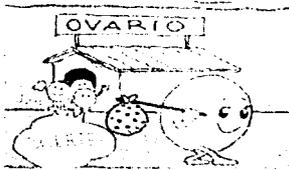
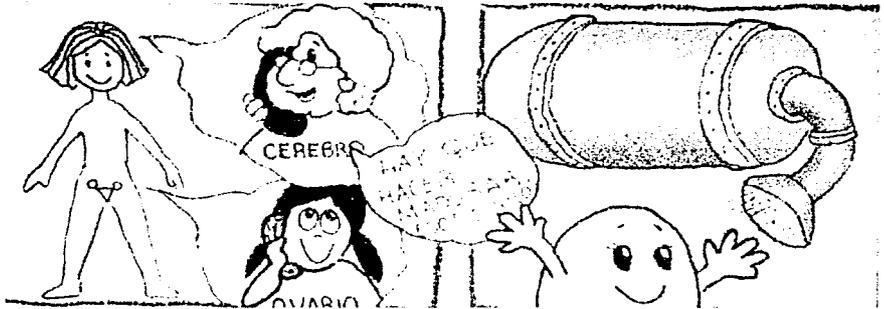
Los cambios físicos internos y externos que presenta nuestro cuerpo durante nuestro desarrollo de niños a adolescentes (entre los 9 y los 14 años, aproximadamente), son:

MUJER	HOMBRE
♀ Aumento en el tamaño de los senos	♂ Crecimiento de los huesos
♀ Ensanchamiento de la cadera	♂ Aparece el acné
♀ Crecimiento del vello en el pubis	♂ La voz se hace gruesa
♀ Aparece la menstruación	♂ Crecimiento del vello en axilas, bigote, barba, tórax, piernas, brazos y forman un rombo en el pubis

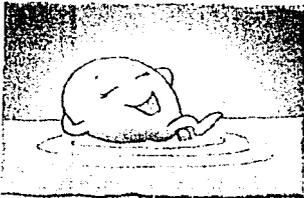
¹ Mexfam. Hablemos de sexualidad con la gente joven. México, 1998:29.

Órganos sexuales femeninos

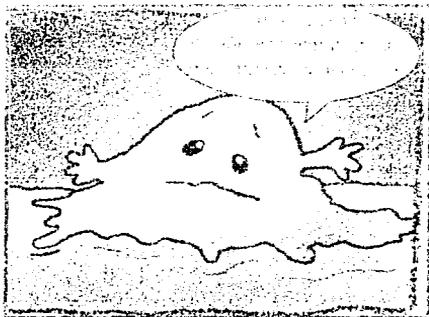
Cuando llega la pubertad, el cerebro indica a los ovarios para que produzcan hormonas llamadas estrógenos, lo que indica a los óvulos que maduren.



Aproximadamente una vez al mes sale un óvulo del ovario y se lanza dentro de la trompa de Falopio, para encontrar al espermatozoide.



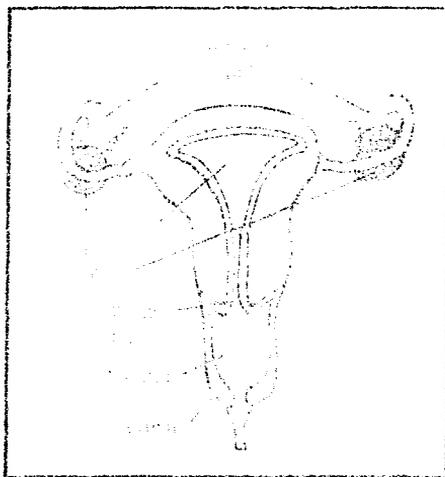
Ahí espera un tiempo antes de viajar hasta el útero.



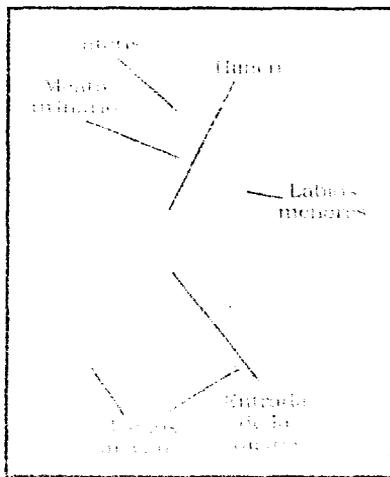
En el útero, el óvulo y el revestimiento endometrial se disuelven; provocando así la menstruación. Todo esto sucede cuando no hay presencia de semen (que trae a los espermatozoides).

¿Cómo son mis genitales?

Externos

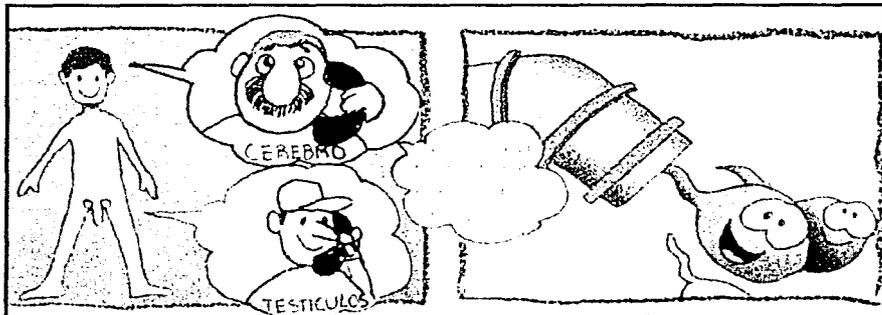


Internos



Órganos sexuales masculinos

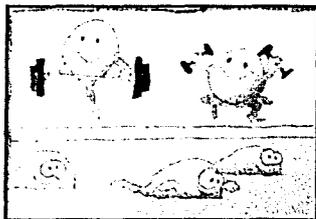
Al llegar a la pubertad, el cerebro indica a los testículos que produzcan una hormona llamada testosterona y espermatozoides.



Los espermatozoides se desplazan
el epidídimo, donde maduran; y luego
atravesan...

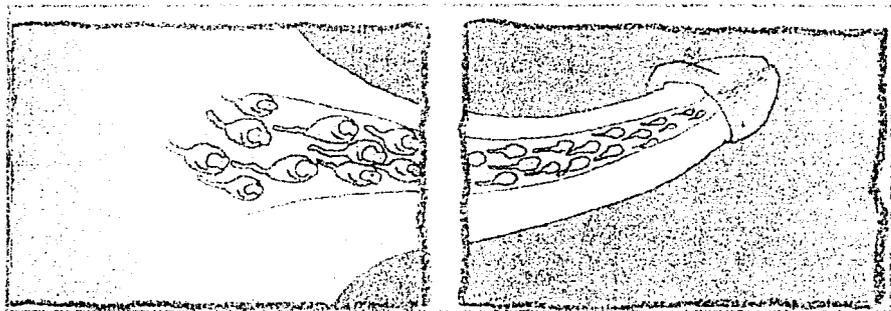


hasta



...el conducto deferente y pasan junto a las
vesículas seminales y la próstata.

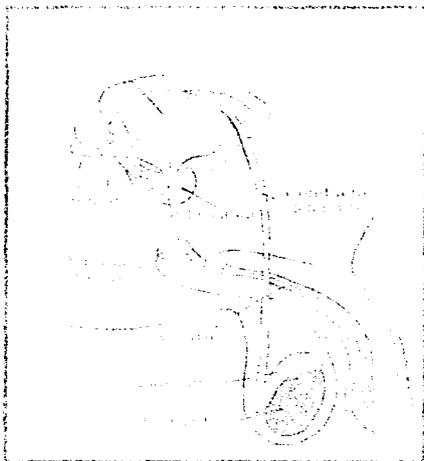
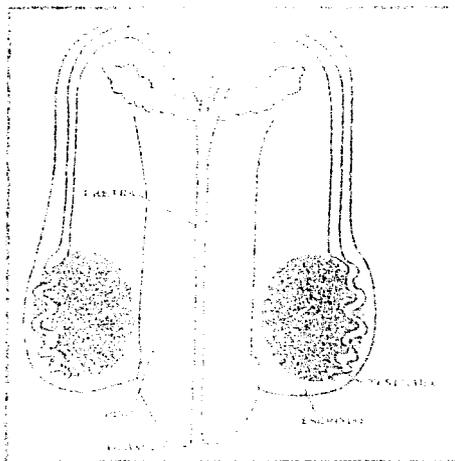
Atraviesan la uretra y salen en chorro por el extremo del pene al igual que la orina.



¿Cómo son mis genitales?

Externos

Internos



¿Qué son las Infecciones de Transmisión Sexual?

Son todos aquellos padecimientos infecciosos causados por virus, bacterias y otros gérmenes que se contagian de una persona enferma a una sana por contacto sexual (sea vaginal, oral o anal).

Algunas personas creen que las únicas infecciones transmitidas sexualmente son la sífilis y la gonorrea. Pero hay muchas clases diferentes de dichas infecciones, también llamadas enfermedades venéreas, que representan un grave riesgo ya que pueden ir desde una irritación genital moderada hasta tener complicaciones como esterilidad, tener hijos con deficiencias físicas o mentales, y hasta la muerte; si no se les trata a tiempo.

También es conocido que muchas personas no saben que el VIH (virus del SIDA), es también transmitido sexualmente, sin embargo puede contraerse por transfusión sanguínea y de la madre al hijo durante el embarazo, el parto o bien al amamantarlo.

SE CALIENTE

¿Y cómo se transmiten las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/SIDA?

MECANISMOS DE TRANSMISIÓN ITS-VIH/SIDA



TRANSMISIÓN SEXUAL

La relación sexual es el mecanismo por el que regularmente se transmiten los microorganismos que producen las ITS y el VIH/SIDA. Estos agentes infecciosos entran con facilidad cuando se practica el sexo vaginal, anal u oral, de una persona sana que mantiene una relación genital con una persona infectada.

Una conducta de riesgo esta dada por tener relaciones sexuales vaginales, anales u orales sin protección con alguien que está infectado. "Sin protección" significa *sin preservativo o condón* (de látex). Pero no sólo existen conductas de riesgo sexuales, las hay también por:

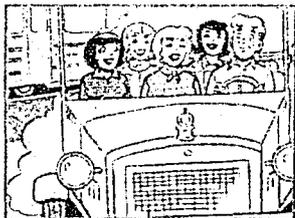
- ⊗ Usar drogas intravenosas
- ⊗ Compartir agujas no estériles



- ⊗ Uso de alcohol combinado con el comportamiento sexual

El consumo de alcohol contribuye directa o indirectamente a incrementar el riesgo de contraer cualquier ITS y el VIH/SIDA.





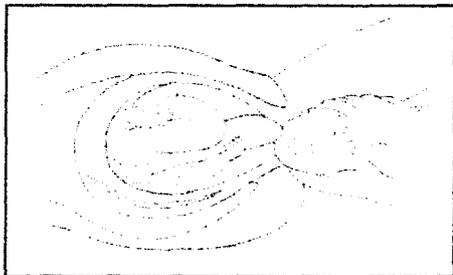
⊗ Múltiples parejas sexuales



⊗ Grupos
heterosexuales,
bisexuales y
homosexuales

- ⊗ Tener un compañero(a) VIH positivo
- ⊗ Trabajadoras(es) sexuales
- ⊗ Haber padecido alguna ITS

⊗ TRANSMISIÓN MATERNO - FETAL Y LACTANCIA



La transmisión vertical (madre a hijo) se produce cuando el recién nacido pasa por el canal de parto, cuando la madre tiene infección vaginal por



transmisión sexual. En estos casos, el riesgo de adquirir la infección es del 60% al 70%.

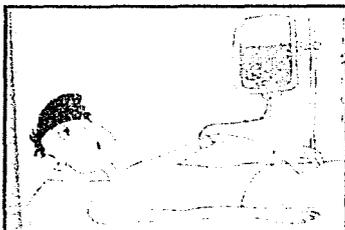
El virus del VIH se
materna y en el calostro,
nacido a través de la



ha encontrado en la leche
transmitiéndose al recién
lactancia materna.

⊗ TRANSMISIÓN SANGUÍNEA

Las ITS, también pueden contagiarse
mediante vías distintas al contacto sexual, como
el VIH/SIDA, que puede contagiarse con sangre
infectada, generalmente al compartir agujas y
jeringas.



⊗ Hemofílicos y pacientes que han recibido una transfusión sanguínea

Se considera un grupo de alto riesgo a los hemofílicos, ya que son el principal
grupo de pacientes que requieren de transfusiones sanguíneas y está continua
siendo la segunda ruta de transmisión en importancia para el VIH/SIDA.

Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/SIDA

VIRUS	CÓMO LA PRODUCE	CUANDO APARECE LA INFECCIÓN	FORMAS DE CONTAGIO
Herpes genital	Virus del Herpes Simple tipo II (genital)	*Las lesiones pueden aparecer de 2 a 7 días después de haber tenido un contacto sexual con la persona infectada.	*De la madre al bebé, al momento del paso por el canal del parto, si existen lesiones abiertas. *Por relación sexual, vaginal, oral o anal, estando las lesiones genitales abiertas, ya que el riesgo de contagio es más peligroso.

VIRUS	SÍNTOMAS	PREVENCIÓN	MAS ACERCA DE LA INFECCIÓN
Herpes genital	<p>•Vesículas pequeñas en forma de perlas que salen en la vulva, glúteos y ano en la mujer y en el hombre las lesiones salen sobre el pene, escroto, glúteos, ano y muslos.</p> <p>•El número de estas vesículas es variable generalmente aparecen de 3 a 8, luego de varios días se enrojecen y ulceran en forma de pequeños cráteres, los cuales van cerrando lentamente de 1 a 3 semanas hasta quedar en forma de costras, dejando una huella que casi no se nota.</p> <p>•Dolor o comezón en la región genital, donde están las lesiones.</p>	<p>•La gravedad para esta enfermedad es el dolor que acompaña a las lesiones en piernas, glúteos y otras zonas vecinas a los genitales.</p> <p>•Ansiedad que provoca el pensar que pueden salir nuevamente las lesiones.</p> <p>•¡Cuidado!, las lesiones que causan úlceras tienen mayor riesgo de permitir la entrada al VIH por contacto sexual.</p>	<p>•Es una enfermedad recurrente, es decir que desde la primera aparición, las lesiones suelen presentarse de nuevo de 1 a 3 o hasta 6 meses después, pero esto no es siempre y depende de las defensas de tu cuerpo.</p>

VIRUS	CÓMO SE TRANSMITE	CUANDO EMPIEZA LA INFECCIÓN	FORMAS DE CONTAGIO
C O N D I L O M A T O S I S	Virus del Papiloma Humano (VPH)	<p>*Las lesiones se inician de 6 semanas a 8 meses después del contacto sexual, sin embargo algunos científicos afirman que el virus del papiloma puede estar dormido hasta por 25 años sin aparecer ningún síntoma.</p> <p>*¡Ten cuidado! Esta infección puede estar presente en hombres y en mujeres y ellos(as) no lo saben.</p> <p>*Recuerda; los síntomas tardan en aparecer y la infección puede estar en tu cuerpo. Si no tomas las precauciones necesarias puedes contagiar a una o más personas.</p>	<p>*De la madre al bebé, al momento del parto, siempre y cuando existan verrugas en el cérvix y que además no hayan recibido tratamiento.</p> <p>*El virus entra al cuerpo a través de las relaciones sexuales, cualquier modalidad que se practique (vaginal, oral o anal).</p>

VPH	SÍNTOMAS	GRAVEDAD	MÁS ACERCA DE LA INFECCIÓN
CONDILOMATOSIS	<p>Lesiones en forma de verrugas pequeñas que se encuentran en la vulva, las paredes de la vagina, en el cuello de la matriz y en la región anal de la mujer. En el hombre las lesiones pueden o estar o no presentes, sin embargo las lesiones se presentan frecuentemente al final de la uretra, glándula, prepucio y en el ano.</p> <p>*El número de las verrugas puede variar, regularmente salen de 3 a 5 verruguitas, pero si no reciben tratamiento a tiempo, éstas verrugas crecen unas sobre otras rápidamente tapando la entrada de la vagina, hasta tomar la forma de una coliflor grande.</p>	<p>*Esta enfermedad es más seria en las mujeres porque puede resultar en cáncer cervicouterino.</p> <p>*Algunos tipos del papiloma humano (16 y 18) se han relacionado con la aparición de cáncer cervical.</p> <p>*La mujer embarazada presenta las lesiones más fácilmente que una mujer no embarazada, por efecto de las hormonas.</p>	<p>*Los condilomas acuminados o verrugas genitales, son causadas por el VPH.</p> <p>*Existen hasta el momento alrededor de 90 tipos de VPH.</p> <p>*¡OJO! La mayoría de las veces las verrugas no se pueden ver, porque pueden estar adentro de la vagina o pueden llegar a ser muy pequeñas en los hombres para que se reconozcan fácilmente.</p> <p>*Una mujer que ha tenido la infección del VIH y además le han diagnosticado el VPH, puede tener más riesgo de padecer cáncer cervicouterino.</p>

VIRUS	QUE LA PRODUCE	CUANDO APARECE LA INFECCIÓN	FORMAS DE CONTAGIO
Hepatitis "B"	Virus de la Hepatitis tipo "B"	*El tiempo que tarda en aparecer la enfermedad es largo y varía de una persona a otra, entre 4 semanas y 6 meses aproximadamente	<p>*La transmisión vertical de la madre al hijo puede ocurrir durante la gestación o al momento del nacimiento, cuando pasa por el canal de parto.</p> <p>*La vía más común para adquirir la infección es la sanguínea; a través de agujas contaminadas, lo cual puede suceder en hospitales o lugares donde se utilizan agujas.</p> <p>*Entre los drogadictos(as) que comparten agujas cuando uno(a) de ellos(as) tiene la Hepatitis "B".</p> <p>*El contagio por vía sexual ha tomado gran importancia, ya que el virus se encuentra en el semen del hombre y en el moco cervical de la mujer.</p>

TÍTULO	SEÑALES Y SÍNTOMAS	GRAVES	MÁS ACERCA DE LA INFECCIÓN
<p style="text-align: center;">Hepatitis "B"</p>	<p>*Fatiga y cuerpo cortado.</p> <p>*La ictericia o coloración amarillenta de la piel y los ojos se presenta después.</p> <p>*El color de la orina es semejante al color que tiene un refresco de cola.</p> <p>*Inflamación del hígado.</p> <p>*Fiebre.</p>	<p>*Las mujeres y los hombres que son infectados y desconocen que tienen la enfermedad y por consiguiente no reciben tratamiento inmediato, pueden desarrollar una hepatitis crónica (inflamación del hígado por largo tiempo), cirrosis hepática (mal funcionamiento del hígado) o cáncer de hígado.</p> <p>*Todas ellas mortales para el humano.</p>	<p>*Algunas personas sean hombres o mujeres pueden tener el virus de la Hepatitis "B" y nunca presentar los síntomas, pero cuidado debes recordar que aún así te pueden transmitir la infección.</p>

ENFERMEDAD	VIRUS QUE LA PRODUCE	CUANDO APARECE LA INFECCIÓN	FORMAS DE CONTAGIO
<p>Molusco contagioso</p>	<p>Virus del Molusco contagioso</p>	<p>*Las lesiones aparecen en un tiempo muy variado, generalmente aparecen de 2 a 3 meses después de haber tenido un contacto sexual con la persona u objeto infectado(a).</p>	<p>*Esta infección aparece principalmente en niños.</p> <p>*La transmisión en el adulto se asocia al contacto sexual.</p> <p>*La transmisión de este virus está relacionada entre otras cosas a objeto inanimados, como las toallas, ropa interior o bien por tocar directamente una lesión de este tipo.</p>

NOMBRE	ETIOLOGÍA Y SÍNTOMAS	GRAVEDAD	MÁS ACERCA DE LA INFECCIÓN
<p>Molusco contagioso</p>	<p>«Lesiones son en forma de pequeños granitos que miden aproximadamente de 2 a 10 milímetros, duros y transparentes, en el centro tienen un hundimiento. Los médicos lo llaman umbilicado.</p> <p>«Esta pequeña lesión produce comezón.</p> <p>«Las zonas donde se presentan estos granitos son: muslos, glúteos, debajo del abdomen y en la región anal. Ocasionalmente aparecen en los genitales externos del hombre y la mujer.</p>	<p>«Esta infección es benigna, es decir se puede resolver con tratamiento y no causa complicaciones en niños ni en adultos.</p>	<p>«Las lesiones se autoinoculan, es decir el contagio de este virus es directo de piel a piel.</p> <p>«Por ejemplo: Si tu llegas a rascar una de las vesículas y tocas los genitales de tu pareja o alguna parte de tu cuerpo puedes infectar esa zona, ya que el virus en ese momento quedó en tu mano o en tus uñas. Debes lavarte las manos perfectamente después del contacto, si no lo haces puedes transmitir este virus sin necesidad de un contacto sexual.</p>

VIRUS	QUIEN LA PRODUCE	CUANDO APARECE LA INFECCIÓN	FORMAS DE CONTAGIO
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana	*El tiempo real que tarda en presentarse los síntomas del SIDA en el individuo se desconoce, sin embargo se sabe que aproximadamente es de 10 años, pero todo va a depender de los factores que afectan su sistema de defensa	<p>*A través de relaciones sexuales (vaginales, orales o anales).</p> <p>*De la madre al bebé, en el momento del parto por vía vaginal.</p> <p>*Por vía sanguínea; a través de transfusiones sanguíneas, por pinchazos accidentales con agujas no estériles que hayan sido utilizadas en un paciente VIH +.</p>

VI	PRIMERA ETAPA (Infección aguda)	SEGUNDA ETAPA	TERCERA ETAPA
VIH	<p>*<u>Período de ventana</u>, es cuando el VIH entra por primera vez al cuerpo; no hay ningún síntoma visibles y no se puede detectar por medio de estudios de laboratorio, hasta después de 3 o 4 meses. Sin embargo la persona tiene la infección y puede transmitirla a otras(as)</p> <p>Los síntomas que se pueden o no presentar son:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Fiebre más de 38° C *Dolor de cabeza *Inflamación de ganglios; aparecen unas pequeñas bolitas o los lados del cuello sin causar dolor. 	<p>*En esta fase, la persona esta aparentemente esta "sana", pero tiene la infección. Después de haber pasado el período de ventana, la persona infectada desarrolla anticuerpos que pueden detectarse en el examen de sangre llamado Elisa.</p> <p>*Si se encuentran anticuerpos para VIH/SIDA, en la prueba de Elisa, son personas llamadas seropositivos (que viven con el VIH)</p> <p>*El sistema de defensas se va acabando lentamente y el individuo puede tener infecciones oportunistas.</p>	<p>*Aparece una enfermedad ganglionar, es decir que la persona presenta una inflamación de los ganglios linfáticos que se encuentran en el cuello, en la ingles, en la región axilar, etc.</p> <p>En casos más severos se puede presentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Fiebre sin razón alguna *Pérdida de peso *Diarrea prolongada

QUÉ SIGNIFICA SIDA	CUARTA ETAPA	MÁS ACERCA DE LA INFECCIÓN	ACERCA DE LOS EXÁMENES CONFIRMATORIOS PARA EL VIH/SIDA
<p>*Síndrome La enfermedad presenta un conjunto de signos y síntomas</p> <p>*Inmuno Debilita o afecta al sistema inmunológico o de defensa</p> <p>*Deficiencia Nuestro cuerpo no tiene como defensor.</p> <p>*Adquirida Esta infección se adquiere no se hereda, y los mecanismos por los cuales se adquieren son: - por el intercambio de sangre - por contacto sexual - de la madre al bebé</p>	<p>*Esta etapa es la final; se presenta el SIDA, que es el conjunto de signos y síntomas del VIH, la persona desarrolla muchas enfermedades entre ellas están:</p> <p>*Enfermedades respiratorias; como neumonía</p> <p>*Daño neurológico</p> <p>*Tuberculosis</p> <p>*Cáncer de la piel (Sarcoma de Kaposi)</p>	<p>*No olvides que el VIH/SIDA es una enfermedad que no tiene cura y puede atacar a cualquier persona; no importa su sexo, edad, raza ni preferencia sexual.</p>	<p>*La prueba de Elisa debe realizarse 3 meses después de haber estado expuesto(a) al contagio.</p> <p>*La prueba de Elisa se realiza primero y, si es positiva, debe repetirse y después confirmarse con la prueba llamada Western Blot.</p>

BACTERIAS	QUIÉN LA PRODUCE	CUANDO APARECE LA INFECCIÓN	FORMAS DE CONTAGIO
<p>Gonorrea</p>	<p>Neisseria gonorrhoeae</p>	<p>*El tiempo en que aparecen las primeras lesiones tarda de 3 a 7 días, después de haber tenido un contacto sexual con una persona infectada.</p> <p>*Es importante mencionar que algunas mujeres no presentan los síntomas de la gonorrea, pero si pueden estar infectadas con este bicho y contagiar a sus parejas.</p>	<p>* De la madre infectada al producto, al pasar éste por el canal parto.</p> <p>*Su forma principal de contagio es por contacto sexual (vaginal, anal u oral), por medio de la secreción seminal en el hombre y la secreción vaginal en la mujer.</p>

BACTERIAS	SEÑALES Y SÍNTOMAS	GRAVEDAD	MÁS ACERCA DE LA INFECCIÓN
<p>Gonorrea</p>	<p>«En la mujer; hay un flujo color amarillo con pus que sale de la uretra, al salir la orina por la uretra hay una sensación de comezón y ardor intenso. Si la infección no es detectada a tiempo, a la larga puede causar enfermedad inflamatoria pélvica (dolor en el vientre bajo).</p> <p>«La uretra en el hombre, esta muy inflamada y aumenta la necesidad de ir al baño, el dolor al orinar es muy molesto tanto que en ocasiones puede sangrar. La orina generalmente se acompaña de secreción amarilla (pus). El dolor tan intenso puede impedir que la persona camine adecuadamente.</p>	<p>«Si está enfermedad NO es detectada y tratada a tiempo, las complicaciones suelen ser muy graves.</p> <p>«En el hombre la gonorrea puede causar obstrucción de los conductos que permiten la salida del semen, lo que da como resultado esterilidad.</p> <p>«En la mujer sucede lo mismo después de presentar intensos dolores el bicho se aloja en los genitales internos causando enfermedad pélvica inflamatoria (dolor bajo en el vientre) que impide caminar y por último la deja estéril.</p>	<p>«La infección afecta no sólo los órganos sexuales femeninos y masculinos, también afecta la conjuntiva del ojo y la faringe.</p> <p>«Esta infección suele ser más grave en hombres que en mujeres, sin embargo, las complicaciones durante el embarazo son de mucha importancia por ejemplo;</p> <p>La mujer con embarazo puede presentar;</p> <p>«Ruptura prematura de membranas y...</p> <p>«Parto pretérmino, el bebé sale antes de tiempo.</p>

BACTERIAS	SIGNOS Y SÍNTOMAS	GRAVEDAD	MÁS ACERCA DE LA INFECCIÓN
<p>Gonoreea</p>	<p>*En la mujer; hay un flujo color amarillo con pus que sale de la uretra, al salir la orina por la uretra hay una sensación de comezón y ardor intenso. Si la infección no es detectada a tiempo, a la larga puede causar enfermedad inflamatoria pélvica (dolor en el vientre bajo).</p> <p>*La uretra en el hombre, esta muy inflamada y aumenta la necesidad de ir al baño, el dolor al orinar es muy molesto tanto que en ocasiones puede sangrar. La orina generalmente se acompaña de secreción amarilla (pus). El dolor tan intenso puede impedir que la persona camine adecuadamente.</p>	<p>*Si está enfermedad NO es detectada y tratada a tiempo, las complicaciones suelen ser muy graves.</p> <p>*En el hombre la gonoreea puede causar obstrucción de los conductos que permiten la salida del semen, lo que da como resultado esterilidad.</p> <p>*En la mujer sucede lo mismo después de presentar intensos dolores el bicho se aloja en los genitales internos causando enfermedad pélvica inflamatoria (dolor bajo en el vientre) que impide caminar y por último la deja estéril</p>	<p>*La infección afecta no sólo los órganos sexuales femeninos y masculinos, también afecta la conjuntiva del ojo y la faringe.</p> <p>*Esta infección suele ser más grave en hombres que en mujeres, sin embargo, las complicaciones durante el embarazo son de mucha importancia por ejemplo;</p> <p>La mujer con embarazo puede presentar;</p> <p>*Ruptura prematura de membranas y...</p> <p>*Parto pretérmino, el bebé sale antes de tiempo.</p>

TRATAMIENTO	CÁBULA PROVIAE	CUANDO APARECE LA INFECCIÓN	FORMAS DE CONTAGIO
Sífilis	Treponema pallidum	<p>*Los síntomas aparecen aproximadamente después de 21 días de haber estado en contacto sexual con una persona infectada por Sífilis.</p> <p>*Después del contacto el bicho penetra al cuerpo, primero se multiplica en la piel, después pasa a los ganglios y por último llega a la sangre.</p>	<p>*Este bicho vive muy cómodamente en las áreas donde existe humedad, por ejemplo, las mucosas de la boca, los genitales masculinos y femeninos y el recto, por eso...</p> <p>*Su transmisión es principalmente por relación sexual, vaginal, oral o anal, estando una lesión húmeda el riesgo de contagio es más peligroso</p> <p>*La Sífilis es congénita, es decir se transmite de la madre al feto, después del 4º mes de embarazo y trae serías complicaciones en el bebé cuando éste nace.</p>

SÍFILIS PRIMARIA	SÍFILIS SECUNDARIA	SÍFILIS TERCIARIA
<p data-bbox="149 423 231 456">Sífilis</p> <p data-bbox="269 150 551 478">*Después de 3 semanas de que el bicho entro al cuerpo aparece una lesión llamada chancro duro (parece una úlcera, con sus alrededores bien marcados y de aspecto sucio), la úlcera no produce dolor y la persona infectada no se da cuenta que la tiene.</p> <p data-bbox="269 517 551 707">*Generalmente la lesión aparece en genitales externos de hombres y mujeres; ya que es el lugar por donde entró la infección (contacto sexual).</p> <p data-bbox="269 746 551 939">*Esta lesión dura entre 3 y 6 semanas y "aparentemente" desaparece, sin tratamiento pero en realidad se esta multiplicando adentro de nuestro cuerpo.</p>	<p data-bbox="570 150 816 840">*Después de 6 semanas que han desaparecido las úlceras, la persona cree haber pasado lo peor pero ¡NO! es así, el bicho sigue en nuestro cuerpo y en esta etapa nuevamente aparece una erupción en casi todo el cuerpo (granitos y vesículas) y además hay inflamación de ganglios (aparecen pequeñas bolitas en las ingles, cerca de los genitales externos), dura aproximadamente 6 semanas más y "desaparece", pero el bicho aún continua en nuestro cuerpo y sigue lastimándonos.</p>	<p data-bbox="859 216 1141 478">*Si la enfermedad no se detectó después de 2 años que sucedió la infección, la Sífilis provoca problemas no sólo en una parte del cuerpo sino en el corazón, en la piel, en los huesos, y el sistema nervioso central (cerebro).</p> <p data-bbox="859 517 1141 808">Existe una 4ª fase conocida como SÍFILIS CUATERNARIA; aquí la enfermedad es llamada neurosífilis, porque ataca al cerebro, donde el individuo presenta demencia parálitica ya no sabe quien es, donde esta y muere lentamente.</p>

FACTORES DE RIESGO	GRAVEDAD	MÁS ACERCA DE LA INFECCIÓN
<p style="text-align: center;">Sífilis</p>	<p>*Es una infección silenciosa que no da molestias ni cuando la transmitimos, ni cuando nos la transmiten, pero después de un tiempo y si no tuvimos tratamiento, esta enfermedad nos lleva a la muerte.</p> <p>*La Sífilis durante el embarazo provoca problemas en el feto como, lesiones en corazón, cerebro, huesos, etc., pocos logran sobrevivir a esta terrible infección.</p> <p>*Además puede causar abortos al principio del embarazo.</p>	<p>*Esta infección si es curable en las 2 primeras etapas de la Sífilis, no lo olvides!!</p>

BACTERIAS	QUE ENFERMEDAD PRODUCE	CUANDO APARECE LA INFECCIÓN	FORMAS DE CONTACTO
<p>Chancro blando</p>	<p>Haemophilus ducreyi</p>	<p>*Las lesiones en los genitales masculinos y femeninos aparecen después de 5 o 7 días del contacto sexual con la persona portadora de la infección.</p>	<p>*Por relación sexual, vaginal, oral o anal, el riesgo de transmisión aumenta cuando existen lesiones (úlceras recientes).</p>

NOMBRE	SIGNOS Y SÍNTOMAS	SIGNOS Y SÍNTOMAS	MÁS ACERCA DE LA INFECCIÓN
<p>Chancro blando</p>	<p>*En el hombre la primera úlcera se presenta generalmente en el glande u orificio uretral (donde sale la orina y semen).</p> <p>*En la mujer la úlcera puede aparecer en los labios mayores, en la zona cercana al clitoris, en la vagina y cuello del útero.</p> <p>La úlcera del chancro comienza con una pequeña ampolla que se rompe en poco tiempo (2 a 3 días), después esa úlcera se vuelve:</p> <p>Dolorosa, principalmente cuando se toca. Esta es la principal diferencia con la úlcera de la sífilis (que no duele).</p>	<p>*En el centro de la úlcera se acumula una secreción blanca (pus) y parece estar "sucio".</p> <p>*Los úlceras son múltiples, es decir, esta acompañada de otras úlceras que están junto a la primera.</p> <p>*Aparece un ganglio hinchado en la ingle, del mismo lado donde se encuentra la úlcera.</p> <p>*Este ganglio poco a poco se convierte en un absceso. Después que madura, se revienta y el material de pus sale al exterior a través del orificio que se reventó.</p>	<p>* Si la persona practica relaciones sexuales orales, la úlcera puede manifestarse en la boca, lengua, paladar o garganta.</p>

BACTERIAS	¿QUÉ ENFERMEDAD PRODUCE?	¿CUÁNDO APARECE LA INFECCIÓN?	FORMAS DE CONTAGIO
Chlamydia	Chlamydia trachomatis	<p>*Las primeras manifestaciones se presentan de 1 a 3 semanas después que sucede el contagio y en la mayoría de las personas afectadas (sean hombre o mujeres), la enfermedad puede avanzar en silencio, sin presentar ningún malestar.</p>	<p>* Cuando una madre tiene clamidia, puede contagiar a su bebé en el momento del parto al pasar por el canal vaginal, cuando esto sucede puede provocarle:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pérdida parcial o total de la vista (si no se actúa oportunamente). -También puede provocar neumonías crónicas. <p>*Por relación sexual, vaginal, oral o anal, su transmisión es rápida y como otras ITS, no presenta síntomas al inicio del contagio, pero al paso del tiempo puede ocasionar problemas en hombre y mujeres.</p>

NOMBRE DE LA ENFERMEDAD	SIGNOS Y SÍNTOMAS	PREVALENCIA	MÁS ACERCA DE LA INFECCIÓN
<p>Clamidia</p>	<p>•En el hombre; hay salida a través del pene de un flujo color transparente, tipo "clara de huevo" o bien el color puede ser amarillento, este flujo no es percibido como una enfermedad, sino como una molestia insignificante y pasajera, ya que la mayoría de los hombres no presentan dolor al orinar.</p> <p>•En la mujer; la salida de flujo vaginal aumenta y este flujo tiene el mismo color que el hombre, el dolor y ardor puede o no estar presente al orinar. Lo característico en esta infección en una etapa tardía es la inflamación del bajo vientre (Enfermedad Pélvica Inflamatoria).</p>	<p>•La inflamación tan severa que causa esta infección en hombres y en mujeres, que no recibieron tratamiento, provoca que la pareja no pueda tener hijos.</p>	<p>* El 50% de los casos de esterilidad son provocados por la Clamidia.</p> <p>*Los lugares favoritos de la Clamidia son; los órganos sexuales internos en la mujer y en las vías urinarias del hombre.</p> <p>*También puede afectar la mucosa del recto (cuando hay relaciones anales).</p> <p>*La boca, lengua o garganta (si hay relaciones orales).</p>

PROTISTA	¿DÓNDE LA PRODUCE	CUANDO APARECE LA INFECCIÓN	FORMAS DE CONTAGIO
Tricomonas	Tricomonas vaginalis	*Los síntomas de la tricomoniasis aparecen a los 48 horas después de haber tenido el contacto sexual.	<p>*La principal vía de contagio es la relación sexual.</p> <p>*Con menor frecuencia el contagio puede suceder a través de instrumentos ginecológicos mal esterilizados y muy raramente se puede transmitir por toallas o baños públicos.</p>

AGENTE CAUSAL	SIGNOS Y SÍNTOMAS	MÁS ACERCA DE LA INFECCIÓN
<p>Tricomonas</p>	<p>*En los hombres; hay comezón en el orificio por donde sale la orina en el pene (meato urinario).</p> <p>*En la mujer puede comenzar con un flujo que poco a poco aumenta de cantidad, es de color crema marfil a tono verdoso, con presencia de pequeñas burbujas de aire (aspecto espumoso).</p> <p>*Mal olor genital (olor a pescado).</p> <p>*Dolor en las relaciones sexuales.</p> <p>*Acude muchas veces al baño y orina poquito.</p>	<p>*La mayoría de los hombres que tiene la infección no presentan síntomas, es decir, tienen la infección pero ninguna manifestación, en este caso son portadores sanos de la enfermedad</p>

MICROORGANISMO	QUIEN LA PRODUCE	RIESGO EN EL EMBARAZO	FORMAS DE CONTAGIO
Ureaplasmas	Ureaplasma urealyticum	<p>El grupo de micoplasmas genitales provocan durante el embarazo;</p> <p>*Corioamnioitis (inflamación de la bolsa donde esta el feto).</p> <p>*Aborto espontáneo</p>	<p>*Una de las evidencias para considerar a estos bichos como infecciosos dentro de los agentes de Transmisión Sexual, es el hecho de que las mujeres jóvenes sin antecedentes de actividad sexual, casi no presentan cualquiera de estos bichos, mientras que las mujeres jóvenes con vida sexual activa y con varias parejas sexuales, si presentan cualquiera de estos agentes infecciosos.</p>
Micoplasmas	Micoplasma hominis	<p>*Parto pretérmino.</p>	<p>*Por relación sexual, vaginal, oral o anal.</p>

HONGOS	QUIÉN LA PRODUCE	SIGNOS Y SÍNTOMAS	PORQUE SE PRESENTA
<p>Candidiasis vulvovaginal</p>	<p><i>Candida albicans</i> y spp</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Flujo blanco, espeso; parecido al requesón, además hay dolor y ardor en la vagina. * La región anal y vaginal esta enrojecida y muy irritada. * La orina puede ocasionar más ardor en la zona que esta roja e irritada. * Dolor durante la relación sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> *Es una infección que se presenta en hombres y en mujeres y se debe a muchos factores por ejemplo: *Tener un familiar diabético, nos pone más en riesgo de presentar la candidiasis. *Por la utilizar ropa muy ajustada o sintética, no permite que entre aire a la vagina, se guarda la humedad y provoca la aparición del hongo. *En el caso del hombre, el utilizar mezcchilla todo el tiempo, puede provocar el crecimiento del hongo. *La obesidad es otro factor de riesgo para presentar esta infección.

POLIMICROBIANAS	QUIÉN LA PRODUCE	SIGNOS Y SÍNTOMAS	PORQUE SE PRESENTA
<p style="text-align: center;">Vaginosis bacteriana</p>	<p style="text-align: center;">Gardnerella vaginalis</p>	<p>* Flujo vaginal de color amarillo, que mancha las pantaletas</p>	<p>* Esta infección al igual que la anterior es causada por un desequilibrio en la flora normal de la vagina, es decir, existen bichos dentro de nuestra vagina que la protegen, cuando estos bichos disminuyen por diferentes razones los bichos malos que estaban dormidos atacan y aparece la infección y los síntomas.</p>
	<p style="text-align: center;">Mobiluncus</p>	<p>* El flujo vaginal no causa cocezon ni ardor</p>	<p>Entre los factores que participan para que disminuyan los bichos buenos de nuestra vagina están;</p>
	<p style="text-align: center;">Micoplasmas</p>	<p>* Olor fétido (a pescado)</p>	<p>* Utilizar pantiprotectores</p>
	<p style="text-align: center;">y Otros</p>		<p>* Realizarte duchas vaginales, es lo peor que puedes hacer!!!!</p> <p>* Tomar medicamentos por largos períodos</p>



HIGIENE EN LA MUJER

-Realiza el baño diario de cabeza a pies, si no lo haces diario, procura por lo menos cambiarte de ropa interior diariamente.

-Al asearte tus con un jabón neutro para jabón te causen alergia, no espuma del jabón sobre tu vagina.



genitales, debes hacerlo evitar que los perfumes del debe tallarte, basta con la mano para limpiar tu

-Utiliza ropa interior de tu preferencia, pero trata que sea hecha de algodón.

-Lava tu ropa interior a parte y con jabones neutros ¡Asegúrate de enjuagarla muy bien!

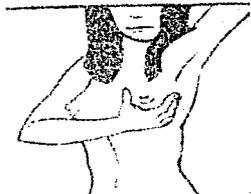


-Al terminar de orinar o defecar, re cuerda limpiarte de adelante hacia atrás, para impedir que los restos fecales entren a la vagina.

-Cambia cuantas veces sea necesario tu toalla sanitaria en tu período menstrual, ya que la humedad te puede provocar irritación o alguna infección vaginal.

-Con la ayuda de un espejo examina la vulva, lo puedes hacer sentada, parada o acostada sobre tu cama, en un lugar donde estés tranquila y nadie invada tu privacidad, recuerda que es necesario que veas lo que es normal para que puedas detectar fácilmente lo que no lo es.

-Al igual que tus genitales, tus senos son parte importante de ti, por eso es necesario revisarlos cada mes, 6 días antes de tu menstruación, buscando protuberancias o cualquier cambio en ellos.



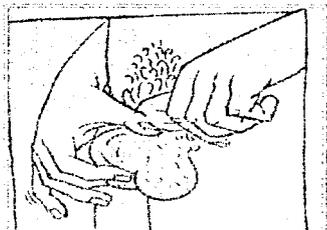
-Pon atención en los cambios que puedan ocurrir en la orina, su color, si te duele al orinar o si hay salida de sangre y no precisamente por tu período menstrual.

-Si ya empezaste a tener relaciones sexuales, no olvides realizarte el Papanicolaou cada año, si te han diagnosticado el Virus del Papiloma, el examen te lo deberás realizar cada 6 meses para evitar complicaciones.

El Papanicolaou, NO es una vacuna contra el Cáncer cervicouterino, tan sólo es una prueba que detecta la presencia de algo que no es normal en el cuello de la matriz.

HIGIENE EN EL HOMBRE

-Lava y limpiar tu ropa interior con regularidad.



-Examina los testículos por lo menos una vez al mes.



-Examina tu área genital, principalmente en el pene, buscando lesiones, secreción, irritación o algún otro síntoma que no lo veas normal.

-Presta atención a las señales en general que tu cuerpo demanda, por ejemplo, si estas cansado, si tienes escalofrío, si tienes dificultad al respirar, etc.

-Recuerda que es recomendable jalar un poco y con cuidado el prepucio y lavar la secreción blanquecina que se acumula alrededor del glande. Este punto lo debes tener presente, más aún si no tienes la circuncisión. Por higiene tuya y de tu pareja

-Al orinar es necesario jalar hacia arriba el prepucio y dejar al descubierto el glande. Al terminar es importante secar con un papel higiénico la orina residual o bien que sacudas el pene ligeramente, para eliminar restos de orina.

AUTOCUIDADO EN PAREJA

La mejor forma de protegerse es no tener relaciones sexuales. Pero esto no es ninguna solución en positivo...

-Hable con su compañero/a acerca de su pasado sexual y el uso de drogas.

-Antes de tener relaciones observe cuidadosamente el cuerpo de la otra persona. Fíjese en indicios de una ITS: vesículas, llagas, irritación de la piel o secreción. Si ve algo que le preocupa *evite tener relaciones sexuales con una persona que parezca tener una ITS!*

-Utiliza condones de goma (látex) al tener relaciones sexuales por la vagina, ano o boca. La mayor parte de las veces, los condones te protegerán contra una ITS y el VIH/SIDA.

-Protégete, lleva condones a donde quiera que vayas o vayan.

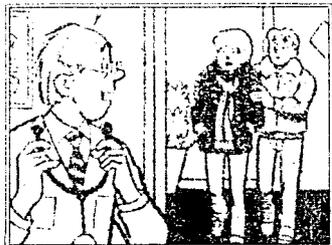
-Junto con los condones, utiliza espuma, crema o jalea lubricante (a base de agua) y/o anticonceptiva. Estos últimos matan gérmenes que causan las ITS.

-Hazte un análisis de ITS cada vez que tenga un examen de salud. Si tienes relaciones sexuales con más de una persona, el examen de ITS debes realizártelo cada vez que creas estar en riesgo, aún cuando no tenga síntomas.

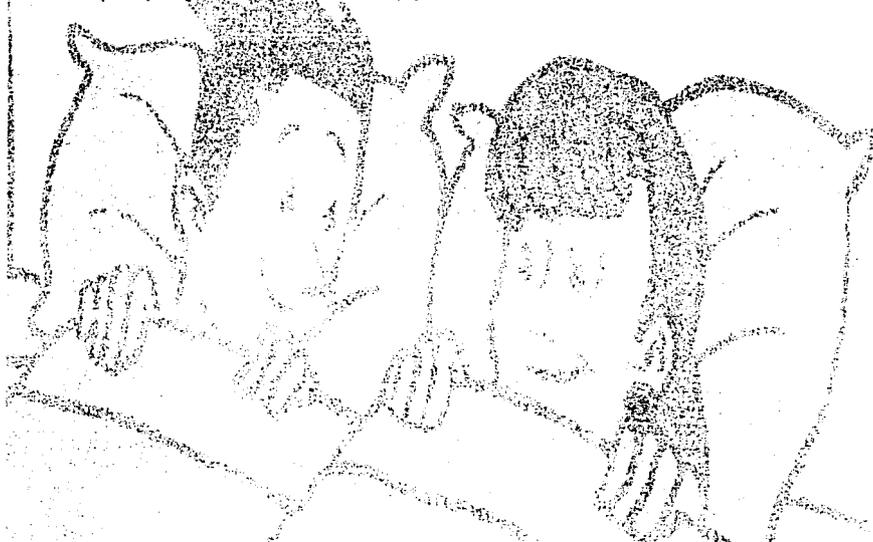


-Aprende a reconocer los indicios y síntomas de una ITS. Si notas un síntoma que te preocupa, *acude con el médico de tu confianza!*

-Si tienes una ITS, la persona o personas que han tenido contacto sexual contigo deben recibir tratamiento al mismo tiempo que tú.



-Si tienes una ITS, no tengas relaciones sexuales hasta que el médico te indique que ya has sido curado(a) totalmente.



También es seguro tener relaciones sexuales sólo con una persona que este sana y que a la vez tenga solamente relaciones contigo NO LO OLVIDES!!

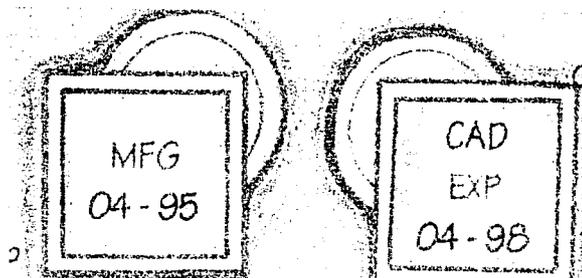
Condón masculino ¿Cómo de utiliza?



El condón masculino, es una cubierta de látex, que se coloca en el pene antes de la penetración en las relaciones sexuales (vaginales, anales u orales. Además, es el único medio de prevenir la transmisión del VIH y otras Infecciones Sexualmente Transmisibles. Recuerda que también sirve para evitar embarazos NO planeados.

Antes de usarlo fijate de que el condón todavía sirva, es decir, cada empaque tiene una fecha escrita:

MFG: Fecha de manufactura (el día que lo hicieron y lo empaquetaron). Dura 5 años a partir de la fecha de la manufactura. Claro siempre y cuando lo hayas conservado en buen estado!!



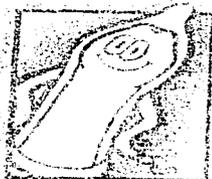
CAD: Fecha de caducidad (te indica la fecha límite que tiene el condón para ser utilizado), si rebasa el tiempo, ya NO sirve.

1 Verifica que exista el colchoncito de aire en la envoltura, tan sólo con oprimir la envoltura te darás cuenta. Si no sientes el colchón de aire, utiliza otro.

2 Abre la envoltura por uno de los lados, NO utilices los dientes, las uñas o las tijeras, porque puedes dañar el condón. Sólo utiliza las yemas de tus dedos.

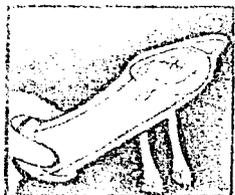
3 Si tú no tienes la circuncisión, jala el pellejito hasta que la cabeza del pene se vea, antes de colocar el condón.

4 Al sacar el condón de la envoltura, fíjate de qué lado se desenrolla, presiona la punta del condón para quitarle el aire y quede un espacio para recibir al semen. Si no lo haces el condón puede romperse.



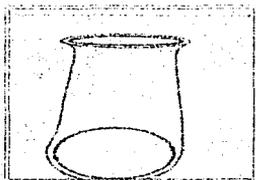
5 Si consideras necesario utilizar un lubricante, recuerda que tiene que ser a base de agua. No utilices el aceite para bebé o cremas, etc., ya que puede romper el condón. El lubricante de agua lo debes poner antes de colocarte el condón, después debes oprimir la punta. Sin soltar la punta del condón colócalo sobre la cabeza del pene cuando esta erecto y desenróllalo hasta el vello púbico.

6 Después de que eyaculaste y antes de que el pene se ponga flácido, con cuidado retira el pene, sosteniendo el condón desde la base con la mano para que no se quede nada dentro de tu pareja.



7 Retira el condón con ayuda de papel higiénico, haz un nudo en el condón para que no se derrame el semen y tíralo al bote de la basura. Cada condón sirve una sola vez y no más.

Condón femenino ¿Cómo de utiliza?



1 Antes de usarlo fíjate en la fecha de elaboración (el día que lo hicieron y lo empaquetaron) y la fecha de caducidad (fecha límite del condón para ser utilizado), si rebasa el tiempo, ya **NO** sirve. Al igual que el condón masculino, este condón dura 5 años a partir de la fecha en que lo elaboraron.

2 Abre el paquete donde se encuentra el condón, con cuidado de dañarlo. Saca el condón y si lo consideras necesario agrega un poco de lubricante a base de agua y frótalo el preservativo con tus manos para distribuir el lubricante.

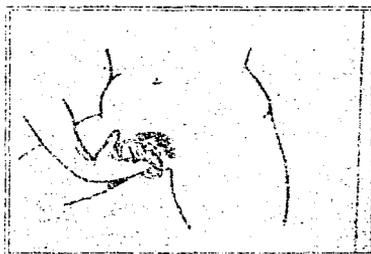
3 Una vez que el lubricante está distribuido por todo el condón, toma el aro más pequeño con tus dedos y apriétalo, hasta formar un ocho.



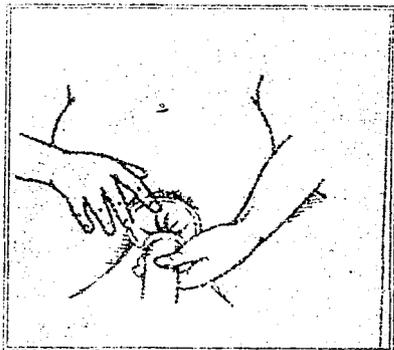
4 Introduce lo más posible el condón en el orificio de la vagina, recuerda hacerlo con la ayuda de un espejo para que veas donde está la entrada de la vagina.

5 Después de que el anillo interno está dentro de la vagina, empuja

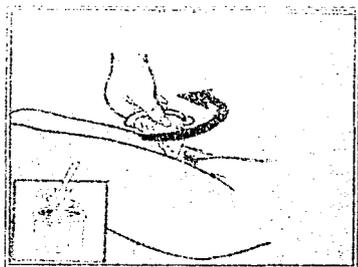
hacia arriba con tus dedos suavemente, licon cuidado!! El condón femenino **NO** debe retorcerse



6 Durante la relación sexual, tú debes guiar el pene dentro del preservativo femenino o bien pide ayuda a tu pareja. **NO** lo olvides.



7 Después de terminar la relación sexual retira el condón (antes de levantarte); debes apretar y retorcer dar 2 giros al anillo externo y jalar poco a poco, una vez que salió de la vagina, envuélvelo en papel higiénico y tíralo a la basura.



Una de las ventajas que te ofrece este condón femenino es que te lo puedes poner hasta 48 horas antes de tener una relación sexual con tu pareja.

¿DÓNDE CONSIGO LOS CONDONES MASCULINOS Y FEMENINOS?

En farmacias, supermercados, tiendas departamentales, bares, discotecas y en las clínicas de salud.

¿CÓMO SE COMPRAN?

Los condones masculinos se venden por paquete o los puedes comprar uno por uno, además hay de olores y sabores para que tus relaciones sexuales sean más placenteras. En el caso de los condones femeninos todavía no hay de olores y sabores pero si te protegen.

¿QUIÉN DEBE USARLOS?

Todo mundo, ya que no sabes a simple vista cuando una persona tiene VIH o alguna ITS, lo mejor es utilizar los condones masculino y femenino cada vez que tengas una relación sexual.

¿CÓMO LE DIGO A MI PAREJA QUE LOS UTILICEMOS?

En una relación de pareja duradera o no el utilizar el condón puede amenazar la confianza de la pareja, sin embargo es necesario que antes de utilizarlos platiquen de la importancia que representa no solo para evitar un embarazo no planeado, sino para proteger la salud y hasta la vida de ambos.

¿CÓMO SE CONSERVAN?

- ❖ Guárdalos en lugares frescos y secos.
- ❖ No los expongas al calor excesivo
- ❖ No los laves en los bolsillos del pantalón o en las carteras. Mejor busca una cajita de metal (donde vienen los chicles) o en una cajetilla vacía de cigarros.
- ❖ Aléjalos de las llaves u objetos punzó cortantes (agujas, tijeras, etc.)

SI TIENES DUDAS AL RESPECTO LLAMA A:

Condón femenino "The Female Condom"

Asesoría acerca del uso correcto del condón y lugares donde son distribuidos los condones femeninos. Lunes a viernes 9:00 a 16:00 hrs

☎ 53 59 34 24

☎ 57 82 40 14

☎ 53 42 00 77

☎ 53 58 29 85

☎ 55 42 78 35

TELSIDA

Información y asesoría sobre SIDA por vía telefónica. Lunes a viernes de 9:00 a 21:30 hrs

☎ 56 66 74 32

<http://www.ssa.gob.mx/conasida>

Red de Atención y Prevención en VIH/SIDA A.C.

Información de organizaciones e instituciones que apoyan a personas que viven con el VIH/SIDA. Lunes a viernes de 9:00 a 15:00 hrs

- 85 96 12 00 - 55 40 15 12

CONASIDA ZONA SUR

Información, realización de pruebas para la detección de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), atención psicológica y asesoría médica. Lunes a viernes de 9:00 a 14:00 hrs

☎ 55 28 58 11 - 55 28 48 65, ext. 251

CONASIDA ZONA NORTE

Información, realización de pruebas para la detección de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), atención psicológica y asesoría médica. Lunes a viernes de 9:00 a 14:00 hrs

☎ 52 07 44 43

GLOSARIO DE TÉRMINOS

ABSCESO

Cavidad que contiene pus y está rodeado de tejido inflamado; se forma como consecuencia de una infección causada por un microorganismo. Generalmente se produce la curación cuando el absceso drena o sale el material de pus.

AUTOCUIDADO

Se refiere a las actividades de salud no organizadas y a las decisiones sobre la salud tomadas por: individuos, familias, vecinos, amigos, colegas, compañeros de trabajo, etc. comprende el autotratamiento, el respaldo social en la enfermedad, los primeros auxilios en un entorno natural, es decir, en un contexto normal de la vida cotidiana de las personas.

BISEXUAL

Aquella persona hombre o mujer, que participa en actividades sexuales con hombres y mujeres. Afinidad por ambos sexos.

COITO

Unión sexual de dos personas de sexo distinto, en la que el pene es introducido en la vagina, lo que produce excitación mutua y generalmente el orgasmo.

CONCEPCIÓN

Inicio del embarazo, generalmente se considera como tal el momento en que el espermatozoide penetra en el óvulo y da origen a un nuevo ser.

CONDUCTA DE RIESGO

Todas aquellas prácticas de riesgo sexuales y no sexuales, para contagiarse por algunas de las Infecciones de Transmisión Sexual.

FLUJO VAGINAL

Cualquier secreción de la vagina transparente o de color blanco nacarado. El flujo se compone por secreciones de las glándulas del interior de la vagina. La inflamación del cuello de la vagina causan con frecuencia un aumento del flujo, que en tales casos producen mal olor e irritación vaginal.

GANGLIO LINFÁTICO

Múltiples estructuras en forma oval que ayuda a proteger al cuerpo contra las infecciones que se presentan. Tienen diferentes tamaños, los hay del tamaño de una cabeza de alfiler hasta el tamaño de un frijol. Estos ganglios pueden crecer cuando se presenta una infección. Las zonas donde se encuentra la mayoría de los ganglios son; boca, cuello, parte inferior del brazo, la ingle y la axila.

GÉNERO

Clasificación del sexo de una persona en masculino o femenino. Sexo particular de una persona.

GESTACIÓN

Período de tiempo que comprende entre la fertilización del óvulo y el nacimiento. En los humanos, la duración es de aproximadamente 266 días, o aproximadamente 280 días desde el comienzo del último período menstrual en la mujer.

HETEROSEXUAL

Persona cuyo deseo o preferencia sexual esta dirigida hacia personas del sexo opuesto.

HOMOSEXUAL

Persona atraída sexualmente por miembros del mismo sexo. Hombres que sostienen relaciones sexuales con hombres, o mujeres que sostienen relaciones sexuales con mujeres.

HONGO

Parásito vegetal simple, que no es capaz de fabricar su propio alimento y depende de otras formas vivas para vivir.

HORMONAS

Sustancia química producida por alguna parte del cuerpo que regula la actividad de un órgano o grupo de células en otra parte del cuerpo. Son transportadas por el torrente sanguíneo.

INCUBACIÓN

Tiempo que transcurre entre la introducción en el organismo del germen de una enfermedad o infección y la aparición de los primeros síntomas de la misma.

INFLAMACIÓN

Respuesta protectora de los órganos o tejidos del cuerpo ante una irritación o lesión. Se le denomina vulgarmente hinchazón.

LATENTE

Dormido, que existe como posibilidad. Enfermedad o infección que puede permanecer por mucho tiempo sin presentar manifestaciones de ningún tipo.

MENSTRUACIÓN

Eliminación periódica a través de la vagina de una secreción sanguinolenta que contiene restos de tejido que son a causa del desprendimiento del endometrio del útero, que no ha concebido. La duración media de la menstruación es de 4 a 5 días aproximadamente.

MICROORGANISMO

Cualquier estructura pequeña, normalmente microscópica, capaz de desarrollar procesos vitales. Algunos microorganismos son: virus, bacterias y hongos.

RECURRENTE

Signo o síntoma que se vuelve a manifestar periódicamente. Reparación de una enfermedad.

SIDA

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

VESÍCULAS

Ampolla o vejiga pequeña en forma de pequeña lesión cutánea elevada, en paredes finas, que contiene un líquido transparente.

VIH

Virus de la Inmunodeficiencia Humana

VIRUS

Microorganismo parasitario diminuto, de tamaño mucho más pequeño que una bacteria, que sólo se puede multiplicar en el interior de una célula de una planta viva, de un ser humano o de un huésped animal.

BIBLIOGRAFÍA

- 1. Aguilar, Gil J., Luis Botello Lonngi y Kimberly Aumak Yee. Juntos planeamos el futuro. Mexfam. México, 1998.192
- 2. Arredondo, García J. y Ernesto Calderón. Conceptos de Infectología. 10ª ed. Méndez editores. México, 1993.720
- 3. Casanova, Román G., J. Ortiz Ibarra y J. Arredondo García. Las Enfermedades de Transmisión Sexual: causa de complicaciones perinatales; en Enfermedades Infecciosas y Microbiología. (14);1:25-28
- 4. CDC. ETS. Pautas de Tratamiento. Department of Health and Human Services, 1989. U.S.,(35);S-8:40
- 5. Ortiz, J. Enfermedad de Transmisión Sexual en; Manual Clínico de Infectología. Ciencia y cultura latinoamericana. México, 1997.103
- 6. Rodríguez, R. Gabriela y Jose A. Aguilar Gil. Hablemos de Sexualidad, Mexfam. México, 1998. 161
- 7. Stoppard, Miriam. Guía médica para la mujer. Grijalbo. Barcelona, 1989.380

13 Vilata, J.J. Enfermedades de Transmisión Sexual. Proas editores.
Barcelona, 1993.599

14 Wilson, Kathleen J. Anatomía y Fisiología en la salud y enfermedad.
Manual Moderno. México, 1994.509