



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

“EL PAPEL DEL PSICÓLOGO DE LA SALUD
EN LA PREVENCIÓN DEL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO”

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
SANDRA DIYARZA LÓPEZ

DIRECTORA:
MTRA. MARÍA CRISTINA BRAVO GONZÁLEZ

DICTAMINADORES:
LIC. EDY ÁVILA RAMOS
LIC. JOSÉ ESTEBAN VAQUERO CÁZARES



TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO

2008



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.

AGRADECIMIENTOS

Con todo mi aprecio y agradecimiento dedico este escrito a todas las mujeres que hoy forman parte de mí presente:

A mi Tutora, Cris
Te agradezco con todo mi corazón
Tu paciencia, comprensión y apoyo
Gracias por acompañarme durante este largo proceso

A mis mujeres nostálgicas:
Mamá, te amo con todo mi corazón
Gracias por apoyarme hasta el final...

Mis hermanas
Nancy
Berenice
Alejandra
Shikanda
Y a mi preciosa sobrinita
Samadhí

Gracias por su fuerza...

A mi **padre** donde quiera que estés
Pienso en tí...

Me enorgullece pertenecer a la máxima casa de estudios de este país
UNAM - FES IZTACALA, fue mi segundo hogar
Gracias por la oportunidad que me diste para crecer.

"Por mi raza hablará el espíritu "

...donde quiera que vayas no olvides tus raíces...

ÍNDICE

Resumen.....	3
Introducción.....	4
Capítulo. 1 Psicología de la salud	
1.1 Desarrollo Histórico de la Psicología de la salud.....	6
1.2 Definición de la Psicología de la Salud.....	9
1.3 Funciones y Actividades del Psicólogo de la salud.....	11
1.4 Niveles de prevención en salud.....	15
1.4.1 Prevención primaria.....	15
1.4.2 Prevención secundaria.....	17
1.4.3 Prevención terciaria.....	18
1.5 Comportamiento y prevención de problemas sociales en el ámbito de la salud.....	20
Capítulo 2. Infecciones de Transmisión Sexual y población vulnerable en México	
2.1 Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).....	27
2.2 Adolescencia, salud y problemática social.....	29
2.3 Condiciones socioculturales en la mujer.....	38
2.3.1 Perspectiva actual sobre las condiciones socioculturales de la mujer.....	40
Capítulo 3. Virus de Papiloma Humano (VPH)	
3.1 Antecedentes y definición.....	49
3.2 Tipos de virus.....	51
3.3 Epidemiología.....	53
3.4 Factores de riesgo.....	55
3.5 Manifestaciones del virus.....	57
3.6 Diagnóstico del VPH.....	59
3.7 Tratamiento del VPH.....	64
3.8 La vacuna contra el VPH.....	69
3.9 Consecuencias físicas del VPH.....	71
3.9.1 Reacciones Psicológicas ante la detección del VPH.....	73
Capítulo 4. Propuesta: El papel del Psicólogo de la salud en la prevención del VPH.	
.....	81
Conclusiones.....	90
Referencias bibliográficas.....	95

Resumen

La Psicología de la salud parte de la premisa de que el estilo de vida y la baja percepción de riesgo de las personas afecta la salud y el sentido de bienestar, donde los hábitos, la actitud, las conductas y las estrategias de enfrentamiento originan enfermedades crónicas degenerativas tales como el cáncer cérvicouterino, el cual es la principal causa de muerte de mujeres en México. Se ha descubierto que el cáncer cérvicouterino es originado por la Infección de Transmisión sexual identificada como Virus de Papiloma Humano (VPH) específicamente por la evolución de los tipos 16,18 y 6. En este sentido la importancia de la prevención de conductas sexuales de riesgo es una tarea fundamental de la psicología de la salud, realizando sus mayores contribuciones en la prevención primaria, la cual identifica grupos vulnerables que no han sido etiquetados como enfermos, dirigiendo estrategias de acción para prevenir la ocurrencia de factores de riesgo. De ahí que el objetivo de la presente tesis es analizar el papel del psicólogo de la salud en la prevención del Virus de Papiloma Humano, sugiriendo la propuesta de un taller en educación sexual dirigido a la población adolescente y juvenil dado que cada vez más ocupan un alto porcentaje de contagios por alguna ITS en las estadísticas.

Por ello es de suma importancia que en nuestro país se desarrollen y lleven a la práctica programas dirigidos a la promoción de la salud sexual a través de la modificación de comportamientos sexuales de riesgo implementando la perspectiva de género tanto en su desarrollo como en la aplicación.

INTRODUCCIÓN

La salud es el principal patrimonio del ser humano, es más valiosa que cualquier otra pertenencia, es un derecho tan importante como la libertad y la vida misma. Por ello la salud requiere ser protegida y fomentada. De ahí la importancia de la labor del psicólogo de la salud que se enfoca a prevenir e intervenir en las diversa problemáticas relacionadas con la salud de los seres humanos. Un ejemplo de ello es su participación en la promoción de la salud sexual, enfocado a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) que debido a su fácil expansión resultan un problema en salud de graves complicaciones. Su trabajo consiste en prevenir a través de la modificación de conductas sexuales de riesgo de jóvenes y adolescentes, porque a pesar de que se conoce y se tiene acceso al condón, esto no es suficiente para que tomen la iniciativa de su uso, en gran parte se debe a la falta de cultura preventiva aunada a una educación sexual basada en prejuicios y mitos originada en los adultos que contribuye a la formación de adolescentes y jóvenes inseguros y poco responsables de su propia vida sexual, además el inicio de vida sexual activa a edades muy tempranas y las características psicológicas inherentes a su etapa que favorecen los comportamientos relacionados a una baja o nula percepción de riesgo en cualquier problemática que afecte su salud. Y porque las consecuencias se reflejan en el elevado porcentaje de jóvenes infectados.

La mayor incidencia de las ITS ocurre en tres grupos de edades: 20 a 24 años, 15 a 19 años y de 25 a 29 años (Reyes, 2004). Dentro de las ITS, se encuentra el Virus de Papiloma Humano (VPH), produciendo verrugas en el cuello del útero, dentro de la vagina, en el pene, el interior de la uretra y alrededor del ano (Gariglio, López y Álvarez, 1999) además amenaza la salud de diversas formas, causando esterilidad, infertilidad, muerte fetal, aborto, ceguera y daño cerebral en el feto, así como cáncer cervicouterino el cual es originado por los subtipos 16 y 18. Las mujeres son las más afectadas al constituir el mayor grupo portador de esta enfermedad debido en parte, a que la mujer contemporánea busca destacar laboralmente y desarrollarse profesionalmente, posterga el cuidado de su cuerpo y las revisiones medicas, poniendo en riesgo su salud y calidad de vida que en silencio y con el tiempo demandan atenciones más costosas (Olivier, 2003).

De ahí que la Secretaria de Salud reportó que en México mueren 4, 600 mujeres al año debido al cáncer cervicouterino (SSA, 2000). Por otra parte es necesario resaltar que entre las implicaciones psicológicas del VPH se encuentra: la angustia al sostener un tratamiento médico que en algunos casos es extenso y costoso, la culpa y el remordimiento por mantener relaciones sexuales sin protección, además surge la desconfianza de la pareja, poniendo en duda la fidelidad. Sin embargo es posible implementar estrategias que permitan mediante la promoción en la educación sexual la sensibilización y responsabilidad hacia la salud sexual, para que tanto hombres como mujeres sean capaces de intervenir en sí mismos a través del autocuidado (Aguilar, 1998). Dado que las ITS como el VPH, son responsabilidad de ambos géneros, pues los cuidados al propio cuerpo y el respeto al otro son factores determinantes para evitarlas. Por tal motivo es necesario encaminar los mayores esfuerzos educativos a la juventud, ya que es más fácil prevenir educando, que tratar de modificar conductas sexuales de los adultos que ya se han convertido en hábitos (Mayén, 1997).

Considerando estos elementos, el objetivo de la presente tesina es realizar una revisión teórica del papel del psicólogo de la salud, enfocado a la prevención y promoción de la salud sexual. Lo cual se desarrollara a través de 4 capítulos, el en Capítulo 1 se mencionan los antecedentes de la Psicología de la salud, definición y actividades y funciones, en el Capítulo 2, se presenta la definición de las ITS, de la adolescencia, la salud sexual y la problemática social (pobreza y desigualdades sociales, violencia y falta de equidad de género) así como las condiciones socioculturales de la mujer, como factores que influyen en el contagio del VPH. En el Captulo 3, se hará una revisión básica del Virus de Papiloma Humano, antecedentes, factores de riesgo, diagnostico, tratamiento y consecuencias, con la finalidad de entender la forma en que se contrae el virus y el tratamiento, para poder entender la forma de prevenirlo, lo cual se reflejará en el Capítulo 4 con la propuesta de un taller integral en educación sexual enfocado a la prevención del VPH, apoyado de la perspectiva de género, donde el papel del psicólogo de la salud es fundamental al tener por objetivo la modificación de conductas sexuales de riesgo, a través de la adquisición en habilidades sociales tales como la toma de decisión, asertividad y negociación, las cuales favorecerán la autoestima, las conductas de autocuidado y la sensibilización a comportamientos sexuales seguros.

CAPÍTULO 1. PSICOLOGÍA DE LA SALUD

1.1 Desarrollo Histórico de la Psicología de la Salud

Actualmente ha surgido un gran interés por estudiar el estilo de vida de las personas así como la influencia que éste ejerce sobre su salud. Debido a que la presencia de la salud y el tratamiento de la enfermedad no sólo es una cuestión de tecnología y de padecimientos de las personas sino también de las conductas saludables que se llevan o no a cabo. En este sentido, la responsabilidad individual, comunitaria y cultural toma un peso importante para mantener y mejorar el bienestar físico y mental, lo que implica un trabajo directo con la Psicología (Reyes, 2004).

De esta manera, la psicología como ciencia encargada del estudio de la conducta tiene mucho que contribuir al campo de la salud y “la psicología de la salud se ha vuelto una especialidad de rápido crecimiento dentro de la psicología clínica” (Phares y Trull, 2000 p.457). Por esta razón es necesario revisar el desarrollo de la Psicología de la salud, partiendo de los conceptos salud y enfermedad.

En la antigüedad se consideró a la enfermedad como sinónimo de posesiones demoniacas que controlaban la conducta de las personas y para su curación era necesario expulsar esas fuerzas a través de un exorcismo. Por otra parte, los Griegos fueron de los primeros en comprender la enfermedad como fenómeno natural, pues mencionan la importancia de los factores conductuales sobre la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Por ejemplo, Demócrito filósofo griego postuló “los hombres ruegan a sus dioses por la salud; ellos no se dan cuenta de que tienen el control sobre sí mismos” dando lugar a los “buenos hábitos” y la evitación de los “excesos” de la medicina griega considerados esenciales para una buena salud (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000, p.27).

Suls y Rittenhouse (1987, en Phares y Trull, 2000) han señalado una gran cantidad de referentes históricos que llegan hasta Aristóteles, donde es bastante claro que ciertos

procesos psicológicos podían culminar en la enfermedad física, como la úlcera péptica, la hipertensión y el asma bronquial. A partir de entonces, surgió la clasificación de las enfermedades causadas por factores orgánicos y por factores psicológicos. Se comenzó a considerar, que si alguna persona padecía alguna enfermedad psicosomática tenía un conflicto inconsciente y por tanto se predisponía a algún padecimiento. Sin embargo estas ideas pronto se consideraron erróneas ya que no fueron apoyadas por los estudios empíricos. De esta manera el campo de la medicina psicosomática fue perdiendo terreno, en parte, porque en el Renacimiento se vivió un renovado interés por el estudio de las ciencias, impulsando el Dualismo cuerpo-mente (donde el uno no tiene relación con el otro), dando pie a las investigaciones biomédicas omitiendo así la importancia de los factores sociales y psicológicos en la relación salud-enfermedad.

Actualmente podemos observar que este modelo biomédico sigue vigente y ha realizado grandes contribuciones a la ciencia médica sobre todo en el tratamiento de enfermedades infecciosas, sin embargo también ha demostrado grandes deficiencias en la explicación y control de algunas enfermedades crónicas, específicamente en aquellas en donde los factores psicológicos se encuentran presentes.

Recordemos que en el siglo XIX, las enfermedades infecciosas como la difteria, la tuberculosis y la neumonía ocupaban el primer lugar en la mortalidad de la población, sin embargo los avances en el desarrollo de antibióticos efectivos, el desarrollo de la tecnología y la aparición de las vacunas dieron lugar a la erradicación de este tipo de enfermedades y a la longevidad, desafortunadamente han aparecido enfermedades crónico degenerativas de difícil tratamiento como la diabetes, la obesidad y el cáncer; cabe mencionar que dichas enfermedades están relacionadas con nuestra conducta y son prevenibles en su mayoría. (Phares y Trull, 2000).

Knowles (1977, en Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000, p.17) menciona que “nacimos con buena salud y enfermamos como resultado de conductas y condiciones ambientales inadecuadas”. De esta manera, el reconocimiento de que la conducta y el medio ambiente inadecuados están relacionados con la aparición y prevención de la enfermedad crónica,

fue el antecedente más importante para el surgimiento de una nueva área de la Psicología, es decir la Psicología de la salud. Además se ha enfatizado que la manera directa de las conductas y estilos de vida deficientes del ser humano originan lesiones, accidentes, envenenamiento o violencia, incluso se debe considerar el alcoholismo, la fármaco dependencia, el tabaquismo y los problemas dietético-nutricionales (Phares y Trull, 2000).

Por otra parte, en los últimos años se ha observado un crecimiento de nuevas interdisciplinas o subcampos enfocados a esta problemática, como la Psicología de la salud, la medicina conductual y la salud conductual; todas tienen como propósito destacar la importancia que revisten los factores derivados del comportamiento individual en la prevención terapéutica y la rehabilitación de los problemas de salud.

La medicina conductual nace de la tradición teórica conductista, por lo cual su principal preocupación son las conductas de salud y enfermedad, las contingencias que las mantienen y los cambios necesarios para modificar dichas conductas. Schwarts y Weiss (1978, en Amigo, Fernández y Pérez, 1998) definieron a la medicina conductual como el campo interdisciplinario ocupado en el desarrollo e integración de la ciencia biomédica y conductual generando conocimientos y técnicas que han de aplicarse en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud. Surgieron así, dos diferencias fundamentales entre psicología de la salud y medicina conductual. La primera porque la medicina conductual hace énfasis en la naturaleza interdisciplinaria médica frente a la Psicología y se centra prioritariamente en el tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, mientras que la psicología de la salud se ocupa más en el ámbito preventivo y de la promoción de la salud además de ser representada y aplicada por psicólogos.

Se ha revisado hasta este momento de manera general algunos de los antecedentes que han dado paso al surgimiento de la psicología de la salud, en el siguiente apartado se hará referencia a las definiciones de la psicología de la salud, así como las funciones y actividades del psicólogo de la salud en diferentes escenarios.

1.2 Definición de Psicología de la Salud

En 1946, La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como el bienestar físico, mental y social (Díaz, 2001). No obstante, Córdova (1987, en Buela-Casal, 1996) contribuye con su definición agregando que el individuo saludable, es aquel que puede desarrollar su capacidad de forma activa para cambiar su situación vital y poder funcionar al máximo de su capacidad y satisfacción, teniendo en cuenta que la salud es el resultado de los diversos factores de la vida comunitaria.

Por lo anterior, es conveniente describir lo que se entiende por bienestar social, bienestar mental y físico. De esta manera la salud, en el aspecto social, se refiere a las relaciones interpersonales constantes de los individuos, a su capacidad de contribuir de manera positiva a la comunidad a la que pertenecen así como para recibir apoyo y reconocimiento por parte de la misma. Por otra parte, el bienestar mental pudiera ser entendido como el estado en el que el individuo es activamente capaz desde el campo del pensamiento para influir directamente en sentido positivo al campo comportamental. Y en cuanto al bienestar físico se entiende el estado funcional del organismo biológico (Buela-Casal, 1996).

De estos planteamientos, Terris (1975, en Greene, 1998) identifica dos aspectos principales de la salud: uno objetivo y otro subjetivo. El primero se refiere a la habilidad para funcionar y el aspecto subjetivo a sentirse bien. La cualidad de sentirse bien como criterio de la salud no sólo es una manera directa sino única en cuanto al control potencial que presta el individuo sobre su propia salud, aun cuando es influenciado por una variedad de estímulos externos y los sentimientos mismos del individuo que se originan en su mente; es decir las percepciones se hacen mas importantes para la salud que la realidad de nuestras propias circunstancias. Por tanto, muchas personas catalogadas como “discapacitadas” pueden alcanzar niveles muy altos de acuerdo a su funcionalidad, en tanto que otros clínicamente “sanos” se convierten en seres deprimidos de manera severa.

Además, de acuerdo a Terris (1975 en Greene, 1998), es necesario hacer una distinción entre enfermedad y dolencia: la primera se refiere el defecto o inadecuado funcionamiento

dentro del ser humano, en tanto que dolencia es la presentación visible de síntomas que nos hacen sentir afligidos. De esta manera la enfermedad puede presentarse sin dolencias.

Es así que se puede considerar a la salud como un estado de bienestar holístico óptimo en cuanto al equilibrio entre el bienestar y la funcionalidad del organismo, de la mente y del ambiente social. Por ello las investigaciones han dedicado una atención especial a la conducta humana, debido al papel relevante de la misma en el fomento del bienestar y queda claro que de este campo se encarga la psicología, creando el concepto y área de aplicación de psicología de la salud.

La Psicología de la salud es un área de especificidad dentro de la psicología y se ha definido como: "... el conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales específicas de la disciplina de la Psicología para el fomento y preservación de la salud, la prevención del tratamiento de la enfermedad, así como la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas" (Phares y Trull, 2000 p.52).

Por otra parte, Buela-Casal (1996, p.8) agrega: "La Psicología de la salud es el campo de especialización de la Psicología que centra su interés en el ámbito de los problemas de la salud, especialmente físicos o médicos con la principal función de prevenir la ocurrencia de los mismos o de tratar de rehabilitar éstos en caso de que tengan lugar, utilizando para ello la metodología, los principios y los conocimientos de la actual Psicología científica sobre la base de que la conducta constituye junto con las bases biológicas y sociales, los principales determinantes de la mayor parte de las enfermedades y problemas humanos de salud existentes en la actualidad".

Amigo, Fernández y Pérez (1998) realizan una contribución a estos conceptos, agregando que la Psicología de la salud busca mejorar el sistema sanitario y la formulación de una política de salud. Es así que la Psicología de la salud también puede considerarse como una especialización de la Psicología que nace para dar respuesta a una demanda socio sanitaria. Cabe mencionar que aunque siguen el modelo conductual en cuanto a contenidos y

posición teórica, los psicólogos de la salud también utilizan el modelo psicométrico puesto que ya no se trabaja sólo a nivel individual sino también a nivel comunidad.

Para concluir con una definición, Vargas (2002) menciona que la psicología de la salud es el área tecnológica de la psicología, encargada del estudio del comportamiento individual y su relación con la salud biológica y bienestar social.

1.3 Funciones y actividades del psicólogo de la salud

Matarazzo (1980, en Ballester, 1997) menciona que el Psicólogo de la Salud tiene diversas funciones como: la promoción y mantenimiento de la salud, tratamiento de aspectos relacionados a la enfermedad, estudio de los factores psicosociales que contribuyen a la salud, el estudio de las contribuciones de las instituciones sanitarias, así como la elaboración de estrategias para el mejoramiento del servicio. Con respecto a lo anterior, la Organización Mundial de la Salud, en el periodo de 1984 a 1989, citó cuatro actividades fundamentales que debe llevar a cabo el Psicólogo de la Salud: 1) El desarrollo de políticas de salud mental y la promoción, coordinación, evaluación y sostén de programas por todo el mundo; 2) entender los factores psicosociales que permean la promoción de la salud y por lo tanto el desarrollo humano; 3) prevención del abuso de drogas, así como el control de las mismas y 4) prevención y tratamiento de desórdenes mentales y neurológicos (OMS, 1983 en Holtzman, 1993).

De esta manera, Salinas (1995, en Vega, 2002) organiza estas actividades en tres dimensiones:

- 1) **Investigación**, que va desde la básica hasta la evaluación de la aplicación.
- 2) **Intervenciones** dirigidas al individuo cuya salud está en juego y a las personas que están relacionadas con él, al personal que labora en el sistema de salud y a organizaciones e instituciones.

3) **Intervenciones psicológicas**, encaminadas al cambio de procesos corporales por medio de la bio-retroalimentación así como la modificación de hábitos y/o cogniciones con respecto a la salud- enfermedad.

Éstas a su vez influirán en el trabajo que el psicólogo realice dentro del sector salud, que básicamente consiste en (Negrete, 1998):

1. Dar consulta clínica emitiendo el diagnóstico, en términos psiquiátricos.
2. Impartir talleres para la prevención de la enfermedad y el mejoramiento de la calidad de vida.
3. Brindar cursos de capacitación al personal que labora en las instituciones de salud.
4. Reclutamiento y selección de personal más adecuado para las diferentes áreas de atención hospitalaria.
5. Establecimiento de repertorios conductuales, definición operacional de objetivos, programación y secuenciación, creación del medio ambiente social y no social para que el organismo aprenda los comportamientos adecuados.

Los **escenarios** donde puede desempeñar sus funciones son: instituciones de enseñanza superior, centros asistenciales (clínicas, hospitales e institutos de la salud en los tres niveles de atención) y en la práctica privada se enfoca a la atención individual o de pequeños grupos (Rodríguez y Rojas, 1996). Becoña, Vázquez y Oblitas (2000) agregan a las empresas públicas y privadas, donde realiza funciones de asistencia y capacitación en salud ocupacional. A continuación se revisarán las principales funciones que realiza este profesional.

- **Evaluación y Diagnóstico:** La evaluación es una función importante, pues en ella se diagnostican los comportamientos y procesos de riesgo asociados a patologías físicas, a la valoración de intervenciones bio-psico-sociales y de los sistemas de salud. Las estrategias de evaluación en Psicología de la Salud están determinadas por dos tradiciones: a) la procedente de la Psicología de la Salud y b) la procedente de la Medicina conductual; desde la primer perspectiva, se hace énfasis en las

variables personales, utilizando métodos como la entrevista, el autoinforme y las escalas de apreciación. Desde la Medicina conductual, se toman en cuenta las variables moleculares (psicofisiológicas y conductuales) las cuales se registran mediante instrumentos, aparatos y la observación en situaciones controladas (Fernández, 1996, en Vega, 2002). Por otra parte, Roa (1995) menciona que el modelo utilizado en este campo es el biopsicosocial, el cual evalúa de manera general al paciente en sus tres dimensiones, biológica, personal y ambiental y el segundo modelo de evaluación es, la llamada multisistema de estrés y salud, que valora las fuentes de estrés, el afrontamiento y la adaptación del individuo, incluyendo la relación matrimonial, familiar y laboral, implicadas en este proceso. De esta forma, en la evaluación se recogen datos de cuatro fuentes de información: El individuo, sus allegados, los expertos y la procedente de aparatos e instrumentos específicos que permiten ampliar y detectar las múltiples respuestas del organismo y su contexto.

- **Promoción y mantenimiento de la salud:** Las intervenciones están orientadas a promover conductas de salud, activar mecanismos para que el paciente cambie y establezca contextos que mantengan la conducta modificada, que desarrollen habilidades y mantengan su estilo de vida; las técnicas que se utilizan con frecuencia son el condicionamiento operante, el reforzamiento, la reestructuración cognitiva, manejo de estrés, entrenamiento en biofeedback y manejo del tiempo (Sheridan y Radmacher, 1992).
- **Investigación:** Consiste en planear, diseñar y conducir estudios específicos sobre la incidencia y prevalencia de alguna enfermedad, hábitos y factores de riesgo. Lo cual permite evaluar los procedimientos empleados y así elaborar estrategias dirigidas a la prevención, tratamiento de las enfermedades y promoción de la salud (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000). Las principales contribuciones y tendencias de la investigación en Psicología de la Salud son (Salinas, 1995): a) estudios relacionados con conductas saludables. B) estudios del sistema de cuidado de salud, c) estudios sobre planeación y movilización de recursos de salud y d) estudios sobre reducción de amenazas a la salud.

- **Formulación de Políticas de salud:** el psicólogo interviene en esta área realizando investigaciones de salud pública y enviando propuestas a las instituciones gubernamentales, para implementar estrategias para prevenir diversas enfermedades como el SIDA (Vega, 2002).

Latorre y Beneit (1992) señalan que las distintas áreas de estudio y de aplicación de la psicología de la salud, se pueden resumir en los siguientes puntos:

- 1) Estudio de los comportamientos como factores de riesgo para la salud.
- 2) El mantenimiento de la salud se logra a través de la práctica de comportamientos inmunizadores.
- 3) Las cogniciones son un factor importante para la concepción salud-enfermedad y por lo tanto para lograr conductas saludables o no saludables.
- 4) La importancia de la comunicación con su médico especialista, con la familia, la toma de decisiones y la adherencia al tratamiento.
- 5) El medio ambiente en el que se produce el tratamiento incluyéndose las técnicas quirúrgicas y no quirúrgicas a las que los pacientes son sometidos.
- 6) El afrontamiento a la enfermedad, y en su caso, a la incapacidad.

Para finalizar este punto debe quedar claro que la labor del psicólogo no se circunscribe únicamente a sustituir comportamientos de riesgo por comportamientos preventivos, sino que además actúa como elemento clave en el tratamiento y rehabilitación de los problemas cuando éstos se han presentado.

1.4 Niveles de prevención en salud

Desde este planteamiento lo que interesa en el presente trabajo son las actividades relacionadas a la prevención de enfermedades y los problemas sociales que conllevan, a través de la promoción de comportamientos que favorezcan la salud, por ello es necesario exponer las principales características de la prevención en salud.

Fernández-Ríos (1994), menciona tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria.

1.4.1 Prevención Primaria

Las funciones del psicólogo de la salud están determinadas por las políticas vigentes en los sistemas de salud y por los niveles de atención que se incluyen dentro de dichos sistemas. Con respecto a la prevención primaria se puede mencionar que es el contacto inicial y directo entre los integrantes de la comunidad y el personal de salud. En este nivel se promueve la salud, se previenen los padecimientos superficiales y se controlan ciertos padecimientos crónicos. Su enfoque es integrador y sus características son (Negrete, 1998):

- **Problemática:** Se ocupa de la población sana, protegiendo y promoviendo la salud de problemas comunes y específicos de ciertas enfermedades crónicas.
- **Cobertura:** Atiende a los vecinos de un pequeño lugar, a comunidades determinadas o a familias específicas.
- **Funciones:** Están orientadas hacia la protección y fomento a la salud, al diagnóstico y al tratamiento oportuno de los padecimientos.

Mayor y Tortosa (1990, en Garduño, 1999) describen a la prevención primaria como el conjunto de acciones que se ejecutan antes de la aparición del problema que se trata de evitar, mediante el fortalecimiento de las condiciones positivas existentes. Goldstein (1977, en Fernández-Ríos, 1994) agrega que la prevención primaria también se enfoca a la identificación de grupos vulnerables de alto riesgo que no han sido etiquetados como

enfermos y que no están en contacto directo con un factor de riesgo, con el fin de evitar el comienzo de un trastorno. Y esto se logra a través de la planeación de acciones como la promoción del crecimiento sano de los individuos, incremento en la comprensión comunitaria y el conocimiento de recursos; incidir sobre las prácticas organizacionales, favorecer las coaliciones Inter-organizacionales ampliando el papel de los técnicos de salud.

Sin embargo, Catalano y Dooley (1982, en Fernández-Ríos, 1994) hacen una diferenciación relacionada a los conceptos anteriores. Mencionan que en la prevención primaria se distinguen la **proactiva** y la **reactiva**. La primera dirige estrategias de acción para prevenir la ocurrencia de factores de riesgo, haciendo referencia a demandas de adaptación a estresores que se originan en un microsistema y se amplían hacia el macrosistema, un ejemplo es educación en salud mental para parejas o personas que esperan tener un hijo, con el objetivo de que no se presenten prácticas familiares patológicas; es decir, se pretende que el individuo no esté en contacto con situaciones de riesgo.

Por lo que atañe a la **prevención reactiva** su objetivo es preparar al sujeto para reaccionar de forma efectiva ante una situación estresante, por ejemplo, la educación en habilidades para confrontarse de forma exitosa con una situación de divorcio; es decir se espera que el sujeto al estar en una situación de riesgo sepa afrontarla lo más efectivamente posible.

Por su parte Buela-Casal (1996) describe que en el nivel de prevención primaria la atención se dirige a los factores o condiciones del medio, tanto físico como humano, asociados a la aparición de determinados problemas, con el fin de modificarlas para que no sean causa de problemas futuros, de igual forma se trata de potenciar o fomentar diferentes recursos o conductas saludables que neutralizan la futura aparición de problemas.

Finalmente, Morales (1999, en Vega, 2002) sugiere que la prevención abarca tanto la primaria como la secundaria, ya que consiste en la reducción de factores de riesgo asociados a diversas enfermedades. Incluye programas dirigidos a personas que presentan conductas de alto riesgo como conductas sexuales de riesgo, abuso de sustancias, nutrición

inadecuada, entre otras. Por tal razón, algunas de las funciones del psicólogo de la salud son: la detección precoz de patrones conductuales que conducen a la enfermedad, el empleo de los principios de la modificación de la conducta para impedir el desarrollo de conductas dañinas o para establecer patrones de pensamiento y comportamiento preventivos adecuados a las necesidades de cada comunidad, los cuales se pueden aplicar por otros miembros del equipo de salud (trabajadores sociales, enfermeras o médicos).

En conclusión, la prevención primaria en términos de salud, tiene el objetivo de reducir los riesgos y la incidencia de enfermedad o trastornos, a través de la implementación de programas informativos, de capacitación y de presentación de alternativas estratégicas para intervenir terapéuticamente, para promover la creación de condiciones que reduzcan la incidencia y permanencia de la enfermedad o de conductas de riesgo, estimulando en los individuos cambio de actitudes, valores y comportamientos en las áreas afectiva, intelectual y de integración social (Garduño, 1999).

1.4.2 Prevención Secundaria

El segundo nivel se dirige a la detección temprana de casos o conductas de riesgo relacionadas con los diferentes trastornos o problemas, con el objetivo de modificarlas cuando aún los problemas se encuentran en una fase incipiente. Este nivel se identifica con servicios de consulta externa y hospitalización interna, donde se involucran, médicos generales, algunos especialistas y algunos técnicos especializados. Sus características son (Negrete, 1998):

- **Problemática:** Se ocupa de la población enferma que necesita cierta atención especializada.
- **Funciones:** Se orienta hacia el diagnóstico y tratamiento temprano para limitar el daño.

Caplan (1989, en Fernández-Ríos, 1994) conceptualiza la prevención secundaria como aquella que tiene como objetivo la reducción de la enfermedad haciendo descender la proporción de casos declarados al acortar su duración mediante el diagnóstico precoz y el tratamiento efectivo.

La prevención secundaria, es relevante una vez que la persona ha desarrollado una condición en la cual se tiene el riesgo de incrementar un daño, por ejemplo contraer una infección de transmisión sexual como en Virus de papiloma Humano, el cual puede evolucionar a cáncer cervical, lo que significa que el objetivo de la prevención secundaria es impedir el avance de la infección, a través de la estimulación de comportamientos relacionados con dicha patología; siendo sus contribuciones mas importantes la adherencia al tratamiento y la reorganización practica de los servicios de salud.

Jáuregui (1998) sugiere considerar a la prevención secundaria simplemente como una etapa de intervención. En conclusión la prevención secundaria trata de reducir la prevalencia de las enfermedades.

1.4.3 Prevención Terciaria

Por último, dentro de un programa de prevención terciaria el énfasis se da en la prevención de recaídas a través de programas y estrategias terapéuticas conducentes a tal fin.

Por lo que se refiere a la prevención terciaria, Caplan (1989, en Fernández-Ríos, 1994) argumenta que ésta pretende reducir la proporción de funcionamiento defectuoso debido a trastornos, al actuar mediante la rehabilitación de los pacientes para devolverles su máxima capacidad productiva. Negrete (1998) agrega que la prevención terciaria, se identifica con la atención médica especializada y con aquellos problemas de salud que requieren solución quirúrgica o la participación de servicios altamente tecnificados, sus características son las siguientes:

- **Problemática:** se ocupa de la población enferma, con problemas de salud poco frecuentes.
- **Funciones:** Son fundamentalmente la curación y la rehabilitación.

Sin embargo, también ha sido considerada como una etapa de tratamiento de rehabilitación más que de prevención, incluso en la actualidad ya no se utiliza con frecuencia el término: prevención terciaria. Roa (1995) agrega que el tratamiento se compone de diversas técnicas terapéuticas dirigidas a las personas ya enfermas, estas técnicas son principalmente de corte conductual y se dividen en seis áreas:

1. Tratamientos alternativos no farmacológicos, que incluyen enfermedades que pueden ser aliviadas sin fármacos como la migraña.
2. Tratamiento psicológico como intervención primaria, que inicia cuando generalmente los tratamientos médicos tradicionales no funcionan.
3. Tratamiento psicológico auxiliar, que se aplica cuando los trastornos se agravan por factores psicológicos como el estrés.
4. Afrontamiento a procedimientos médicos invasivos, como la quimioterapia, trasplantes de médula, etc.
5. Adaptación a enfermedades crónicas, aquí las intervenciones incluyen estrategias para el manejo del dolor y estrés, adquisición de conductas de adaptación y afrontamiento así como modificación del estilo de vida, donde principalmente se utilizan técnicas como el manejo de contingencias, desensibilización sistemática, autoverbalizaciones, entrenamiento en habilidades sociales, entre otras.
6. El cumplimiento, en donde se aplican estrategias encaminadas a que los pacientes se adhieran a los diversos tratamientos farmacológicos.

Es importante mencionar que hay una gran diferencia en que la gente esté informada sobre conductas no saludables a que se apropien de ella y lo lleven a cabo. Por tanto, los psicólogos de la salud como especialistas del comportamiento humano, han puesto atención en la prevención de conductas potencialmente dañinas a la salud y en la promoción de comportamientos que conduzcan al bienestar (Roa, 1995).

Por ello, las actividades preventivas en salud mental comprenden la promoción, educación, detección y manejo oportuno de casos. La promoción se refiere al fomento y mantenimiento de la participación de las personas dentro del grupo social, para realizar

tareas colectivas en beneficio de la salud individual y de grupo y se detectan a través de consultas médicas, donde se evalúan funciones cognitivas, afectivas y de relación a través de instrumentos psicológicos pertinentes. Cabe mencionar que en México se le ha dado mas importancia al segundo y tercer nivel, olvidándose de la base y aunque todos los niveles tienen igual importancia en el panorama general de la salud de las comunidades, se debe enfatizar que la piedra angular para mejorar las condiciones de salud es la atención primaria (Negrete, 1998).

1.5 Comportamiento y prevención de problemas sociales en el ámbito de la salud.

La enfermedad es inherente a la existencia humana y cuando ésta ocurre, las personas se lamentan por no haber adoptado más o mejores estrategias de cuidado, es decir de prevención de la enfermedad, para ello es necesario realizar modificaciones en pautas comportamentales e ideológicas, que en muchas ocasiones se encuentran muy arraigadas en la cultura de las personas.

Si consideramos que la salud es el equilibrio y la armonía de todas las posibilidades de la persona a nivel biológico, psicológico y social, este equilibrio exige, por una parte, la satisfacción de las necesidades fundamentales de los seres humanos, como las afectivas, nutricionales, sanitarias, educativas y sociales; y por otra, una adaptación permanente del hombre a un ambiente en constante cambio (Díaz, 2001).

Todo ello conlleva a acciones en el ámbito comportamental de todos los individuos, dado que somos nosotros los que propiciamos las condiciones necesarias para cubrir estas necesidades o destruirlas, entonces desde este cambio social se puede prevenir y promover la salud.

De esta manera, el cambio social surge como una demanda de la misma sociedad, sin embargo para lograrlo es necesario cambiar desde sus estructuras básicas. Según Moore (1971, en Díaz, 2001) el cambio social es la alteración apreciable de las estructuras sociales patrones o pautas de acción conductual de los individuos en sociedad, incluidas las

consecuencias y manifestaciones de esas estructuras que se hallan incorporadas a las normas (reglas de comportamiento), a los valores, productos y símbolos culturales.

Una de las herramientas que la psicología de la salud incorpora en dichas necesidades sociales, es la prevención, enfatizando que es un cambio que sólo se puede llevar a cabo a través de la planeación. Según Lippitt (1970, en Díaz, 2001) un cambio social planificado se conceptualiza como aquel que nace a partir de una decisión enfocada al esfuerzo para mejorar el sistema con ayuda de un agente exterior; éste se representa a través de programas dirigidos a la prevención de la enfermedad mediante la promoción de la salud, con una intervención conscientemente guiada de manera que modifique el sistema actuando sobre los factores que influyen negativamente en la salud de los individuos y en su estilo de vida a nivel personal y comunitario. Toda prevención tiene que hacer énfasis tanto en el individuo como en el clima social y cultural en el que se vive.

Por ello, al hablar de prevención se habla de conductas preventivas, porque probablemente el individuo que no hace prevención no promueve su salud individual ni comunitaria. Díaz (2001) hace referencia a que la prevención está básicamente enfocada a conductas y estilos de vida, aquí los factores cognitivos-motivacionales, las emociones, la tensión psicológica crónica, etcétera, influyen directa o indirectamente sobre las posibilidades de promoción de la salud a nivel social.

Además, es necesario fomentar estrategias de cambio a través de la participación comunitaria para la realización de la unidad y cohesión de grupo. Miller (1968, en Díaz, 2001) reconoce que las dificultades y problemas psicológicos de los individuos disminuyen cuando se involucran en algún compromiso, actividad o movimiento social, por lo anterior en cuestiones de salud tal vez puedan ser solucionados con mayor eficacia en grupo que individualmente (Varela, 1971, en Fernández-Ríos, 1994).

Cuando se afirma que en cierta medida la prevención atiende las dimensiones del comportamiento, se pone de manifiesto que en múltiples ocasiones importa más lo que el individuo hace que lo que siente. Por ejemplo, si el individuo se siente incómodo por no fumar, se aburre en una autopista por no circular a una elevada velocidad, se enfada por no

consumir alta cantidad de alcohol o se rompe su ritmo de vida por hacer ejercicio; es decir le resulta incómodo o molesto prevenir y salvaguardar su salud (Amigo, Fernández y Pérez 1998).

Así, los hábitos adquiridos tempranamente plantean grandes costes en su ejercicio posterior ya que en su implantación van a influir los hábitos que ya existen en la cultura, la clase social, tipo de familia y también están relacionados con el momento histórico y las modas. Cuando hábitos saludables no se adquieren en edades tempranas, aparecen dificultades en las edades adultas (Amigo, Fernández y Pérez 1998).

El prevenir la enfermedad, en muchas ocasiones conlleva la reducción de conductas que tienen consecuencias agradables inmediatas y la aparición de otras que suponen un esfuerzo. Es decir, muchas de las conductas que pueden ser perniciosas para la salud, como las prácticas sexuales poco seguras, casi siempre implican una gratificación inmediata que en su momento se refuerza positivamente, los hábitos de salud por el contrario, suponen una demora de esa gratificación, por lo que cuando ambos tipos de conducta entran en controversia, se reduce la posibilidad de llevar a cabo conductas saludables (Amigo, Fernández y Pérez 1998).

Por ello, en la toma de decisión ante comportamientos de riesgo, hay un elemento clave denominado “percepción de riesgo” (Becker, 1974, en Buéla-Casal, 1996). Por ejemplo, en las primeras experiencias sexuales es poco frecuente que una primera relación sea prometida y preparada de antemano, de forma que se disponga de medidas preventivas para el embarazo o infecciones de transmisión sexual. Los jóvenes tienen normalmente información suficiente, pero a medida que la posibilidad de aparición de un intercambio sexual aumenta, no se piensa o no se cree que exista riesgo en esa situación en concreto, la otra persona es joven, frecuentemente conocida y “es seguro que está sana”, pero si la persona no es conocida “por una vez no voy a tener tan mala suerte”. Como se puede ver, en un instante toda la información deja de ser eficaz, por este motivo se hace necesario que se prevenga desde la modificación de la percepción de riesgo. La percepción de riesgo

mantiene una estrecha relación con la teoría sobre la percepción de control y sus aplicaciones sobre actitudes y comportamientos (Buela-Casal, 1996).

Desde este punto de vista, habría que plantearse si es suficiente que el sujeto haga o emita conductas de prevención de enfermedad independientemente de lo que piense o sienta. Ya que en este caso, para algunas personas la prevención implica comportarse de una manera y esto provoca cuestionar la amenaza hacia su libre albedrío. Por ello el sujeto se justifica, se autoengaña aún sabiendo que fumar, consumir alcohol en exceso o drogas, etcétera, son perjudiciales para su salud y sin embargo emiten esta patología conductual. Incluso se lleva una dieta sana por determinados cánones de belleza, no porque exista una motivación para mejorar la salud (Fernández-Ríos, 1994).

Partiendo de lo anterior es posible afirmar que el estilo de vida afecta la salud y el sentido de bienestar provocando que los hábitos, la actitud, las conductas y las estrategias de enfrentamiento, originen enfermedades crónicas, infecciones de transmisión sexual, accidentes o lesiones.

Amigo, Fernández y Pérez (1998) mencionan que en el momento en que aparecen algunos síntomas inesperados, muchas personas deciden iniciar un cambio en ciertas conductas de salud. Los síntomas son una señal de un problema biológico y los cambios que se producen en las conductas de salud constituyen una manera de disminuir el riesgo percibido. Sin embargo, las influencias de estos síntomas suelen ser transitorias, de hecho los individuos suelen retomar hábitos no saludables una vez que ha cesado el síntoma. Además, los estados emocionales también pueden modificar notablemente las conductas de salud. Así por ejemplo, situaciones de ansiedad o aburrimiento, suelen ser desencadenantes de conductas dañinas.

El individuo, al no encontrar un catalizador de placer en su propia vida en interacción con su entorno, provoca en sí emociones que lo llevan a buscar situaciones que obedezcan a conductas que le provoquen una gratificación inmediata. En realidad, la mayoría de los individuos son capaces de describir multitud de conductas relacionadas con la salud,

porque poseen el conocimiento necesario para saber lo que le puede afectar positiva o negativamente, sin embargo ello no asegura que se practiquen, pues son muchos los factores que influyen sobre las prácticas de salud de la gente. Destacan tres tipos: biomédicos, psicológicos y sociales. En los primeros existen diferencias entre los individuos por las variaciones posibles en cuanto a los distintos procesos fisiológicos, por ejemplo: la exposición a microorganismos puede generar de modo frecuente que ciertas personas se encuentren más enfermas o débiles. Sin embargo, los factores sociales y psicológicos están siempre presentes en las prácticas habituales de salud, las cuales dependen de lo que las personas por ellas mismas pueden hacer por y para su salud. Pero a pesar de que la mayoría de las personas saben que la práctica de conductas saludables reduce sustancialmente el riesgo de una enfermedad o la muerte prematura, muchas personas no lo llevan a cabo por diferentes motivos, como lo es el placer inmediato que brindan a menudo las conductas menos saludables (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

Por otra parte, se menciona que el comportamiento humano sería erróneo reducirlo a una relación psíquica o fisiológica ya que depende de los condicionamientos biológicos psíquicos, culturales, socioeconómicos e históricos. Pues aunque los riesgos para la salud están en el ambiente social, también el comportamiento de las personas favorece, directa o indirectamente la exposición a riesgos elevados de enfermar o morir. Desde este punto de vista, los factores físicos que incluyen la herencia y la constitución biológica, pueden originar una mayor o menor predisposición a la enfermedad, sin embargo, los factores psicológicos son los más numerosos y de entre los más investigados con relación a su influencia sobre la salud, cabe destacar el conocimiento y las creencias de los individuos acerca de su salud, el valor que le dan, las actitudes hacia los comportamientos negativos o positivos, el grado en que se siente responsable del control de su propia salud, la autoestima y el autoconcepto así como los rasgos depresivos y el estrés (Buela-Casal, 1996). La autoeficacia, el sentimiento de competencia, la percepción real o ilusoria de control (Ríos, 2005) además de la educación con referente a lo permitido o prohibido del rol asignado y del cual se apropia y juega cada individuo dentro de su contexto cultural.

De acuerdo a lo anterior, Greene (1998) menciona un modelo basado en las creencias, el cual busca reducir la confusión de asuntos que podrían afectar nuestra decisión para llevar a cabo una acción de salud en particular a un grupo tratable de factores prioritarios, donde las cosas reales y los eventos reales no tienen efecto sobre las decisiones. Más bien es la forma de percibir estos eventos lo que importa. Muchos factores ocasionan modificaciones únicas en este proceso de percepción.

Cada creencia, por tanto, consiste en dos componentes: un elemento cognoscitivo (por ejemplo lo que podría suceder), y un componente afectivo (por ejemplo que tan importantes son las consecuencias o beneficios). Finalmente las barreras percibidas también pueden ocasionar que el individuo considere que dejar de comportarse dañinamente es difícil, molesto, aburrido, etcétera (Greene, 1998).

Sin embargo, no hay que olvidar que existen otros determinantes externos que pueden motivar a que los sujetos tengan limitadas alternativas para construir un bienestar en su salud. En este sentido Vargas (1993) describe factores **Médicos**, los cuales se constituyen por las normas del sistema de salud, calidad de los servicios, características de las instalaciones médicas, disponibilidad de la participación del personal médico, etcétera; **Ecológicos**: contaminación, degradación ambiental, medidas de protección al medio ambiente; **Demográficos**: ritmo del crecimiento del país, distribución de la población rural y urbana, migración, políticas de planeación familiar, características genéticas y geográficas; **Sociales**: analfabetismo, escolaridad, planes de salud, calidad de la vivienda, calidad de la nutrición, seguridad social; **Económicos**: nivel económico, distribución del ingreso nacional, programas de mejoría económica; **Geográficos**: clima, comunicaciones, recursos naturales, disponibilidad de energía eléctrica, disponibilidad de agua potable. En cuanto a los factores que afectan de una manera más directa se describen los genéticos y la herencia; **Ambientales**: contaminación del agua, suelos, alimentos, atmósfera; **Culturales**: reglas, la permisividad, prohibiciones, hábitos, comportamiento, actitud, etcétera. Cada uno de los distintos factores influyen en cierto grado y de diferente forma sobre la conducta, estos factores pueden proveer racionalidad, motivación o por el contrario irracionalidad en la conducta.

No cabe duda que estos aspectos afectan la posibilidad de acceder a determinados recursos sanitarios y a una mayor información sobre salud. Así, la cultura de una sociedad puede fomentar estilos de vida concretos e incidir en la adecuación o inadecuación de las prácticas de salud. Y de la misma forma la influencia del grupo de regencia (familiar o compañeros), factor que sin duda influye en las conductas de salud de los individuos (Vargas, 1993).

En resumen, Vargas (2002) menciona que la psicología de la salud es el área tecnológica de la Psicología que se encarga del estudio del comportamiento individual y su relación con la salud biológica y bienestar social, enfocándose al ámbito preventivo y de la promoción de la salud. Sus funciones y actividades se dirigen a la investigación, prevención de la enfermedad, planeación, intervención y rehabilitación. Ubicándose en centros asistenciales, clínicas y hospitales así como instituciones de enseñanza superior, realizando funciones de docencia e investigación. Trabaja a partir de los tres niveles de prevención, sin embargo sus mayores contribuciones se han llevado a cabo a partir de la prevención primaria, la cual se refiere a identificar grupos vulnerables de alto riesgo que no han sido etiquetados como enfermos, dirigiendo estrategias de acción para prevenir la ocurrencia de factores de riesgo. Cuando participa a nivel secundario, se debe a que ya ha iniciado la enfermedad y se enfoca a reducir la prevalencia de ésta a través de la modificación de la conducta de riesgo. En algunos casos interviene a nivel terciario, apoyando en el área de rehabilitación.

Por ello, la psicología de la salud parte de la premisa de que el estilo de vida afecta la salud y el sentido de bienestar, provocando que los hábitos, la actitud, las conductas y las estrategias de enfrentamiento, originen enfermedades crónicas, infecciones de transmisión sexual, accidentes o lesiones. Sin embargo, existen factores externos que pueden motivar a que los sujetos tengan limitadas alternativas para construir un bienestar en su salud, algunos factores son: médicos, ecológicos, sociales, demográficos, económicos, geográficos, ambientales, biológicos, culturales, etcétera. De esta manera, la cultura de prevención de una sociedad puede fomentar estilos de vida concretos e incidir en las prácticas de salud de los individuos. Queda claro, que de este campo se encarga la psicología, creando el concepto y área de aplicación de la psicología de la salud.

CAPÍTULO 2. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y POBLACIÓN VULNERABLE EN MÉXICO

Recientemente la mayoría de los países del mundo han estado creciendo a un ritmo acelerado, por lo que se puede considerar que la población del mundo es sustancialmente joven: El 50% de la población mundial es menor de 25 años y el 19% se encuentra en edad adolescente. Estos datos revelan problemas de desigualdad interna dentro de los países en desarrollo, incluyendo América Latina y por supuesto México, donde los bajos ingresos económicos paralelos a indicadores sociales son alarmantes: analfabetismo, decadente calidad de vida, mortalidad infantil, insuficiente acceso a servicios de salud, falta de planeación familiar entre otras; situación que en la mayoría de los países deposita en la juventud las consecuencias de la falta de estos servicios (Lazo, 1995).

Por otro lado, las políticas discriminatorias que toman como punto de partida la edad o estado civil para brindar algún servicio de salud sexual, propician altos niveles de embarazo precoz y peor aún, las consecuencias de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en las mujeres, en particular las adolescentes (Mayén, 1997).

2.1 Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) constituyen un grupo de más de 20 tipos diferentes, entre las más frecuentes y peligrosas se encuentran: la gonorrea, la sífilis, la Clamydia, el Herpes genital, el VIH/SIDA y el Virus de Papiloma Humano (VPH). Éstas se contraen al tener relaciones sexuales con una persona infectada, originando daños en el pene, vagina, boca y ano, principalmente. Además, diferentes ITS entran al cuerpo en diferentes formas, puede ser a través de fluidos corporales como la sangre, el semen y las secreciones vaginales (por ejemplo el VIH/sida) algunas otras se contagian, es decir, al tener contacto piel con piel con alguna persona infectada (por ejemplo herpes y Virus de papiloma humano).

La mayoría de las ITS pueden curarse si se tratan a tiempo con un tratamiento adecuado, de no ser así, pueden ocasionar complicaciones importantes como la infertilidad, además de que una mujer embarazada infectada puede contagiar a su bebé provocando malformaciones. Cabe mencionar que el Herpes, el VPH y el VIH no son curables, sin embargo existen tratamientos que pueden reducir sus síntomas y controlar la expansión del virus a otras zonas del tracto genital.

Es importante mencionar que cualquier persona con vida sexual activa corre el riesgo de ser infectado, sin importar su edad, sexo u orientación sexual, si es que lleva a cabo prácticas sexuales de riesgo, por ejemplo (Secretaría de Salud, 2002- A):

- No usar condón al tener relaciones sexuales vaginales, orales o anales.
- Tener relaciones sexuales sin protección con alguien que presente llagas o heridas abiertas en vagina, pene, ano o boca.

Muchas ITS no presentan síntomas y aun así pueden transmitirse de una persona a otra y provocar el mismo daño.

Los síntomas de algunas infecciones que se llegan a presentar tanto en hombres como en mujeres son:

- Ardor o dolor al orinar
- Secreción u olor extraños en la vagina o pene
- Escoriaciones, ampollas, irritación, hinchazón o crecimientos de pequeños bultos alrededor de los genitales (que pueden doler o no)
- Dolor al tener relaciones sexuales
- Úlceras en los genitales.

Al presentar alguno de estos síntomas es importante acudir al médico a realizarse un examen de exploración. Además las personas pueden llevar a cabo conductas sexuales saludables, que reduzcan el riesgo de contraer alguna ITS, por ejemplo:

- Tener relaciones sexuales con una sola persona y que no esté infectada.
- Usar condón (masculino o femenino) cada vez que se tiene una relación sexual.
- Llevar a cabo la prueba de detección oportuna por lo menos una vez al año (Papanicolaou).

Para cerrar este apartado, cabe mencionar que hace poco las ITS llamaron la atención de clínicos, investigadores y de aquellos que formulan las políticas de salud pública. En primer lugar debido a las grandes complicaciones que pueden derivarse de éstas y en segundo porque estos padecimientos se están incrementando de manera alarmante, principalmente en los países en desarrollo como México y otros países de América Latina y el Caribe sobretodo en los grupos sociales más desfavorecidos como los adolescentes y las mujeres (Langer, Tolbert y Romero, 2000).

2.2 Adolescencia, salud sexual y problemática social

La adolescencia constituye en nuestros tiempos un periodo de la vida, en el que con mayor intensidad, se aprecia la interacción de las tendencias del individuo y las metas socialmente disponibles (Reyes, 2004). De esta manera la palabra adolescencia la utilizamos en algunas ocasiones para referirnos a sexualidad, y en otras para referirnos a una etapa de crisis y adicciones, sin embargo nos olvidamos de hablar de cambio, transformación, necesidades, ideales, de sociedad o de una etapa de **riesgos** (Reyes, 2004). La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002, en Billings, Rosas y Gasman, 2004) define a la adolescencia como un periodo de transición entre la etapa infantil y la juventud que se ubica entre los 10 y 19 años de edad. Esta etapa del desarrollo humano comprende una serie de cambios biológicos y corporales, que implican inicialmente el desarrollo de los caracteres secundarios (pubertad) y el pleno desarrollo de la capacidad reproductiva, así como notorias transformaciones psicológicas y sociales marcadas por el abandono del cuerpo, la necesidad de separación de padres y madres (o de figuras similares), el inicio de las relaciones sexuales y un proyecto de vida propios que los preparan para la juventud y la vida adulta, la cual puede estar influida por el contexto social, cultural y económico en el que se

desenvuelven las personas de estas edades, lo que puede ocasionar que la vivencia de la adolescencia sea diferente de un individuo a otro (Billings, Rosas y Gasman, 2004).

En la adolescencia se hace necesario postergar la descarga de tensiones y la satisfacción inmediata de necesidades hasta encontrar el momento oportuno. Se produce así una acumulación de tensiones provenientes de las demandas propias del desarrollo sexual, a las que cada cultura se agrega la facilitación o prohibición y vigilancia para obtener satisfacción de dichas necesidades. Además, es en esta etapa cuando se determina la necesidad de encontrar otra persona para obtener la satisfacción de sus deseos (Mayén, 1997).

Cabe mencionar que la participación de los adultos en esta etapa no es precisamente la que más favorece la realidad de los adolescentes. Porque se tiende a controlar la expresión del impulso sexual de los adolescentes. Algunos adolescentes, ante su impulso sexual y frente a una sociedad que tiene doble moral en este aspecto, deciden liberar la tensión sexual mediante la masturbación, o en el caso de los hombres, se verán sometidos a la descarga en los sueños eróticos húmedos y en las mujeres mediante fantasías y orgasmos durante el sueño cuando han decidido abstenerse del acto sexual, por la idea de que la virginidad debiera perderla en el matrimonio; otros buscarán o serán orillados a tener experiencias con prostitutas; otros buscarán excitación por medio de la pornografía. Estas experiencias, debido a la cultura, muchas veces conllevan a cargar sobre sus hombros culpas y vergüenzas en autoerotismo (Mayén, 1997).

Chapela (2000) reconoce que durante la adolescencia se presenta esa curiosidad por explorar su cuerpo, se miran, se tocan, se miden, se comparan y quieren saber de qué son capaces y analizan su anatomía, sentimientos y deseos eróticos. Como tal, la sexualidad puede ser fuente de ansiedad moral y confusión, debido a las fuertes emociones que se despiertan, a la variedad de necesidades, sentimientos, debates, deseos y conceptos que se autoformulan.

Incluso son los medios de comunicación los que propagan mensajes hipereróticos, reforzando información errónea o distorsionada (mujeres insaciables, cuerpos poco comunes, penes de tamaños exagerados, eyaculaciones de litros, etcétera) que se dan en situaciones ficticias. Casi siempre con el fin de comerciar se instiga al adolescente al consumismo del sexo, seduciéndolo a través de algo que la sociedad esconde y es incapaz de asumir: la educación para el erotismo, para la sexualidad, para la salud sexual y dentro de ésta la educación para la prevención.

La Secretaria de Salud (2002-B) menciona algunas expresiones sexuales que se dan durante la etapa de la adolescencia:

✚ **Abstinencia**, cuando las personas deciden no realizar ninguna actividad sexual ni autoerótica. No se sabe con exactitud el número de personas que se abstienen de toda conducta sexual, pero se relaciona con lo que es socialmente aceptado para hombres y para mujeres. Socialmente para las mujeres puede significar que son capaces de controlarse y renunciar al deseo, antes de casarse podría significar un “orgullo”. Para los varones la abstinencia pone en duda su virilidad, viéndose obligados a decir que ya tienen vida sexual activa aunque no sea verdad. Es normal que aquellas personas que practican la abstinencia sexual canalicen su impulso sexual a través de los llamados sueños húmedos: eyaculaciones nocturnas o lubricaciones vaginales.

✚ **La masturbación**, es la manipulación de los genitales con el fin de sentir placer. Socialmente, es más aceptada en los hombres que en las mujeres, pues se cree equivocadamente que los hombres tienen un mayor deseo sexual. Es poco frecuente que las mujeres comenten acerca de esta experiencia. En esta etapa de la adolescencia la masturbación ayuda a redescubrir el cuerpo y sus sensaciones placenteras, no causa daño físico ni mental, y cada adolescente definirá la frecuencia y la circunstancia de la práctica.

- ✚ **Las caricias sexuales**, son experiencias sexuales compartidas sin llegar a la relación coital, abarcan besos, abrazos, tocamientos y masajes con fines eróticos.

- ✚ **Las relaciones sexuales (coitales)**, son otra forma de expresar la sexualidad y consisten en intercambiar caricias con el fin de llegar al coito, permiten el intercambio de placer, amor, sentimientos, afectos y comunicación.

Es en esta etapa cuando el proceso de construcción de identidad se encuentra atravesado por el desarrollo de la sexualidad, la cual está normada socialmente y diferenciada para mujeres y hombres. La masculinidad y la feminidad son el resultado de una producción histórica y cultural. Por ejemplo, en algunas culturas existen rituales de "paso", como son las demostraciones de virilidad (por ejemplo, tener la primera relación sexual con una trabajadora sexual) o de feminidad (por ejemplo, demostrar su capacidad de ser madre para reafirmar su identidad femenina). En los varones se genera una lucha constante para demostrar a los demás y a sí mismo que no es vulnerable como una mujer, sino que es intrépido, comprometiendo en muchas ocasiones su bienestar personal y su vida. Aunque signifique tener una primer experiencia sexual forzada y desagradable (Secretaria de Salud, 2002-A).

En el estudio llevado a cabo por Ortiz-Ortega, Rivas, Huerta, Salazar y Gómez (2005) en las comunidades de Puebla, Sonora y la Cd. de México, se encontró que adultos mayores, adultos y jóvenes coinciden en mencionar que fue durante la secundaria, alrededor de los 15 y 18 años, cuando tuvieron su primer relación coital, con amigas, novias o vecinas, generalmente de mayor edad e incentivados por ellas, quienes indujeron el encuentro. Para quienes se iniciaron con sexo servidoras ocurrió debido la influencia y presión de amistades y familiares. Las experiencias oscilaron entre agradables, necesarias, obligadas y dolorosas ya que el ritual de pasaje a la sexualidad estuvo marcado por el tipo de mujer con el que tuvieron la primera relación sexual y de quienes recibieron diferentes tipos de tratos. Algunos testimonios al respecto son los siguientes:

“esa sí fue una experiencia traumática, yo estaba en la secundaria y un amigo que sabe donde hay chicas nos dijo que podíamos ir a verlas, pagarles y tener sexo, y me dije – en la torre, cómo me voy a quedar atrás de mi compañero- .Tuve esa experiencia y no me gusto nada...no le prestan a uno cariño. Para ellas el tiempo es dinero, me estaba desabrochando el zapato y ya me estaba diciendo –órale, rápido, apúrate-. Yo estaba bien nervioso, hasta que concluyo el acto. Fue para mi un despertar muy feo sobre el sexo” (Hombre urbano, 45 años, grupo el molinito, ciudad de México).

“La primer experiencia no amorosa, sino sexual, es por influencia de los demás. La verdad a mi si me gusto con la persona que me tocó. Para nosotros era como un desahogo” (Hombre urbano, 60 años, grupo el molinito, ciudad de México).

El proceso de estructuración de la identidad de género es complejo porque en ella intervienen factores psíquicos y sociales, que originan en el adolescente formas específicas de percepción y de ser. De tal manera, la identidad de género es el resultado de una inscripción social en los individuos (UNFPA, 2005).

Por ello, el orden social enmarca las reglas de lo femenino y lo masculino, la percepción de hombres y mujeres en cuanto a la sexualidad son el resultado de mitos, creencias y experiencias propias de cada sexo (Secretaria de Salud, 2002-A).

En algunos estudios hechos en México, han encontrado que aún continúa el estigma de la mujer que ha tenido relaciones sexuales como una “mujer sucia o mala”. Los varones por su parte sufren el control social de otra manera: a ellos se les alienta a tener relaciones sexuales con diversas mujeres, incluso se duda de su masculinidad cuando no las han tenido (Secretaria de Salud, 2002-B).

Además, la expresión de sus aventuras sexuales parece ser más fácil para los hombres, porque ellos pueden hablar de éstas con sus amigos y compañeros, sin que su imagen se vea expuesta, situación que no sucede cuando se trata de mujeres. Incluso se encontró que a las chicas se les dificulta llevar condones en su bolso. Así mismo la sexualidad femenina se

sigue ligando a la reproducción y es aceptada dentro del matrimonio; el placer no se concibe como tal por las mujeres y se considera exclusivo del varón. Para ellas, la relación de noviazgo se centra exclusivamente en la ternura y el romanticismo, permitiendo que el sentir de su cuerpo, que opacado por las normas sociales ya establecidas, pareciera ser propiedad de otros; por lo tanto, la virginidad de la novia significa para los varones una garantía de exclusividad que confirma la posibilidad de demostrar su virilidad. Ser el “primero” en la vida sexual de una mujer afirma su masculinidad (Secretaria de Salud, 2002-B).

De ahí que no sorprende saber que los hombres tengan etiquetadas a dos tipos de mujeres: la “mujer decente”, identificada como tierna, inocente, limpia, con la pueden casarse: y la “mujer fácil”, son aquellas que les producen desconfianza y se les considera sucias porque expresan sus deseos, con ellas pueden tener aventuras sexuales sin ningún compromiso. Los varones pueden acceder a ambas: mientras su relación con la chica “decente” les permite priorizar aspectos morales, el encuentro con una chica “fácil” confirma su rol de conquistador (Secretaria de Salud, 2002-A). De hecho los varones declaran que tienen relaciones sexuales con parejas ocasionales, sin intenciones serias, mientras que el 90% de las jóvenes declaran que han iniciado su vida sexual con su pareja con intenciones de unión o matrimonio, esto demuestra que los varones pueden ejercitar su sexualidad sin pensar necesariamente en casarse; en cambio la sexualidad de las mujeres está más asociada al matrimonio y la procreación (Secretaria de Salud, 2002-B).

Las y los adolescentes tienen la capacidad de amar y de desear de igual manera; sin embargo las diferencias se dan a partir de lo socialmente establecido, pero es importante reconocer que estos roles están cambiando de manera gradual, pues los varones comienzan a considerar el afecto y los sentimientos para llevar a cabo una relación sexual, incluso cada vez, mas mujeres expresan su necesidad de sentir placer sin relacionarlo necesariamente al matrimonio o a la reproducción (Secretaria de Salud, 2002-A).

Y para estas experiencias sexuales los y las adolescentes deben estar preparados para responder de manera responsable a las ventajas y desventajas de iniciar su vida sexual,

porque los adolescentes de hoy demandan respuestas que los adultos muchas veces no satisfacen, a veces por ignorancia, a veces por el temor de que asuman su sexualidad y la vivan con autodeterminación y libertad, de tal manera que tampoco se les enseña a asumirla de manera responsable, de lo cual devienen por sí mismos los problemas sociales. Exponiéndose a vivir una sexualidad de riesgos, de embarazos tempranos, maternidad y paternidad prematura, matrimonios forzados, que muchas veces terminan en divorcio, abortos, infecciones de transmisión sexual, SIDA, machismo, abuso sexual, violencia intrafamiliar, entre otras, debido principalmente al inicio de una vida sexual activa a edades muy tempranas (Aguilar, 1994).

Las estadísticas muestran que las adolescentes mexicanas inician su primera relación sexual en promedio a los 15.3 años y los hombres a los 15.2 años de edad. En Costa Rica el 18.1% de la población inicia su vida sexual a los 15 años, en Brasil el 20.1% y en Jamaica el 55.4%. Lo cual significa que el inicio precoz de vida sexual sin protección eleva la cantidad de jóvenes que presentan infecciones de transmisión sexual (Rizo, 1989).

Esto se hace evidente en las estadísticas, ya que la Organización Mundial de la Salud a través del reporte de la Dirección General de Epidemiología de marzo de 1996, registró 250 millones de casos nuevos que presentan una ITS, de los cuales la mayor incidencia ocurre entre los jóvenes de 20 a 24 años, seguidos del grupo de 15 a 19 años y después por el grupo de 26 a 29 años de edad (Castelazo, 1997, en Reyes, 2004). En México, en el año 2000 se reportaron un total de 506, 119 casos nuevos reportados, mención necesaria al aumento del Virus de Papiloma Humano en mujeres jóvenes menores a 20 años de edad, infección asociada al desarrollo de cáncer cervicouterino, el cual provoca millones de muertes (Reyes, 2004). Sin embargo debe quedar claro que estas cifras no son exactas si consideramos que en nuestra cultura las ITS son consideradas como “secretas” y a la sexualidad como algo “sucio” y éstas se reportan sólo cuando no hay otra opción debido a la gravedad del malestar, esta situación impide hacer estadísticas confiables (Reyes, 2004).

Se ha investigado la razón por la cual los jóvenes se **inician sexualmente a temprana edad** en México, América Latina y el Caribe, algunos factores son (Rizo, 1989):

a) La maduración sexual se presenta en las adolescentes a edades cada vez más tempranas. Es común que en la actualidad experimenten la menarquia entre los 10.5 y los 14 años de edad:

b)) El aumento en los fenómenos de urbanización, hacinamiento en núcleos urbanos, mayor facilidad en el transporte, ruptura de los patrones tradicionales en la familia

c) La disponibilidad de tiempo libre con muy escaso aprovechamiento de actividades creativas o de recreación

d) La ausencia casi total de programas que permitan que el adolescente se informe, entienda y reflexione sobre las ITS y busque tratamiento oportuno y adecuado

e) Manipulación de la sexualidad por parte de los medios de comunicación dirigidos a la juventud

f) Las creencias y tabúes sobre aspectos de la vida sexual y sobre la prevención y el tratamiento de las ITS, la consulta a destiempo, el uso de remedios caseros, la falta de percepción de riesgo.

Otro factor aun de mayor importancia y que se encuentra estancado de manera general en todo el mundo es **la pobreza y las desigualdades sociales:**

En primer lugar, la población adolescente está conformada por ambos sexos, con distintas orientaciones sexuales, unidos o casados, solteros o separados; habitan las ciudades o sus alrededores, pertenecen a comunidades étnicas diversas, algunos estudian, otros sólo trabajan y un gran grupo no estudia ni trabaja, sin embargo existe un común denominador que es la llamada *desigualdad por generación*, es decir, aquella falta de poder debido a la

edad en la que se encuentran, situación que fortalece su exclusión social. México y Brasil son los países de Latinoamérica que concentran el mayor número de adolescentes y la mayor proporción de adolescentes viviendo en extrema pobreza. Esto genera condiciones para una carencia de capacidades,- sobre todo aquellas que competen al ámbito educativo (desarrollo cognitivo, desarrollo de destrezas para la vida, etcétera) con lo cual se reducen las posibilidades de inserción en el mercado laboral (Badcock-Walters y Gôrgens 2004, en UNFPA, 2005).

Debido a condiciones socio-económicas y políticas, una buena proporción de los jóvenes pobres se ven obligados a migrar en busca de mejores condiciones de empleo. En México, Nicaragua y el Salvador los jóvenes de ambos sexos son uno de los grupos con mayor presencia en las corrientes migratorias hacia los Estados Unidos. Por lo que la migración hacia otros países o bien del medio rural al urbano, aumenta la vulnerabilidad y dificulta el acceso a los servicios de salud. A su vez, muchos adolescentes y jóvenes migrantes, mujeres y varones viven en situaciones en donde se compromete su salud sexual y reproductiva quedando expuestos y expuestas a violencia sexual y /o a ITS- VIH/SIDA (Badcock-Walters y Gôrgens 2004, en UNFPA 2005).

La exclusión educativa, además de ser determinante de desventaja en la adolescencia, tiene implicaciones directas en su salud sexual y reproductiva. Se ha descrito que el logro educacional es una variable predictiva para resultados de salud sexual y reproductiva como son el embarazo, la fecundidad y el uso del condón. Está demostrado que las competencias para tomar decisiones informadas en la prevención de ITS Y VIH/SIDA se basa en la alfabetización y los niveles de educación alcanzada. La educación formal fortalece los aprendizajes de las competencias requeridas para comprender las ITS y el VIH/SIDA y dar sentido a los mensajes de prevención. Por lo tanto aumentar el acceso y la retención escolar son en sí mismos una importante estrategia de promoción de la salud sexual y reproductiva (Badcock-Walters y Gôrgens 2004, en UNFPA, 2005)

Si bien a partir de la epidemia del VIH/SIDA se incrementó la información y difusión de temas de sexualidad entre los y las adolescentes, ha predominado en general un enfoque basado en los riesgos que genera la sexualidad. Esta visión del peligro de las prácticas sexuales infunde temores y limita el desarrollo de su identidad. El porcentaje de varones sexualmente activos que utilizan el condón se asocia con la escolaridad, por ejemplo, en Brasil el 31% de los jóvenes que alcanzaron el nivel secundario lo utilizan, en contraste con un 18% de aquellos cuya escolaridad es menor. En República Dominicana el porcentaje es de 51% y 19% respectivamente, mientras que en Nicaragua es 11% y 7%, y en Perú de 25% y 4% (Ortiz-Ortega, Rivas, Huerta, Salazar y Gómez 2005).

La violencia como factor de vulnerabilidad sexual y reproductiva posee vínculos con la identidad de género en la medida en que ciertos estereotipos sociales tienden a sostener la construcción de la identidad masculina en base al carácter fuerte y rudo de los varones, contrapuesto a la sumisión en las mujeres. Estos estereotipos favorecen las relaciones violentas y tienen un efecto marcado en las adolescentes de la región. Por ejemplo, en Jamaica, un estudio mostró que el 40% de un grupo de niñas de 11 a 15 años expresó que su primera relación sexual había sido a "la fuerza". Para la región del Caribe, en general, una tercera parte de los adolescentes de ambos sexos tienen una vida sexual activa y de esta tercera parte, la mitad de las mujeres ha señalado que su primera relación sexual fue forzada. Diversas encuestas citadas por Guzmán (2004, en UNFPA, 2005) demuestran la magnitud del problema de la violencia sexual, indicando que países como México, Nicaragua, Barbados y Jamaica puede llegar al 30% de las mujeres menores de 18 años (UNFPA, 2005).

Además un factor de gran importancia es la **falta de provisión de servicios de salud reproductivos**, sin embargo **la oposición a la educación sexual** se presenta con mayor frecuencia, principalmente porque padres de familia, profesores, líderes comunitarios y religiosos temen que ésta lance a los adolescentes y jóvenes al libertinaje. Para responder a esta inquietud la Organización Mundial de la Salud (1995, en Mayén, 1997) evaluó 35

estudios realizados en distintos países del mundo con jóvenes, a los cuales se les brindó educación sexual, concluyendo lo siguiente:

- ✚ a) En ningún estudio hubo evidencia de que la educación sexual lleva a un inicio más temprano o a un aumento en la actividad sexual.
- ✚ b) En seis estudios se reportó un retraso en el inicio de las relaciones o disminución de la actividad sexual.
- ✚ c) En diez estudios se observó que la educación sexual incrementa la adopción de medidas preventivas en sus relaciones sexuales.
- ✚ d) Dos estudios mostraron que el acceso a consejería y servicios de planificación familiar no aumentaron la actividad sexual ni el inicio temprano de las relaciones sexuales.

Por tanto, no se trata de evitar que los jóvenes tengan vida sexual activa, mas bien se trata de brindarles información y orientación adecuada para evitar situaciones de riesgo y para que vivan su sexualidad de una manera libre y responsable.

De esta manera existe consenso entre los especialistas sobre la urgente necesidad de proporcionar a los jóvenes información completa y servicios de salud sexual y reproductiva; la práctica, sin embargo, deja mucho que desear porque los jóvenes en México y en otros países siguen faltantes de información, concientización, de alternativas educación y servicios. Porque el inicio precoz de la actividad sexual en pareja no sólo tiene las consecuencias de un embarazo, sino de la exposición a agentes nocivos como los producidos por las infecciones de transmisión sexual así como los daños irreparables que éstas ocasionan (Mayén, 1997).

2.3 Condiciones socioculturales en la mujer

En este apartado se presentan algunos factores culturales sociales y psicológicos, que construyen a lo largo de la historia la percepción de la mujer de sí misma y del descuido de su cuerpo, factores que contribuyen a la adquisición de Infecciones de transmisión sexual como el Virus de Papiloma Humano.

Algunas teorías sociológicas y psicológicas, como el constructivismo, consideran que el individuo es un ser que se construye a través de lo que le rodea desde el entorno familiar hasta el social. Este último influye de manera particular dependiendo de su estructura personal, educando a los hijos e hijas de distinta manera, desde su nacimiento la concepción de género inicia su influencia. Por ello, a lo largo de los años las maneras de pensar han ido dejando su huella en cada generación; por ejemplo, la situación social de la mujer en las antiguas comunidades de México fue de sometimiento y subordinación respecto a los varones, la dominación masculina fue tan intensa que podría pensarse que las mujeres eran sordas, ciegas y mudas (Valdés, 1989, en López, 2005)

Además, la mujer fue educada con severidad, se le exigía virginidad, recato, obediencia y honradez. El matrimonio no era cuestión individual, sino un asunto entre familias donde por regla general, quedaba fuera las consideraciones de amor, intereses y deseos. La mujer le da mayor peso a la maternidad, al cuidado y limpieza del hogar puesto que la educación de los hijos estaba a su cargo, si era varón el padre tomaba su cuidado a partir de los tres años y la niña en cambio quedaba junto a la madre hasta el matrimonio (Valdés, 1989, en López, 2005).

A mediados del siglo XIX fue un hecho evidente que algunas mujeres comenzaban a sentirse descontentas con sus funciones tradicionales ya que la doctrina médica insistía en que durante la pubertad, las muchachas debían dedicar sus energías al desarrollo de sus órganos reproductivos, reduciendo a un mínimo el trabajo al cerebro, de no ser así, desviaban su verdadera condición de mujer. El cerebro, la inteligencia y los ovarios no podían tener un desarrollo simultáneo. Sí la mujer se empeñaba en estudiar, entonces sufriría de mal humor, histeria, irritabilidad, dolores de cabeza, de columna, de espalda y sin oportunidades para los deberes de la vida, por lo que se intentó potenciar las facultades de la futura madre a través de su participación activa en la limpieza de la casa, como un procedimiento para la cultura física (Nash, 1984).

Ya a finales del siglo XX, las mujeres intentan cuidar más su belleza física, las depilaciones, los delineados, dietas y demás tratamientos son tema de conversación de muchas mujeres, y no solo eso sino que ahora va en busca de la profesionalización, destaca laboralmente y en algunos casos posterga la maternidad para desarrollarse profesionalmente. Descuidando sus órganos internos, que en silencio y con el tiempo demandan atenciones más grandes y costosas poniendo en riesgo su salud y calidad de vida (Olivier, 2003).

Los hábitos sexuales también han sufrido una transformación, pues en las pasadas generaciones las mujeres mantenían relaciones sexuales en monogamia, mientras que en la actualidad la mayoría de ellas llegan a tener mas de una pareja sexual; además se inician sexualmente a una edad más temprana, es decir en la adolescencia lo que implica un grave riesgo para su salud, del mismo modo el varón tiene varias parejas sexuales a lo largo de su vida lo que agrava aun mas la situación, además porque las mujeres no acuden a los servicios de salud para realizarse la prueba de detección oportuna (Papanicolaou) ni por lo menos para una valoración médica general, ocasionando padecimientos de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), y esto evidencia la necesidad de educar a la sociedad para hacerse responsable de la salud y cuidados de su cuerpo (Olivier, 2003).

2.3.1 Perspectiva Actual sobre las condiciones socioculturales de la mujer

Las condiciones de sometimiento hacia la mujer por parte del hombre siguen vigentes, en especial en países de Latinoamérica y otras regiones, donde el machismo sigue en uso pero velado y cada vez más extendido, tiene el afán de desvalorizar el progreso y la lucha de la mujer por su reconocimiento en la sociedad, hay un abuso de fuerza sobre ella y poco compromiso hacia sus derechos, acompañado de intentos por controlar sus sexualidad, la reproducción y su desarrollo mismo, no sólo a nivel pareja sino incluso a nivel políticas de gobierno. De esta manera hay menor equidad de género y peores indicadores de la salud integral de estos países y en aquellas personas que se encuentran en pobreza y exclusión; situación que reconocen todas las conferencias y marcos legales internacionales de la última década (Raguz, 2003).

Quizá fue la pandemia del SIDA lo que obligó a muchos gobiernos a aceptar la necesidad de una educación informada sobre sexualidad, pero enfocada en riesgos y daños más que en la promoción de una vida saludable. Lo que también es cierto, es que en América Latina como en otros países en desarrollo, ciertos patrones se repiten en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva: con un inicio más temprano de las relaciones sexuales, maternidad y paternidad adolescente, más embarazos no deseados, no existe protección contra las ITS ni siquiera para prevenir el VIH/SIDA. Asimismo la mujer es vulnerable al abuso sexual y a la violencia, la explotación sexual y la discriminación de género (Raguz, 2003).

En el estudio llevado a cabo por Ortiz-Ortega, Rivas, Huerta, Salazar y Gómez (2005) en las comunidades de Sonora, Puebla y la ciudad de México, las mujeres hablan de experiencias de violencia y coinciden en que esta práctica produce una serie de efectos en sus personas y obstaculizan los cambios que muchas aspiran. Por estas razones las mujeres prefieren tener alejados a los hombres respecto a decisiones de anticoncepción y vida sexual, asociando la violencia conyugal a los celos, alcohol y pobreza, y en general al “machismo” de los hombres. Es interesante mencionar que para la mayoría de estas mujeres la violencia se percibe como una condición aprendida y por tanto se sitúa en el ámbito educativo y pedagógico. Coinciden en que la violencia se ha originado en la familia por eso se debe empezar a trabajar desde ésta. Algunos testimonios al respecto son:

“La violencia se aprende, pero se inicia desde el hogar ¿verdad? Tan sólo porque nace una niña es un poco despreciada desde el momento del nacimiento ¿no? El papá siempre quiere varón y muchas veces hasta dejan a la esposa porque tienen hijas. El hombre ve por él, tiene que mandar y dominar, eso siempre se ha visto” (CIAM, ciudad de México)

“Además cuando se maltrata a una mujer en su casa y se le dicen malas palabras, cuando se casa y el hombre la maltrata a ella no le extraña, porque ya en su casa se lo dijeron y piensa que eso es también parte de la vida normal” (SEDEPAC, ciudad de México)

Respecto a las relaciones sexuales mencionan lo siguiente:

“Por lo mismo, debe haber comunicación entre parejas, porque mi esposo era así, que nomás al trancazo y ahí se quedaba uno con la ilusión, -yo le decía: se me hace que ya te voy empezar a cobrar- ya platicamos y se medio calmó” (CEPAC, ciudad de México, mujer urbana).

“También la mujer se detiene mas, un hombre no, porque en el momento que el quiere, ella tiene que darle, si no es pleito seguro” (CEPAC, ciudad de México, mujer urbana).

“ A mi me hubiera gustado mucho que mi esposo hubiera sabido pedir cuando quería tener relaciones sexuales, la forma en que lo pedía era drástica, mas que nada a la fuerza, brutal, quieras o no quieras” (CEPAC, ciudad de México, mujer urbana).

El ámbito de la sexualidad sí compromete directamente a la individualidad y los cuerpos femeninos, cuya defensa no está del todo autorizada en la vida de varias de ellas, simultáneamente la búsqueda de placer y atención a sus deseos son asuntos todavía difíciles de sostener públicamente por la presencia de prescripciones conservadoras y religiosas que, aún consideran el comportamiento sexual como un asunto menos importante, de desconocimiento para las mujeres y un campo de obligación con la pareja heterosexual. El siguiente testimonio expone las dificultades que para las mujeres tiene la autorización y asunción de una sexualidad elegida y deseada (Ortiz-Ortega, Rivas, Huerta, Salazar y Gómez 2005).

“La mujer no tiene derechos sexuales, nada más reproductivos porque las mujeres y me incluyo, que tratamos de ejercer nuestros derechos sexuales somos excluidas o lo hacemos a escondidas, porque públicamente no lo podemos hacer” (Mujer urbana, grupo SEDEPAC, ciudad de México).

“...mira él puede disfrutar o gustarle mucho, pero también le preocupa que seas muy alborotada. A los hombres no les gusta que te muestres mucho, porque te preguntan con quien aprendiste a ser así-” (Mujer urbana, Ures, Sonora).

En este sentido, varias de ellas se sienten devaluadas y reseñan experiencias de sometimiento y violencia.

En la investigación llevada a cabo por Langer, Tolbelt y Romero (2000) en comunidades rurales de México se encontró que el conocimiento de las mujeres de sus propios cuerpos, la menstruación y la sexualidad, es extremadamente limitado y proviene más de la experiencia que de la enseñanza. Por ejemplo, a las madres les desconcierta hablar estos temas; simplemente no lo hacen, además la primera menstruación en una chica es causa de reproches y enojo pues significa que ya tiene posibilidades de concebir; en consecuencia los mensajes, en el sentido de que no debe involucrarse en relaciones sexuales hasta que se case, son enérgicos. Obviamente las mujeres tienen conocimientos muy limitados acerca de los condones, suponen que no se quedan en su lugar una vez colocados y que los hombres no querrán usarlos. Con respecto a las ITS, las mujeres no pudieron mencionar síntomas propios o de sus parejas. Aún con dolor prefieren sufrir el coito que ser acusadas de promiscuas. Los remedios caseros son utilizados ya que la vergüenza hace que rara vez busquen ayuda médica.

Las condiciones sociales, por su parte, también incrementan la vulnerabilidad de la mujer a ITS, debido a que los conocimientos y creencias de las mujeres en relación a su propio cuerpo y su salud son limitados y muchas veces erróneos así como las barreras propias de los servicios de salud pública. Por ejemplo, las mujeres con flujo vaginal o dolor pélvico pueden considerarlos como síntomas propios del cuerpo femenino y lo ven como una carga inevitable, sin reconocer que son condiciones que requieren de tratamiento. Incluso quienes creen que deben buscar ayuda, sienten mucha vergüenza porque este tipo de infecciones sólo se atienden en clínicas donde los pacientes más comunes son los hombres y las prostitutas. Además obtener atención en una clínica tampoco es fácil, porque los programas de atención todavía suelen dirigirse a los grupos considerados de mayor riesgo, como las trabajadoras del sexo comercial y sus clientes, cuando en la actualidad las estadísticas han demostrado que las más afectadas por las ITS son las amas de casa (Langer, Tolbert y Romero, 2000).

Lo que también prevalece en las políticas socioculturales de estos países es la promoción de la abstinencia sexual en adolescentes; hablar de abstinencia y de castidad hasta el matrimonio, evidencia la perspectiva de una sexualidad adulta, heterosexual ligada al matrimonio, la reproducción y la familia. Considerando que la ignorancia en la niñez y adolescencia es llamada inocencia y la información en materia de sexualidad y reproducción es considerada peligrosa, porque promueve el sexo y la promiscuidad (Raguz, 2003).

Por otro lado, el uso de métodos contraceptivos modernos en las y los adolescentes en estos países es muy bajo, siendo el más utilizado el método tradicional del ritmo o abstinencia periódica, muy inadecuados en esta etapa por la irregularidad menstrual y lo poco planeado de la actividad sexual, así como dificultades en negociar con la pareja el uso del condón lo que expone no sólo al embarazo sino al riesgo de una ITS, se ha sugerido que el uso de éste se ve mediatizado por valores personales y patrones culturales, por representaciones sociales y creencias, además de temor a la violencia, rechazo de la pareja o el abandono (Raguz, 2003).

Como consecuencia, las ITS, día a día ocupan un espacio mayor en las estadísticas. Por ejemplo las estadísticas de la investigación llevada a cabo por Langer, Tolbert y Romero (2000), en Guerrero, Chiapas y Oaxaca, muestran que en los tres estados aproximadamente la mitad de las mujeres sufría de una o más infecciones confirmadas por pruebas de laboratorio. La infección más común fue la Vaginosis bacteriana; también fue alta la proporción de las mujeres con Candidiasis. De las infecciones sexualmente transmisibles es notable la alta prevalencia de Clamydia, microorganismo que puede causar infección pélvica y en consecuencia esterilidad en la mujer. En el otro extremo, la frecuencia de sífilis y gonorrea son muy bajas, también fueron comunes las ulceraciones en el cuello uterino lo que incrementa la posibilidad de desarrollar cáncer cervicouterino.

En la actualidad cifras otorgadas por la Secretaria de Salud en su Programa de Acción contra el Cáncer Cervicouterino, reporta que éste constituye la primer causa de muerte por

neoplasias malignas entre mujeres de 25 años. Diariamente en México se presentan 12 muertes debido a este carcinoma. De acuerdo con este programa se reportan alrededor de 4600 muertes al año de mujeres con cáncer cervicouterino, es decir aproximadamente 380 al mes, 12 al día, una cada dos horas (PNS, 2001-2006). Además entre el 10 y el 40 % de las mujeres con infecciones por Clamydia o gonococo, que no reciben tratamiento adecuado desarrollarán los síntomas de una Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP) y una cuarta parte de ellas quedará infértil. Por otra parte el Virus de Papiloma Humano (VPH) otro agente que causa infecciones del tracto genital está asociado a la aparición de cáncer cervicouterino (Westron, 1980, en Langer, Tolbert y Romero, 2000).

Por otro lado, datos del Instituto Nacional de Geografía e Informática (INEGI, 2000) revelan que el 30.6 del total de mujeres que murieron por cáncer cervicouterino en el año 2000 eran analfabetas; 29.9% cursaron menos del tercer grado de primaria y 13.8 % curso únicamente hasta el quinto grado de primaria, lo que indica que el 66.6% del total de defunciones fueron mujeres analfabetas o con primaria incompleta. Lo que supone que ciertamente el sustrato social determinado por la pobreza, la inequidad de género y el escaso acceso a la información clara y oportuna, mantiene a grandes sectores de la población femenina en condiciones de alta vulnerabilidad y riesgo de enfermar y morir por esta y otras causas.

Además en mujeres embarazadas pobres la gonorrea es de diez a quince veces más frecuente que en las de buen nivel socioeconómico; la infección por Clamydia es de dos a tres veces mas prevalente y la sífilis es de diez a cien veces más común en mujeres de países en desarrollo que en las de los países industrializados (Wasserheit y Holmes, 1992 en Langer, Tolbert y Romero, 2000).

De esta manera la incorporación de la perspectiva de género al sector salud significa sumar esfuerzos para promover cambios que originen relaciones más democráticas entre hombres y mujeres, dirigidos a la relación salud-enfermedad para la resolución de conflictos, el estudio del comportamiento sexual así como las responsabilidades derivadas de la

reproducción-, en virtud de que todas estas acciones podrán ayudar a mejorar las condiciones de salud, tanto en hombres como en mujeres (Secretaría de Salud, 2001).

En resumen, en el mundo el 50% de la población es menor de 25 años y el 19% se encuentra en edad adolescente, lo que significa que es una población vulnerable a riesgos, expuestos a altos niveles de embarazos precoces y peor aún, enfrentándose a las consecuencias de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Debido, principalmente, a la falta de servicios de salud sexual y reproductiva. Las ITS, constituyen un grupo de 20 tipos diferentes y pueden entrar en el cuerpo a través de fluidos corporales, como la sangre, el semen y las secreciones vaginales (por ejemplo, el VIH/Sida), algunas otras se contagian, es decir, al tener contacto con la piel de alguna persona infectada, como es el caso del Herpes y el Virus de Papiloma Humano (VPH). La mayoría de estas ITS, pueden curarse si se tratan a tiempo y de manera correcta. El Herpes, el VPH y el VIH, no se curan, sin embargo existen tratamientos que pueden reducir sus síntomas y evitar su expansión a otras zonas del tracto genital. Algunas medidas para reducir el riesgo de contraer una ITS son:

- Tener relaciones sexuales con una sola persona y que no esté infectada
- Usar protección (condón femenino o condón masculino) cada vez que se tiene una relación sexual
- Llevar cabo la prueba de detección oportuna (Papanicolaou) por lo menos una vez al año.

Como ya se mencionó, los jóvenes y los adolescentes son los más afectados, en parte porque en la adolescencia se despierta la curiosidad por explorar el cuerpo, analizan la anatomía, sentimientos y deseos eróticos, pasando por varias etapas: Abstinencia, masturbación, caricias sexuales y relaciones sexuales (coitales). Es en la adolescencia cuando el proceso de construcción de identidad se encuentra atravesado por el desarrollo de la sexualidad, la cual está normada socialmente y diferenciada para mujeres y hombres. Donde la masculinidad y la feminidad son el resultado de un proceso histórico- cultural, por ejemplo, en los varones se genera una lucha constante para demostrar a los demás y a sí mismo, que no es vulnerable como una mujer, sino que es intrépido, comprometiendo en

muchas ocasiones su bienestar personal y su vida, aunque signifique tener una primera experiencia sexual forzada y desagradable. Para las mujeres la expresión abierta de sus necesidades y deseos sexuales, se ve opacado por las normas sociales ya establecidas, de hecho las condiciones de sometimiento por parte del hombre siguen vigentes, especialmente en Latinoamérica, donde se desvaloriza el progreso y la lucha, hay un abuso de fuerza intentando controlar la sexualidad, la reproducción y el desarrollo personal de la mujer, no solo a nivel pareja sino incluso a nivel políticas de gobierno. Estas condiciones, traen consecuencias que incrementan la vulnerabilidad de la mujer para adquirir alguna ITS y porque los conocimientos y creencias que ellas tienen en relación a su cuerpo y su salud son limitados y muchas veces erróneos, así como las barreras propias de los servicios de salud pública. Por otro lado, el uso del condón es muy bajo, se ha sugerido, que el uso de éste se ve mediatizado por valores personales y patrones culturales, además del temor a la violencia, rechazo de la pareja o el abandono. Como consecuencia, las ITS, ocupan un espacio mayor en las estadísticas, cifras otorgadas por la Secretaria de Salud reporta que el Cáncer cervicouterino, representa la primer causa de muerte en mujeres de 25 años en México, el cual, es la consecuencia de no detectar ni tratar a tiempo el VPH. Para reducir las estadísticas, el Programa Nacional de Salud (2001-2006) incorporó la perspectiva de género al sector salud, para originar relaciones más democráticas entre hombres y mujeres, enfocándose a la relación salud-enfermedad, el comportamiento sexual y reproductivo como una responsabilidad derivada tanto de hombres como de mujeres para mejorar las condiciones de salud de ambos.

CAPÍTULO 3. VIRUS DE PAPILOMA HUMANO

El Virus de Papiloma Humano (VPH) incluye una numerosa familia de virus que afectan la piel, causando por lo general un crecimiento irregular de células o verrugas. Hasta el momento se han identificado más de 100 tipos de VPH. Algunos se transmiten por contacto no sexual y son los que causan las verrugas en la piel; de los tipos que se transmiten por vía sexual, algunos causan cáncer y cambios pre-cancerosos en el cervix, genitales de la mujer, ano y la piel del pene en el hombre (Sida Ahora, 2005). Por lo que el cáncer cervical puede ser fatal si no se identifica en sus etapas tempranas, además de ser el responsable de la muerte de dos mil mujeres al año en el mundo. Sin embargo, la incidencia de nuevas infecciones por VPH puede reducirse mediante la adopción de prácticas más seguras, así como los programas de detección oportuna pueden reducir el número de muertes ocasionadas por este virus (Population Council, 1998).

3.1 Antecedentes y definición

El origen venéreo de las verrugas genitales en la época romana fue motivo de sátira por parte de los poetas, quienes ridiculizaron a los pacientes que las padecían, sobre todo cuando eran varones con verrugas peri-anales. Mas tarde, en el siglo XIX se aceptó que se producían debido a factores irritantes, como la suciedad; a finales de ese mismo siglo fueron relacionadas con las verrugas vulgares, ya que los hallazgos histológicos eran similares y en laboratorio se reprodujeron verrugas comunes mediante la inyección de extractos de verrugas del pene en áreas no genitales (Perea, Aznar y Rodríguez, 1993).

Debido a dichos trabajos, se fue solidificando la teoría que postulaba la existencia de un agente etiológico común a las verrugas genitales y las vulgares. De acuerdo con esta teoría, la morfología de la verruga dependía sólo de la localización anatómica del epitelio infectado por el virus y el contacto sexual, considerado este último como una de las vías por la cual el virus podía llegar al área genital. Más tarde la teoría fue cuestionada por

diversos estudios epidemiológicos que demostraron que las verrugas genitales eran una enfermedad de transmisión sexual (Perea, Aznar y Rodríguez, 1993).

Conzuelo (2006) hace un recuento histórico más específico, mencionando incluso que en el año 377 AC. Hipócrates enfatizó que las verrugas o condilomas son transmitidos sexualmente; en 1970 Ciuffo realizó un experimento de auto inoculación de las verrugas para demostrar que su causa era infecciosa; entre 1940 y 1950 se descubrieron muchos virus por medio de cultivos, sin embargo los VPH pasaron inadvertidos porque no crecen en cultivos como otros virus.

Fue hasta 1962 en que se dio a conocer a la familia Papovaviridae, a la cual pertenecen los PapilomaVirus (PV). El estudio de los PV ha sido difícil por no contar con cultivos y gran cantidad de virus *in vitro*. De ahí que en los años 70 se inicia el estudio del ADN de los VPH tomando muestras de tumores. Los resultados fueron útiles para la correlación de las verrugas y el ADN viral presente en aquellas verrugas de los pacientes. En 1974 Zur Hausen pudo establecer la relación entre VPH y cáncer cervicouterino. Después de este hallazgo creció el interés científico por estos virus, logrando en 1980 conocer el genoma de muchos VPH e inició su clasificación por tipos (Conzuelo, 2006).

En la actualidad la gran cantidad de estudios sobre estos virus siguen sorprendiendo a la comunidad científica, estudios que han permitido prevenir, diagnosticar y tratar esta infección. Incluso, los seres humanos estamos adaptados a esta infección porque el 70% de las personas que la padecen se curarán solas y el 30% no podrá limitar el daño en su organismo y requerirá tratamiento médico (Conzuelo, 2006).

Y aunque en este proyecto el centro de interés es el Virus de papiloma Humano, no está de más mencionar que los VPH también afectan a los animales: conejos, bovinos y equinos; perros, gatos y leopardos; las ballenas y orcas; tortugas marinas y aves; el venado y el mono provocándoles ulceraciones y cáncer en la piel Sin embargo el PV de los animales no afecta a los seres humanos. (Conzuelo, 2006).

A lo largo de la historia, las verrugas han tenido múltiples denominaciones: higos (para griegos y romanos), vegetaciones venéreas, verrugas genocóicas, verrugas venéreas y condilomas acuminados (CA). Esta última denominación es aceptada comúnmente en España, aunque en el Reino Unido se utiliza más el término verrugas genitales. También han sido llamadas verrugas húmedas, crestas de gallo y papilomas genitales, pero todos estos términos han sido pensados para las lesiones mayores ya conocidas desde la antigüedad, incluso antes de identificar su causa; en México comúnmente se les conoce como verrugas o condilomas (Villanueva, 2000).

Por su parte el diccionario médico lo define como virus causal de las verrugas vulgares de las manos y de los pies, así como la aparición de lesiones en las membranas mucosas. Este virus se puede transmitir por contacto sexual y se identifica con frecuencia en mujeres con cáncer de cuello uterino (Villanueva, 2000); es decir, algunos tipos de este virus han sido relacionados con el desarrollo de tumores malignos, sobre todo en el cuello del útero, que es el caso de los subtipos 16 y 18 (Hereñu, 1992).

3.2 Tipos de Virus

Los papiloma virus o Virus de Papiloma Humano (VPH) son los agentes etiológicos de los condilomas acuminados. Los VPH constituyen un subgrupo de la familia *papoviridae*. Mide aproximadamente unos 55 nm (nanómetros) de diámetro, tienen un cápside icosaédrico con 72 capsómeros que envuelven un ADN circular de doble banda. Su periodo de incubación oscila entre 1-6 meses; se localizan preferentemente en las regiones más calientes y húmedas de la zona sub prepucial, surco coronal, dentro del meato uretral y en el cuerpo del pene en los varones, y en la vulva, la pared vaginal, el cuello del útero y la región peri anal en las mujeres. En los hombres homosexuales se localizan sobre todo en la región peri anal y en el recto (Manual Merck, 1992).

Se han descrito más de 100 tipos diferentes de VPH, todos ellos presentan una organización de su ADN genómico similar, con genes de expresión temprana y tardía; estos virus se caracterizan por aumentar la proliferación celular de los epitelios que los hospedan como

parte de su ciclo de replicación, unos 20 de estos subtipos se asocian con lesiones ano genitales (Gariglio, López y Álvarez, 1999).

Se ha podido comprobar que una misma patología puede estar provocada por varios tipos de VPH y por otro lado un solo tipo de VPH puede causar diversos cuadros clínicos (Perea, Aznar y Rodríguez 1993). Aquellos virus de bajo riesgo, tales como el VPH-1, producen verrugas plantares (o los llamados ojos de pescado); VPH-6 y VPH-11, son frecuentes en verrugas genitales que rara vez evolucionan a lesiones malignas. Sin embargo, los VPH de alto riesgo 16 y 18 se asocian con neoplasia intraepitelial cervical que puede progresar a malignidad (carcinoma invasor) Los subtipos 16, 18, 31, 33 y 35 son comúnmente asociados al desarrollo de cánceres ano genitales en hombres y mujeres, incluyendo cáncer cervical y cáncer anal (Gariglio, López y Álvarez, 1999). Estos subtipos también son los causantes de otras infecciones como (www.iqb.es, 2006):

- ❖ Condiloma plano: verrugas planas parecidas a semillas de melón, lengüetas o pequeños dedos.
- ❖ Molusco contagioso: es una enfermedad benigna de la piel, producido por un poxavirus que se caracteriza por lesiones perladas, de color carne y a veces pedunculadas. Las lesiones se muestran en todas las partes del cuerpo excepto en las palmas de las manos y plantas de los pies y puede ir asociada a un rash eritematoso. A menudo se manifiesta en enfermos de SIDA.
- ❖ Papilomatosis hirsutoide del pene: Caracterizado por racimos de pápulas pequeñas y blancas situadas en el borde coronal del glande.
- ❖ Neoplasmas mucocutáneos benignos y malignos: Afectan la superficie de piel y mucosa de los orificios naturales como boca, ano y vagina.
- ❖ Papilomatosis laringea (niños): Formación de gran cantidad de papilomas en la laringe que es el órgano de la voz. Por su gravedad afecta a niños pequeños

poniendo en peligro su vida. Algunos síntomas comunes son: ronquera, estridor y dificultades respiratorias, generalmente es transmitido de la madre infectada al feto.

Los condilomas acuminados pueden estar producidos por los VPH 1, 2, 3, 4, 6, 11, 16 y 18. Los VPH 6, 11, 16, y 18 están asociados al carcinoma del cervix y también se han detectado en las neoplasias intrapiteliales cervicales (CIN) I y III, neoplasias vulvares, carcinoma del pene y ano. Estas lesiones pueden identificarse únicamente mediante programas de detección oportuna realizados por personal capacitado. Por otro lado, también se ha observado que en muchos casos la displasia benigna desaparece sin intervención o tratamiento alguno. Sin embargo, en una minoría de casos evolucionará a displasia moderada y severa (lesiones más grandes y más profundas) con el potencial de convertirse en cáncer cervical invasor (Chiriboga, 1994).

3.3 Epidemiología

Sin duda, la infección por VPH está expandiéndose, aunque es posible que parte del aumento del número de enfermos descubiertos se deba a que en la actualidad se les diagnostica y antes se les pasaba por alto, sin estudiarse a profundidad. Se puede estimar que ocurren alrededor de 10 casos nuevos no recidivados por año por cada 10 mil habitantes. La infección por VPH está dentro de los primeros lugares en frecuencia entre las infecciones de transmisión sexual (Hereñu, 1992).

En Estados Unidos y en el Reino Unido, se declararon 58, 960 casos en 1985, cifra que duplicaba la registrada 10 años antes. En el centro de diagnóstico de Enfermedades de Transmisión Sexual (CDETS), de la Facultad de Medicina de Sevilla, las verrugas genitales representan la infección de transmisión sexual que más aumentó en los últimos años, de un 2.7 % en 1977 a un 6.3% en 1986 (Rivera, 2002).

Algunos estudios realizados en Estados Unidos han demostrado que la infección por el Virus de Papiloma Humano es muy frecuente en la población. Se calcula que un 1% de la

población sexualmente activa tiene verrugas genitales; el 4% de la población podría tener lesiones por VPH si son evaluados por colposcopia; cerca de un 10% de la población serían VPH positivos aunque tuvieran una colposcopia negativa y por último un 60% de la población podría tener anticuerpos detectables en su organismo, indicando que en algún momento se han expuesto a algún tipo de Virus de Papiloma Humano (Rivera, 2002).

En el mundo, la mayor frecuencia de Virus de Papiloma Humano de alto riesgo, se encuentra en África y América Latina (VPH 16, 18, 31, 35, 39, 45, 51,56 y 58). De éstos el más frecuente en América Latina es el VPH 16. En Centro América y Sudamérica también son frecuentes los virus de alto riesgo: VPH-33, 39 y 59 (Muñoz, 2003).

El grupo de mayor riesgo es el de 19 a 25 años en las mujeres y a los 22 años en los hombres (Perea y Aznar, 1993). La epidemiología del condiloma anal, suele presentarse en los varones en ese mismo sitio, mientras que en las mujeres suele asociarse con la aparición de condiloma en la vulva. Los condilomas anales se asocian, en ambos sexos con coitos anales. En los niños puede transmitirse por el canal del parto o ser la expresión de abusos sexuales (Perea, Aznar y Rodríguez 1993).

El Cáncer cervicouterino en México es la principal causa de muerte en mujeres cuyas edades oscilan entre los 40 y los 50 años, además ya es común el diagnóstico en jóvenes de 20 a 30 años. Al año fallecen seis mil personas por esta causa.

Sánchez (2007) menciona que de acuerdo con cifras de la Secretaría de Salud, cada día mueren 12 mexicanas debido al cáncer cervicouterino, mientras 38.8 de cada cien son portadoras. Incluso en el último año, ha llamado la atención de manera alarmante el estado de Chiapas donde el 80 por ciento de las neoplasias se encuentran íntimamente asociadas con el VPH. Por otro lado el grupo más afectado es de las mujeres de 14 a 26 años, donde el riesgo es doble comparado con el de las mujeres mayores de 50 años. Entre la población joven, la asociación con el virus es de cien por ciento, razón que permite determinar que este virus de transmisión sexual es oncogénico y quizás el más importante factor, en donde se deben enfocar acciones de prevención y educación sexual.

3.4 Factores de riesgo

La etiología de esta neoplasia no está bien definida, pero se han reconocido ciertos factores de riesgo.

Entre las mujeres judías la incidencia es baja, lo cual ha sido relacionado con los periodos de abstinencia sexual y con el aislamiento durante la menstruación, así como la circuncisión en el cónyuge (Herrero, Broton, Reeves, Brenes y Tenorio, 1990).

Recientemente se realizaron estudios de casos (en América Latina, particularmente en México), donde se encontró que la actividad sexual sin protección incrementa la frecuencia del padecimiento en forma importante, sobre todo en las mujeres que iniciaron éstas antes de los 16 años de edad. Además, se encontró que hay mayor riesgo si el primer parto ocurre antes de esta edad, tanto para alteraciones displásicas como para cáncer cervical. La multiparidad también tiene una fuente de asociación, sobre todo en mujeres con más de 3 hijos, especialmente en pacientes con clase social baja (Lazcano, Alonso y Hernández, 1994)

El papel etiológico del uso de anticonceptivos no ha sido totalmente definido, aunque se ha comprobado que en las mujeres que continúan con la ingesta de fármacos tras un diagnóstico de displasia, ésta tiene una transformación más rápida hacia carcinoma in situ (Saiz, González, Silla, Jiménez y Cortina, 1989).

En la investigación realizada por Tapia, Sandoval, García, Duran y Morales (1998) encontraron, al igual que las investigaciones anteriores, que en una población de 221 mujeres la frecuencia de los factores de riesgo en orden descendente fue: Inicio de la vida sexual antes de los 18 años de edad (76.1%); más de 4 embarazos (76.1%); más de 4 partos (66.6%); embarazos a temprana edad (antes de los 18 años, 61.9%); no utilizar protección (condón, 93%).

Se considera el principal factor de riesgo el inicio precoz de relaciones sexuales (antes de 20 años) y el número de parejas sexuales. Se ha demostrado la presencia de VPH cervical o vulvar en un 17-21 % de las mujeres con una pareja sexual y en 69-83 % en mujeres que rebasan más de 3 parejas sexuales (Rivera, 2002).

En los jóvenes sexualmente activos, la principal forma de infección es a través de las relaciones sexuales sin protección, y las lesiones se presentan dependiendo del contacto sexual, es decir, si es coital, anal, o genital. La lesión se produce por la efracción mucosa en zonas traumatizadas durante el coito; al momento de aparecer debe considerarse lo siguiente (Rivera, 2002): a) Examinar a las parejas sexuales con un médico especializado, ya que pueden estar infectadas; los varones cuyas parejas tienen infección cervical por VPH presentan a menudo condilomas acuminados en el pene o en la uretra distal y b) Puesto que es una infección de transmisión sexual, sugiere la posibilidad de otras infecciones sexualmente transmisibles, pues muchos pacientes que presentan condiloma tienen alguna otra infección concomitante.

La promiscuidad sexual del hombre también constituye un factor de riesgo, dado que en sus múltiples contactos sexuales se contamina con virus de papiloma que puede transmitir después a su pareja (Rivera, 2002).

Las mujeres entre 35 y 50 años de edad, tienen mayor riesgo de cáncer cervical, por lo tanto se recomienda examinarlas una vez al año, la misma recomendación se dirige a las jóvenes y adolescentes que llevan una vida sexual activa. Además de la importancia de utilizar protección de barrera (condón femenino, condón masculino) en cada relación sexual y tratar de mantener vida sexual con una pareja (López, 2005).

El VPH se encuentra tan expandido que sólo las personas que no han tenido relaciones sexuales no han estado expuestas a él. En casi todos los casos, la infección es subclínica y de corta duración. Los condones no previenen por completo la transmisión del VPH porque se puede infectar con los juegos sexuales y otras actividades distintas al coito. Sin embargo,

el riesgo se disminuye con el uso correcto del condón, tanto masculino como femenino (López, 2005).

Los productos que se utilizan durante la menstruación también pueden transportar el virus. La inserción de los tampones puede trasladar el virus desde los labios hacia la vagina. Las toallas femeninas pueden mantener y transmitir el virus, dado que la humedad y la abrasión facilitan las vías de transmisión; por todo esto es necesario que las mujeres tengan la información suficiente acerca de VPH, sus formas de transmisión, formas de prevenirlo y diagnóstico, pues de lo contrario se puede descubrir la enfermedad cuando está avanzada y posiblemente en una etapa mortal (López, 2005).

3.5 Manifestación del virus (Signos y síntomas)

Cualquier tipo de neoplasia es asintomática en sus inicios. En el momento en que aparece la sintomatología se considera que ya hay cierto grado de invasión. Las verrugas genitales suelen manifestarse en forma de diminutos tumores de partes blandas húmedos y rosáceos, que experimentan un rápido crecimiento hasta adoptar es aspecto pedunculado. En general se observan varias lesiones con un típico aspecto de coliflor en la misma zona. Ocasionalmente aparecen como lesiones solitarias. Durante el embarazo y en presencia de una hipersecreción crónica, crecen a mayor velocidad y se diseminan hasta alcanzar regiones más distantes (Manual Merck, 1992).

La replicación de VPH comienza con la infección de células basales epiteliales. El periodo de incubación del virus es de 3-4 meses hasta 2 años. Las características generales e histológicas de las lesiones varían de acuerdo a (Tapia, Sandoval, García, Durán y Morales, 1998):

- Sitio de infección
- Tipo de virus infectante
- Estado inmunológico del paciente
- Pacientes inmuno comprometidos (VIH positivo)

- Lesiones más agresivas y recurrentes

Cabe mencionar que los condilomas son las lesiones manifiestas del VPH. Condiloma significa protuberancia crónica y también es conocida como verruga genital. Estas verrugas varían en apariencia entre las del varón y las de la mujer. En la mujer son blandas, de color rosa o gris pedunculadas (es decir, conectadas con otras áreas) y en racimos. En el varón son blandas, se presentan en el pene y suelen ser lisas y palpulares (es decir, protuberancias eruptivas sin pus ni serosidad) mientras que las del periné asemejan a una coliflor. A menudo, aparecen primero en el prepucio (tejido que cubre el pene y el glande) y luego en el escroto (tejido que envuelve a los testículos) y la región peri anal (muy comunes en los homosexuales) (Manual Merck, 1992).

En las mujeres, el Virus de Papiloma Humano se instala en el cuello del útero y una vez infectado, comienza a multiplicarse en las células epiteliales, como las que cubren a la vagina. Uno o dos años después, la proteína E2, que funciona como reguladora de la producción de proteínas E6 y E7, se destruye, permitiendo que el virus se reproduzca en grandes cantidades, entonces puede comenzar a formarse el tumor canceroso. La principal sintomatología que presentan algunos pacientes son: Leucorrea, dispareunia, flujo con sangre, sangrado post coito y sangrado anormal.

Como se mencionó, una de las dificultades de su diagnóstico es que aparece como una enfermedad asintomática, por lo que la infección sólo se puede localizar por métodos de hibridación de ADN y se puede demostrar su existencia en la piel del área genital (Hereñu, 1992).

En ocasiones, se aplica el término infección subclínica, para denominar a los condilomas que no son visibles en una inspección rutinaria, pero cuya biopsia revela rasgos histológicos semejantes a los hallados en las verrugas. Estas lesiones pueden localizarse mediante colposcopia, con la aplicación de ácido acético al 3%. En el cuello del útero se presentan morfológicamente como masas aplanadas, denominados condilomas planos (flat condilomas), en ocasiones tienen una morfología endofítica o invertida y en otras son

formaciones pediculadas, en forma de espigón. Sin embargo, en los hombres pueden aparecer en su manifestación clínica; su forma clásica son los condilomas acuminados, que parecen en la forma de masas carnosas, sonrosadas y vegetantes, en forma de crestas de superficie regular y figurada. Se localizan en zonas genitales, como el surco balano prepucial, a veces aparecen como pequeñas palpulas sesiles, discretamente elevadas, en ocasiones pigmentadas, localizadas en la piel del pene o en el periné. Los condilomas son morfológicamente similares a los genitales y pueden extenderse al recto, en cuyo caso se aconseja la endoscopia. Además es característico el aumento del tamaño, en pacientes con un sistema inmunológico débil. En su caso el término infección subclínica se ha hecho extensivo a la lesiones del pene que pueden ponerse de manifiesto con la aplicación de ácido acético al 3% (Hereñu, 1992).

Cabe mencionar que la displasia implica una anormalidad en el desarrollo y el crecimiento celular y es sinónimo de alteraciones premalignas. La asociación del virus de Papiloma Humano con crecimiento displásico intraepitelial cervical cuya graduación varía entre I y III dependiendo del espesor del epitelio que es reemplazado por células displásicas. Si la infección por VPH se asocia a infecciones premalignas (displasias), es lógica la asociación entre VPH y carcinomas. Numerosos estudios han demostrado la presencia de ADN de VPH en células de cáncer cervical; así como cofactores oncogénicos tales como el tabaco y la infección genital por herpes simple tipo 2 (Perea Aznar y Rodríguez 1993).

3.6 Diagnóstico del VPH

Ya se ha mencionado que éste es un virus que está relacionado con el desarrollo de lesiones pre-cancerosas en el cuello uterino (neoplasia intraepitelial cervical) y en otras partes del aparato reproductor femenino y masculino. Sin embargo, las verrugas genitales suelen identificarse por criterios puramente clínicos gracias a su aspecto típico, pero deben diferenciarse los condilomas planos de los condilomas de vértice aplanada característica de la sífilis secundaria (Corona, 1994).

En el hombre es de difícil diagnóstico, porque para esto se usan muestras del meato uretral. En las mujeres, ante toda verruga genital persistente o atípica hay que efectuar una biopsia

para excluir un carcinoma. Además afecta el tracto reproductor (cérvix, vagina y vulva) y aquellas con verrugas en el cuello del útero no han de tratarse hasta disponer del resultado de una prueba de Papanicolaou, el cual podrá orientar el tratamiento (Corona, 1994).

La prueba de Papanicolaou (también conocida como prueba Pap o examen de citología), es una manera de examinar células recolectadas del cuello uterino y la vagina. Esta prueba puede mostrar la presencia de infección, inflamación, células anormales o cáncer. Inicialmente, el médico Papanicolaou, obtenía la muestra por aspiración mediante una pera de goma, técnica hoy abandonada debido al elevado porcentaje de falsos negativos. Ayre introdujo la espátula de madera que lleva su nombre, hoy empleada de forma indispensable. Los frotis se obtienen igualmente con un fino portaalgodones seco o ligeramente humedecido con suero fisiológico. Wied recomendó el método de la “triple toma”, consiste en colocar en el mismo portaobjetos con tres divisiones tomas sucesivas, con la espátula de madera procedentes del fondo vaginal y ectocérvix y con portaalgodones la de endocérvix. La metódica es excelente, pero precisa de una sistemática minuciosa que evite errores por desecación, defectos de toma, extensión, fijación, etcétera. Obtenido el material, es importante la extensión cuidadosa, algunos de los principales errores que suelen cometerse son (Bonilla-Musoles, 1978):

- Toda extensión que no posea células endocervicales debe considerarse insuficiente. Indica que la muestra no se tomó del lugar apropiado.
- Extensión defectuosa: apilamientos celulares o, por el contrario, movilizándose excesivamente la toma sobre el portaobjetos, alterando las relaciones celulares y produciendo cambios de coloración.
- Insuficiente recogida de material, lo que significa que hay que llevar a cabo todo el procedimiento desde el principio.
- Excesiva exposición al aire, lo que produce desecación celular y conlleva graves errores de diagnóstico.
- El material tomado debe ser fijado inmediatamente: en un tiempo menor a 30 segundos, se debe emplear una solución al 50 % de alcohol/éter, en esta solución

debe permanecer un mínimo de 20 minutos, para después llevarse al laboratorio a un mínimo de diez días (a partir de ellos, se da pie a los resultados).

- Cuando no se disponga de éter, se puede utilizar alcohol de 96 grados con idénticos resultados.

El procedimiento de la triple toma es el siguiente (Dupré-Foment, 1977):

- El frotis vaginal se realiza con la extremidad redondeada de la espátula de Ayre, a nivel de la pared lateral de la vagina para diagnóstico hormonal y en fondo del saco posterior para rastreo, punto en el que las células carcinomatosas suelen acumularse.
- El frotis de exocérvix se practica con la extremidad bífida de la espátula de Ayre, que permite con un movimiento de rotación, barrer la totalidad de la zona de transición sin apoyar demasiado, a fin de evitar una hemorragia.
- El frotis de endocérvix exige un algodón montado que se introduce en el canal haciéndolo girar sobre si mismo al tiempo que se desplaza de arriba abajo, lo que permite abarcar un mayor número de formaciones glandulares

Sin embargo, para mejorar la toma de material endocervical se aconseja cambiar la clásica torunda de algodón, por una espátula triangular con forma de pico de lanza (Marcus Pap Test) o por el cepillo (Stormby), que introducidos en el endocérvix se adaptan uniformemente a sus paredes y al rotarlos raspan su superficie.

Además la extensión del papanicolaou debe formar parte de la exploración vaginal rutinaria de las mujeres que han iniciado vida sexual activa. Se recomienda llevar a cabo dos extensiones de Papanicolaou anualmente hasta obtener dos exámenes negativos y después repetir cada tres años hasta la edad de 65 años para las mujeres asintomáticas. En las mujeres más susceptibles puede estar indicada la realización más frecuente de este examen (Belcher, 1995).

Es aconsejable que se tomen en cuenta las siguientes normas de orden práctico, al realizar la toma citológica (González-Merlo, Vanrell, Iglesias, 1992; Belcher, 1995):

- ~ La mujer no debe estar menstruando
- ~ La mujer no debe haber sido sometida a exploraciones o terapéuticas vaginales de cualquier clase (óvulos, espermaticidas, irrigaciones, tampones, etcétera), 24 horas antes de la toma citológica.
- ~ La paciente no debe realizarse lavados vaginales ni tomar baños en la bañera, durante las 24 horas previas a la toma y debe orinar inmediatamente antes del procedimiento.
- ~ Se sugiere que las pacientes no mantengan relaciones sexuales durante las 24-48 horas previas a la obtención de la muestra.
- ~ Explicar a la paciente que no se presentarán molestias asociadas al procedimiento, excepto durante la inserción del espéculo.

Aun siendo una técnica sencilla, la citología cervicovaginal, requiere numerosos pasos desde que se practica hasta que se recibe el informe de caso. En cada uno de éstos puede ocurrir un error que sea la causa de un informe falsamente negativo o positivo. Por ello es imprescindible seguir estrictamente las normas de técnicas indicadas.

La toma de muestra se puede realizar cuando se cuenta con personal capacitado, espéculos, portaobjetos y fijadores. También se utiliza un espejo vaginal para observar lesiones a nivel cuello uterino (valoración ginecológica indirecta). En caso de encontrar Papanicolaou anormal se debe hacer una confirmación por colposcopia (Corona, 1994).

La terminología médica actual para describir los resultados normales y anormales de la prueba de Papanicolaou, se basa en el sistema Bethesda, aprobado por la Organización Mundial de la Salud (Conzuelo, 2006):

Clase I: Negativo para lesiones intraepiteliales o cáncer.

Clase II: se observan células atípicas, por lo general de inflamación, no excluye HSIL (ASC-H).

Clase III: células sospechosas de carcinoma, lesión escamosa intraepitelial de bajo grado y lesión escamosa intraepitelial de grado moderado.

Clase IV: lesión escamosa intraepitelial de alto grado y

Clase V: células de carcinoma escamoso

Existe otro método de detección conocido como examen pélvico. En un examen pélvico, el médico palpa el útero (matriz), vagina, los ovarios, las trompas de Falopio, la vejiga y el recto, con el propósito de encontrar cualquier anomalía en su forma o tamaño. Durante este examen se utiliza material conocido como espéculo para ensanchar la vagina de tal manera que la parte superior de la misma y del cuello uterino puedan ser observados (Rodríguez, 1994).

El diagnóstico de los condilomas es esencialmente clínico, esto es que no presenta síntomas de fácil identificación por parte del paciente. Sin embargo, las formas genitales no acuminadas, es decir sin verruga, plantean diversos problemas. La citología de tinción del Papanicolaou es la técnica más empleada para la detección de las infecciones por VPH siendo características la coilocitosis y disqueratosis. Una vez que se detecta alguna alteración citológica compatible con la infección vírica y/o displasia, se realiza una colposcopia con ácido acético al 3% y una biopsia en las lesiones sugestivas de displasia intraepitelial cervical (Hereñu, 1992).

La colposcopia es un estudio ginecológico con un aparato llamado colposcopio diseñado para observar el cuello de la matriz con aumento óptico; se puede ver con detalle la superficie del cuello del útero, para detectar cambios precancerosos (displasias) o asociados con la infección por VPH. Las imágenes del cuello uterino son captadas en fotografías o video con este aparato, lo cual permite conocer el tamaño y localización de las lesiones precancerosas. La colposcopia es un método de diagnóstico complementario y no sustituye a la prueba de Papanicolaou ni a la consulta médica (Conzuelo, 2006).

La Biopsia del cuello de la matriz es un procedimiento médico quirúrgico para extraer una pequeña porción del cuello uterino mediante una pinza especial, y se realiza en el

consultorio médico. El procedimiento consiste en que el médico coloca un espéculo vaginal, identifica el cuello uterino y con una pinza especial extrae el fragmento. El tejido es enviado al área de Patología, en un frasco con fijador, para el estudio histopatológico correspondiente. El resultado de este estudio revelará si existe cáncer, lesiones precancerosas o cambios causados por la infección en el cuello. Este estudio no se realiza en todas las pacientes, solamente en aquellas en quienes se observan cambios mediante la colposcopia o la prueba de papanicolaou (Conzuelo, 2006).

En la actualidad se dispone de métodos de hibridación de ácidos nucleicos; estas técnicas altamente sensibles y específicas permiten detectar la mayoría de las infecciones y constituyen el único método que puede identificar los distintos tipos de VPH (Hereñu, 1992). De ahí la importancia de correlacionar las evidencias clínicas, histopatológicas y las técnicas de biología molecular, cuya aplicación permite complementar el diagnóstico y determinar el tipo de lesiones así como el tipo de VPH. Por su parte, la observación médica también proporciona información sobre la historia natural de las diferentes lesiones, lo que permite predecir lo que sucederá por lo común con los tumores causados por los VPH, así mismo, el estudio histopatológico permite detectar cambios en las células afectadas y por lo tanto clasificarlas en benignas, premalignas o malignas, por ejemplo mediante el sistema Bethesda. Por último, las técnicas de biología molecular permiten identificar las pequeñas porciones virales de los VPH con gran exactitud; son útiles también para identificar el tipo de VPH agresor, principalmente mediante el uso de la reacción en cadena de polimerasa (PCR) y por medio de secuenciación de nucleótidos (Conzuelo, 2006).

3. 7 Tratamiento del VPH

Ningún tratamiento es totalmente satisfactorio. Además, no hay un tratamiento recomendado para la mayoría de las infecciones por VPH. De esta manera el tratamiento se recomienda únicamente si hay verrugas visibles o anomalías detectadas por medio de Papanicolaou. Ningún antibiótico u otros medicamentos matan el virus del VPH, el tratamiento consiste en destruir o cortar los tejidos anormales tales como verrugas,

anormalidades celulares pre-cancerosas o formaciones cancerosas como tales (Sida ahora, 2005).

Existen dos tipos de tratamientos, aquellos que se aplican por un médico especialista y aquellos recetados por el mismo, pero que el paciente puede usar en casa, además el médico puede escoger el más adecuado para cada caso, dependiendo de la severidad de las lesiones, si son internas o externas, así como el número y el tamaño de las verrugas (Ramírez, 1994).

- **Tratamiento aplicado por el paciente** (Sida ahora, 2005):

Los dos tratamientos principales que pueden ser utilizados por el paciente en su propia casa son, *Imiquimod (Aldara TM)* y *Podofilox (Condylox TM)*, ambos productos son cremas que se aplican directamente en las verrugas. *Podofilox* químicamente daña la verruga y el *imiquimod* trabaja para estimular el sistema inmunológico del cuerpo, que a su vez destruye la verruga. Ambos tratamientos requieren varias semanas de aplicación repetida y ambos pueden producir efectos secundarios locales como hinchazón e irritación del área tratada. Están contraindicados para mujeres embarazadas. En las lesiones uretrales la aplicación de *Tiotepa* ha resultado útil. En la uretra masculina es eficaz la aplicación tópica de 5-*fluororacilo* de 2 a 3 veces por día, por el propio paciente, sí bien hay que controlar la rara posibilidad de que ocurra obstrucción uretral aguda (Manual Merck, 1992).

Tratamientos más comunes aplicados por el especialista (Hereñu, 1992):

- Resina de Podofilino, que se aplica directamente en la verruga a base de tintura de benzoina o solución alcohólica, a concentraciones de 10 a 40%. No debe permanecer más de 3 horas en la piel y se aplica de 1 a 2 veces por semana, la efectividad oscila entre el 22 y el 98 %, según la localización, el tiempo de evolución y el tamaño. Las limitaciones de su empleo radican en los efectos secundarios locales (irritación e hinchazón en el área tratada) y en las altas tasas de recidiva. Está contraindicado en mujeres embarazadas y en condilomas cervicales o intrauretrales.

- Ácido tricloroacético, usado en solución al 50% en aplicación semanal. Sólo efectivo en los pequeños condilomas, aunque pudiera provocar lesiones de difícil cicatrización, debido a que químicamente “quema” la verruga.

Tratamientos quirúrgicos (Hereñu, 1992):

El tratamiento más satisfactorio es la extirpación, mediante resectoscopio y bajo anestesia general, en una cirugía convencional y se reserva para lesiones de gran tamaño: condilomas acuminados de localización oral y condilomas acuminados refractarios a otras técnicas terapéuticas.

- Crioterapia: Actualmente es el método de elección para el tratamiento de los condilomas acuminados no complicados. A su bajo costo se añade su eficacia y tolerancia por parte del paciente. Se emplea en los condilomas acuminados en cualquier ubicación a excepción de los intrauretrales.
- Láser CO₂ (Foto vaporización): Es la destrucción con suma precisión de la piel infectada por el VPH o con displasia a la profundidad que se requiera en cada región anatómica. En cervix se puede requerir de 4 a 10 mm., en vagina de 2 a 4 mm. , en vulva e introito a menos de 1 mm (800 micras). En pene y testículos a 700 mm. Se utiliza láser CO₂ porque se puede regular con gran precisión y además dicha energía no causa daños a distancia (quemaduras no visibles) con mínimos efectos secundarios. Este método presenta la ventaja de que la radiación se absorbe por los tejidos en forma selectiva en una profundidad establecida. Produce cicatrizaciones estéticas y puede emplearse en embarazadas, en condilomas acuminados cervicales y en lesiones de displasia intraepitelial cervical (CIN); sus inconvenientes radican en su alto costo y en su necesidad de anestesia general o raquídea (Hereñu, 1992).

Tratamiento inmunológico (Perea, Aznar y Rodríguez 1994):

La interacción de mecanismos inmunológicos en la evolución de los condilomas acuminados ha conducido a la utilización de autovacunas y fármacos inmunomoduladores. Los interferones mediadores de la respuesta inmune se han empleado recientemente en los condilomas. Los interferones alfa y beta han demostrado su utilidad en los condilomas

recidivantes o refractarios a otros tratamientos. Aunque reducen el tamaño de las lesiones, es necesario asociar otras medidas terapéuticas, como crioterapia o podofilino. Incluso en varios países se están efectuando estudios sobre su forma de administración óptima y los resultados a largo plazo. El interferón debe administrarse con cautela a enfermos con papulosis bowenoide de los genitales (VPH 16) pues se ha comprobado que tras la desaparición inicial de las lesiones éstas reaparecen en forma de neoplasia invasiva (Manual Merck, 1992).

En el tratamiento de la Displasia Intraepitelial Cervical (CIN) se utiliza la conización de la cerviz, técnica que aumenta el riesgo de abortos e infertilidad, por lo que sólo debe realizarse en los CIN muy agresivos (Perea y Aznar y Rodríguez, 1993).

Por otro lado, el *Acimux-T*, es una formulación de ácido acético al 99% con azul de metileno al 1%. Se trata de un medicamento inventado y patentado en México, el cual se utiliza como coadyuvante de la cirugía, en la mayoría de las presentaciones clínicas de las infecciones causadas por VPH, en casos de lesiones de piel y mucosas. El *Acimux-T* es útil en verrugas comunes, condilomas acuminados y papilomas. Su mecanismo de acción consiste en que modifica el pH intracelular y desnaturaliza las proteínas celulares; también ejerce efecto directo sobre los virus, proteínas virales y fijas al ADN. La suma de estos dos efectos causa la inactivación de los VPH sobre la superficie de la piel. La administración de este medicamento debe ser breve: tres segundos de contacto sobre el sitio operado, seguido de neutralización rápida con agua estéril durante un minuto, para evitar quemaduras químicas, es un tratamiento adyuvante a la cirugía por lo que no se recomienda usarlo como tratamiento único.

Los resultados de la cirugía mas *Acimux-T* proporcionan control de las lesiones en 90% de los casos con 10% de recurrencias, con la ventaja de que se puede administrar durante el embarazo y la lactancia. Además es de bajo costo que se encuentra al alcance de todos los pacientes (Conzuelo, 2006). Como parte del tratamiento, Ramírez (1994) menciona que es importante tener las siguientes consideraciones para evitar complicaciones a futuro:

- Tratamiento del cónyuge y /o parejas sexuales

- Vigilancia por Papanicolaou o por colposcopia cada 3 o 6 meses: En caso de que la mujer presente displasia benigna, se le deberá aconsejar que regrese para otro examen entre los 3 y 6 meses, con el fin de determinar si la displasia tuvo regresión o evolución. También se recomienda explicarle por qué se le envía a otro servicio (en caso de ser necesario el tratamiento quirúrgico) para que entienda su estado de salud y sus necesidades de tratamiento (Aldana, 1994).

Por su parte, las necesidades de seguimiento de los enfermos y de sus contactos sexuales habituales con verrugas genitales (tipos 6, 11, 16 y 18) ha cambiado radicalmente al saberse que muchas mujeres con verrugas externas pueden presentar con el tiempo lesiones displásicas en cuello del útero incluso un carcinoma invasivo que deben diagnosticarse y tratarse precozmente. El hallazgo de VPH tipo 16 o 18 en la papulosis bowenoide y en los cánceres vesicales obliga a efectuar exámenes de seguimientos regulares. El hecho de que el VPH 16 se integre en el ADN regular del huésped (a diferencia de otros tipos de virus productores de verrugas que permanecen en la célula-huésped en forma de episoma) quizás explique su mayor agresividad y su menor susceptibilidad frente al tratamiento con interferón. Para la detección precoz del cáncer, todos los médicos al cuidado de enfermos con verrugas genitales deben insistir en la realización de una colposcopia mas estudio citológico del cuello del útero al menos una vez al año o a intervalos mas cortos (Manual Merck, 1992).

En México, los informes provenientes de hospitales que cuentan con unidades de oncología señalan un 80% de tumores de cervix avanzados y sólo un 20% de lesiones tempranas (cáncer in situ), lo cual indica una falla de tiempo en la detección (Tapia, Sandoval, García, Durán y Morales, 1998).

Cabe mencionar que el VPH no afecta el comportamiento del VIH, pero el VIH puede afectar el desarrollo de verrugas causadas por el VPH. Sin embargo, las personas infectadas por VIH, pueden experimentar más brotes de verrugas, mayor número de ellas y de mayor tamaño. También puede ser necesario tratamiento para las verrugas por más tiempo de lo normal. Como ya se ha explicado, las verrugas pueden causar desarrollo pre-cancerosos en el cervix de la mujer. Esta posibilidad es más alta en las mujeres positivas al VIH. Es por

eso que se recomienda que las mujeres se hagan un Papanicolaou cuando salgan positivas a la prueba de VIH y que se repitan el examen una vez por año. Tanto los hombres que tienen sexo con otros hombres como las mujeres que practican sexo anal tienen riesgo de estar infectados con el VPH y desarrollar verrugas en el área anal sin estar conciente de ello. Esta condición es mas frecuente en personas con VIH. Es por eso muy importante, que el médico examine el área anal y rectal para detectar cualquier cambio que pueda indicar una condición precancerosa. Aunque la efectividad del Papanicolaou anal para prevenir el desarrollo de cáncer sigue en investigación, se recomienda este examen a aquellos hombres y mujeres que tienen o han tenido verrugas anales (Sida Ahora, 2005).

3.8 La vacuna contra el VPH

Recientemente, la Food and Drug Administration (FDA) de los Estados Unidos aprobó una vacuna que es muy efectiva en la prevención de infecciones persistentes por los tipos 16 y 18 dos VPH de “alto riesgo” que causan la mayoría (70%) de los cánceres cervicales y los tipos 6 y 11, que causan prácticamente todas las verrugas (90%). La FDA aprobó recientemente *Gardasil*, una vacuna producida por Merck & Co., Inc (Merck). Se le dice vacuna cuadrivalente porque protege contra cuatro tipos de VPH: 6, 11, 16 y 18. *Gardasil* se administra en una serie de tres inyecciones en tejido muscular por un periodo de seis meses. Es altamente efectiva ya que previno casi el 100% de los cambios precancerosos de las células cervicales causados por los tipos de VPH en el blanco de la vacuna hasta por un periodo de cuatro años después de la vacunación.

Hasta el momento no se han registrado efectos secundarios graves. El problema más común ha sido dolor breve en el sitio de la inyección y otros síntomas que también pueden ser experimentados al aplicarse cualquier otra vacuna de rutina. También se ha comprobado que *Gardasil* es efectiva solamente si se administra antes de la infección, por lo que se recomienda ser aplicada antes de que el individuo sea sexualmente activo, esto es en mujeres de 9 a 26 años de edad. Debe considerarse que *Gardasil* no protege contra todos los VPH, por lo tanto las pruebas de Papanicolaou son especialmente esenciales para detectar los cánceres cervicales y los cambios precancerosos. Además las pruebas de Papanicolaou

son importantes para las mujeres que no han sido vacunadas o que ya están infectadas por VPH. El costo de la vacuna varía de acuerdo al país y a sus leyes estatales, en Estados Unidos el precio varia de los 30 a los 50 dólares.

En México sólo es administrada a nivel medico particular y cuesta aproximadamente de 1500 pesos por vacuna (El Continental, 2006).

Otra vacuna prometedora es *Cervarix* de GlaxoSmithKline (GSK) que esta realizando pruebas correspondientes, pero todavía no ha sido aprobada por la FDA. Esta vacuna se dice bivalente porque su blanco son dos tipos de VPH: 16 y 18. Los resultados iniciales demuestran que esta vacuna protege también contra la infección persistente de estos dos tipos de VPH. También se administra en tres dosis por un periodo de seis meses. Ambas vacunas se basan en la tecnología desarrollada en parte por científicos del Instituto Nacional de Cáncer de Estados Unidos, este instituto licenció la tecnología a las dos compañías farmacéuticas ya mencionadas, para desarrollar vacunas contra VPH para distribución general.

La vacunación generalizada tiene el potencial de reducir en dos terceras partes el número de muertes por cáncer cervical en el mundo, si todas las mujeres se vacunaran, además se lograría la disminución de cuidados médicos, biopsias y procedimientos invasores asociados con el seguimiento después de pruebas anormales de Papanicolaou.

La vacuna tetravalente recombinante contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) de Merck Sharp & Dohme (MSD) fue aprobada en México para prevenir el cáncer cervicouterino así como para las lesiones precancerosas, según el corporativo. MSD indicó que México se convierte así en el primer país en aprobar la vacuna desarrollada por esa compañía contra el VPH, mientras está en revisión en Estados Unidos, la Unión Europea, Argentina, Australia, Brasil, Singapur y Taiwán, entre otros. La vacuna referida ha demostrado que brinda protección contra los objetivos principales más significativos de los estudios clínicos, que son precursores inmediatos del cáncer cervical invasor (El Continental, 2006).

Incluso, la Secretaría de Salud ya inició pláticas con MSD para establecer algún convenio que permita al gobierno federal distribuir la vacuna en forma gratuita. También los hombres están incluidos, porque generalmente, son ellos quienes transmiten el virus a sus parejas (La Jornada, 2006).

3.9 Consecuencias físicas del VPH

Cuando las verrugas afectan el tracto reproductivo bajo (genitales externos, vagina y cervix) que no se tratan a tiempo pueden desarrollarse y afectar el tracto reproductivo alto (útero, trompas de Falopio y ovarios) causando Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI), cuyas consecuencias pueden ser esterilidad, embarazos ectópicos y dolor pélvico.

(www.cdc.gov, 2007):

Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI): Se refiere a una amplia variedad de afecciones, que tienen un común denominador: procesos inflamatorios en el aparato genital o en órganos adyacentes. Estos procesos inflamatorios infecciosos afectan principalmente el útero y las trompas de Falopio. Y puede ser causado por una gran variedad de microorganismos que llegan a la pelvis por varias vías y diferentes mecanismos, de esta manera, los agentes capaces de producir EPI son aquellos que forman parte de las Infecciones de Transmisión Sexual y los de la flora endógena de la propia mujer.

La OMS, ha identificado cuatro síntomas (Blanco, 1991):

- Temperatura bucal de 38 grados o más, antes del examen vaginal.
- Sensibilidad y dolor en la parte inferior del abdomen y dolor al hacer movimiento.
- Dolor en la movilización del cérvix uterino y en la presión de uno o ambos anexos.
- Masas palpables dolorosas nivel de los anexos.

Las mujeres que presentan síntomas de EPI sufren, por lo general, de dolor de vientre. Otros signos y síntomas incluyen fiebre, flujo vaginal poco usual que puede tener mal olor, relación sexual dolorosa, dolor al orinar, menstruación irregular y dolor en la parte superior, puede causar daño permanente a los órganos reproductivos femeninos. La ecografía pélvica es un procedimiento útil para diagnosticar la EPI. Este examen permite visualizar el área de la pelvis para ver si las trompas de Falopio están agrandadas o si hay un absceso. En ciertos

casos, puede ser necesaria una laparoscopia para confirmar el diagnóstico. La laparoscopia es un procedimiento quirúrgico menor mediante el cual un tubo delgado y flexible con una luz al final (laparoscopio) se inserta en el vientre mediante una pequeña incisión. Este procedimiento le permite al médico ver los órganos pélvicos internos y obtener muestras para estudios de laboratorio, si es necesario (Blanco, 1991).

Esterilidad: Se considera que una mujer es estéril, a partir de los dos años de haber iniciado relaciones sexuales sin utilizar algún método anticonceptivo y no lograr el embarazo, siendo menores de 25 años, y al año en mujeres de mayor edad. Y se debe a que las bacterias causantes de la infección pueden invadir silenciosamente las trompas de Falopio y hacer que el tejido normal se convierta en tejido cicatricial. Este tejido bloquea o interrumpe el movimiento normal de los óvulos hacia el útero. Si las trompas de Falopio están totalmente bloqueadas por el tejido cicatricial, el esperma no puede fertilizar un óvulo y la mujer queda estéril, situación también conocida como esterilidad obstructiva postinflamatoria con cierre bilateral en las trompas (Botella, 1988). La infertilidad se considera a partir de dos abortos o fetos no viables o malformaciones también puede presentarse cuando las trompas de Falopio están bloqueadas parcialmente o ligeramente dañadas. Aproximadamente, una de cada ocho mujeres con EPI queda infértil, y si la mujer tiene episodios múltiples de EPI, aumentan las posibilidades de infertilidad (González-Merlo, Vanrell e Iglesias, 1992).

Embarazo Ectópico: Se puede definir como toda implantación embrionaria fuera de los límites de la cavidad endometrial. Asimismo, una trompa de Falopio parcialmente bloqueada o levemente dañada puede hacer que un óvulo fecundado permanezca en la trompa de Falopio. Si el óvulo fecundado empieza a crecer en la trompa como si estuviera en el útero, ocurre lo que se llama embarazo ectópico. A medida que crece, el embarazo ectópico puede romper la trompa de Falopio y causar gran dolor, hemorragia interna y hasta la muerte (Remohi, Cobo, Romero, Pellicer y Dimon, 2005).

Dolor Pélvico: La cicatrización en las trompas de Falopio y en otras estructuras pélvicas puede causar también dolor pélvico crónico (un dolor que dura meses y hasta años).

Cabe mencionar que la principal consecuencia del Virus de Papiloma Humano, cuando no es tratado a tiempo, es la evolución a cáncer cervicouterino. El cáncer es conocido como un tumor maligno formado por la multiplicación desordenada de las células de un tejido o de un órgano. El cáncer cervicouterino es uno de los que más muertes causan en México, después del cáncer de mama, entre las causas del cáncer cervical se encuentran: el iniciar vida sexual a temprana edad, múltiples parejas sexuales, la presencia del virus del herpes simple 2, así como del virus de Papiloma Humano tipo 6, 11 y 18, estas últimas consideradas enfermedades de transmisión sexual.

Con el cáncer ya invadiendo órganos vecinos, se presentarían diversos síntomas, como hemorragias vaginales constantes y continuas, en pequeña o en gran cantidad, dolor en el área pélvica y fiebre; así como infecciones en varios sitios del organismo, como el que se presenta en vías urinarias, que pueden mantenerse hasta terminar con la vida de la paciente por insuficiencia renal terminal. La duración de esta enfermedad es larga y durante la misma los síntomas son numerosos e insidiosos, van mermando la salud y la actividad de la paciente, la cual se ve incapaz de llevar a cabo sus actividades, ya sea en su hogar o en su trabajo, obligándola continuamente a buscar ayuda médica, por las hemorragias, fiebres o dolor, además de imposibilitarla total o parcialmente en su vida sexual y laboral (Alonso y Lazcano, 2003).

3.9.1 Reacciones Psicológicas ante la detección de VPH

Ya se revisaron algunas complicaciones físicas que se generan cuando el VPH no se diagnostica a tiempo o cuando éste no se trata de manera adecuada. Sin embargo, las reacciones psicológicas que se presentan desde el momento en que el paciente se entera de los resultados positivos, desequilibran su estado emocional y sin duda complican la recuperación física.

Es importante mencionar que la falta de investigación sobre efectos psicológicos al contraer VPH 16, 18, 11 o 6, los cuales provocan cáncer cervicouterino y por lo tanto la muerte, es evidente. Las investigaciones se enfocan al VIH/sida y al cáncer en general aun cuando el

VPH es igual de peligroso, sin embargo se considera que los sentimientos, emociones y cogniciones depresivas se experimentan en cualquiera de los dos casos aunque probablemente la intensidad del dolor emocional es más fuerte en aquellos pacientes que se acaban de enterar que son VIH positivos, el sometimiento a los tratamientos para el VPH así como para el control del cáncer son igual de intensos y agresivos. En ese sentido podría considerarse que las reacciones psicológicas encontradas en personas con VIH/Sida y diagnosticadas a cáncer se pueden presentar de manera similar en aquellas que adquirieron el VPH, debido a que ambos comparten características de infección relacionadas con las prácticas sexuales de riesgo.

De acuerdo a esto, el cáncer así como el VPH, se desarrolla en una serie de fases durante las cuales el paciente debe enfrentarse a las situaciones de estrés que se derivan de la enfermedad Fawzy (1996, en Nieto, Abad, Esteban y Tijerina, 2004).

- **Prediagnóstico:** A lo largo de esta fase se somete al paciente a distintas pruebas diagnósticas, que en muchos casos desencadenan sentimientos de incertidumbre y preocupación, y pueden producir respuestas desadaptativas tales como hipervigilancia, preocupación excesiva, hipocondría y alteraciones del sueño.
- **Diagnóstico:** En esta fase se produce, en la mayoría de las ocasiones, un fuerte impacto emocional y, como consecuencia, suelen aparecer diversas reacciones no adaptativas como la negación, el rechazo fatalista, la depresión o la hostilidad.
- **Tratamiento:** durante este periodo es frecuente la presencia de distintos miedos con matices en función a la terapéutica empleada. El miedo a la intervención quirúrgica, al posible cambio en la imagen corporal producida por cirugías agresivas.
- **Postratamiento:** En esta fase el paciente puede expresar sus miedos a la recidiva de la enfermedad y manifestarlos mediante una exagerada autoobservación o presentando actitudes o expectativas con una gran carga de ansiedad o depresión.
- **Recidiva:** La presencia de nuevos síntomas, que ponen de manifiesto que el proceso se ha reanudado, desencadena un nuevo ciclo adaptativo, con la presencia de incredulidad, rabia y hostilidad, ansiedad o depresión. La característica de esta fase

es que el paciente experimenta mayores dificultades para enfrentarse de nuevo a la experiencia de la enfermedad y, consecuentemente, las probabilidades de que fracasen los mecanismos de adaptación son mayores, de manera que el paciente puede presentar cuadros depresivos y de ansiedad.

Aunado a esto, las reacciones psicológicas que se presentan en estas fases, dependerán de la historia y personalidad de la paciente (Moreno, 1994). También influye, la situación de contagio, los mecanismos de afrontamiento, madurez emocional en el momento del diagnóstico, creencias religiosas, actitudes espirituales o filosóficas, así como las condiciones socioeconómicas (Holland, 1989 en Nieto, Abad, Esteban y Tijerina, 2004). Como consecuencia la paciente activa su “angustia de muerte”, produciéndose una revaloración de su proyecto de vida (Santelices, 2002 en Ríos, 2005). Mejía (2000) agrega que en estas personas se generan cambios en la percepción de sí mismos y de los eventos en general que se presenten, al igual que el impacto ocasionado por la noticia de estar enfermos y los cambios físicos que se asocian a una enfermedad, lo cual resulta ser un duro golpe a la autoestima y autoconcepto, aspectos que están íntimamente relacionados con las variables de edad, sexo, orientación sexual, grado de instrucción, estatus socioeconómico, y ocupación, lo cual repercute directamente en la identidad de los individuos, sus metas, expectativas y ambiciones que al verse amenazadas influyen en el proceso de adaptación a su actual condición y conlleva a realizar una revalorización y jerarquización de todo aquello que constituye la vida, afectando el bienestar físico, sexual, laboral y familiar del individuo enfermo. Holland (1989 en Nieto, Abad, Esteban y Tijerina, 2004) agrega que en el paciente se inicia una serie de percepciones negativas y se desarrollan toda una serie de expectativas y fantasías de carácter negativo que se asocian a la idea de muerte, deformidad, incapacidad, dependencia, alteración en las relaciones personales, dolor y desvinculación del entorno.

Las reacciones psicológicas más comunes incluyen, cuadro agudo emocional, insomnio y suicidio. El **cuadro agudo emocional** es un tipo de respuesta ante una situación profundamente perturbadora y que orgánica y psicológicamente se percibe como peligrosa. Es un proceso adaptativo, una respuesta biológica ante la expectativa de pérdidas,

sufrimientos o la imagen de una muerte probable. La sintomatología varía de acuerdo con la personalidad del paciente y suele ser: shock inicial, pensamientos negativos sobre su futuro, desesperanza, fantasías de suicidio, anorexia, tensión y respuestas explosivas como pérdida de autocontrol, poca posibilidad de concentrarse o descansar, agitación, desinterés o interrupción de sus actividades, retracción social o irritabilidad (Moreno, 1994).

Ansiedad: Es un modelo complejo y variable de conductas, que aparecen en el sujeto como respuesta a una situación estimulante determinada, la cual podría ser desencadenada por factores ambientales o por las propias cogniciones (pensamientos, ideas y creencias), se puede presentar: aceleración del ritmo cardiaco, sensación de opresión torácica o abdominal. Las emociones del individuo pueden variar incluso ser vividas de forma opuesta, en las personas con VIH/SIDA y VPH las reacciones de ansiedad en algún momento pueden ser extremas sobre todo en aquellos casos en los que no existe peligro real para la salud o la vida de las personas, peligro que se vive a nivel cognitivo (Moreno, 1994),

La **ansiedad** se puede manifestar por alteraciones en cualquiera de los tres canales de respuesta: Fisiológico, Cognitivo y Motor (Ellis, 2001, en Ríos, 2005):

- Nivel fisiológico: Respuesta galvánica de la piel. Cambio en el ritmo cardiaco presión y volumen sanguíneo, respiración agitada, tensión muscular, respuestas pupilares.
- Nivel cognitivo: Entendido como los pensamientos, creencias y atribuciones negativas del individuo. Ejemplo de ello, es el tipo de respuesta anticipatoria negativa y estresante, pensamientos catastróficos sobre su futuro, aunque en muchas ocasiones no existan datos que pudieran provocarlas.
- Nivel motor: Temblores como consecuencia de la excitación fisiológica, respuestas de evitación y escape, así como inquietud y movimientos bruscos.

Cuando la ansiedad se manifiesta y se mantiene por periodos largos de tiempo, el organismo se resiente y los efectos a nivel fisiológico provocan que el organismo se vuelva más vulnerable. Incluso las personas ansiosas se vuelven inseguras, se sienten incapaces y están sujetas a una constante tensión y preocupaciones diversas, magnifican sus dificultades y esperan lo peor; tienen gran dificultad para conciliar el sueño y cuando lo logran éste es intranquilo y no satisfactorio (Moreno, 1994).

Depresión: La depresión viene del término latino *depressio* que puede traducirse como “hundimiento”. El término engloba un conjunto de tipos y subtipos de trastornos anímicos (Núñez, Gil, Carrasco, y García, 2001). Gallagher y Thompson (1983) aportan una definición biopsicosocial, en la cual la depresión es considerada como un producto final, que refleja un conjunto de problemas simultáneos en diferentes áreas: psicológicas, biológicas y sociales. Aunque la característica inicial de la depresión sea el sentimiento de desánimo y de melancolía, además implica, determinadas conductas (actividades, apariencia física), pensamientos (ideas de inutilidad, pensamientos suicidas) y suele acompañarse de ciertas manifestaciones físicas como insomnio o pérdida de apetito. Vallejo (1998) agrega que el trastorno depresivo es la consecuencia de la incapacidad para resolver un problema debido a la falta de estrategias efectivas para abordarlo, lo cual puede llevar a la persona a un estado de pasividad, de entrega y de renuncia. Afectando de forma global a la persona, originando cambios en todas las áreas de su comportamiento. Moreno (1994) menciona que la depresión es un estado de ánimo disfórico donde la aflicción y la tristeza, están relacionados con conflictos, situaciones, duelos, acontecimientos personales. Y puede interpretarse como la respuesta de un individuo al estrés ocasionado por su enfermedad maligna, pero esta depresión no solo puede acompañar a la enfermedad, sino, que tiende a agravarla y en ocasiones a precederla, Chinchilla (1999) menciona algunos síntomas:

Humor, afecto y sentimientos: el humor suele ser el síntoma clave (tristeza vital y profunda); se sienten vacíos, anestesiados y a veces incapaces de expresar esa tristeza; irritabilidad; tendencia al llanto, frecuente.

Lenguaje: Dan respuestas simples y cortas con un tono de voz bajo y con un tiempo de latencia alargado entre pregunta y respuesta.

Pensamiento: suele ser lento, con un contenido negativo del mundo y de si mismo; son frecuentes las rumiaciones sobre la pérdida, culpa, ruina, hipocondría, suicidio y muerte: en ocasiones estas ideas suelen ser delirantes.

Cognición: disminuye la atención y la concentración.

Síntomas somáticos: perdida de apetito y peso, disminución o perdida de la libido, estreñimiento, empeoran por las mañanas y tienden a mejorar por las tardes.

Síntomas interpersonales: En este caso las personas podrían ser demandantes, manipuladoras, negativas, hostiles y quejumbrosas. Hoffman, (1976, en Moreno, 1994) organiza estos síntomas en tres niveles:

- Nivel Fisiológico: Fatiga y cansancio, malestar físico, llanto, tensión, alteraciones en la escala del sueño.
- Nivel cognitivo: incluye alteraciones en la esfera de lo motivacional, como el aislamiento social, perdida de interés por los demás, dificultad en la toma de decisión, pensamientos suicidas, minusvaloración personal e inseguridad, culpa, dificultad de concentración y preocupación excesiva de la salud.
- Nivel Motor: movimientos lentos, agitación, bajo nivel de actividad. En general se llega a manifestar una disminución de conductas motoras junto con quejas frecuentes sobre su situación.

El hecho de que las actividades de una persona empiecen paulatinamente a perder significado para ella, que ya no le llenen como antes, que vayan perdiendo en definitiva su poder reforzante, puede ser una causal de la aparición de las respuestas depresivas.

En resumen, el Virus de Papiloma Humano (VPH), incluye una numerosa familia de más de 100 tipos diferentes, los cuales afectan la piel, causando un crecimiento irregular de verrugas, los tipos que se transmiten por vía sexual, pueden causar cambios pre canceroso en el cérvix y genital de la mujer, ano y piel del pene en el hombre. En el mundo, la mayor frecuencia de VPH de alto riesgo (16, 18, 31,35) se encuentran en África y América Latina, en ésta última prevalece el tipo VPH 16, el cual ocasiona cáncer cervicouterino. Se ha encontrado que los grupos de mayor riesgo son las mujeres de 19 a 25 años, lo cual revela

como principal factor de riesgo, el inicio precoz de las relaciones sexuales (antes de 18 años) más de cuatro embarazos, más de cuatro partos, embarazos a temprana edad (antes de 18 años), no utilizar protección (condón femenino o masculino), así como la promiscuidad.

Cuando la piel ha sido infectada, suelen manifestarse verrugas genitales en forma de diminutos tumores de partes blandas húmedos y rosáceas, que experimentan un rápido crecimiento hasta adoptar un aspecto pedunculado (coliflor), las cuales varían en apariencia entre las del varón y la mujer. En la mujer son blandas de color rosa o gris y conectadas en racimos, en el varón se presentan en el pene son blandas, lisas y palpulares. En la mujer, el VPH llega hasta el cuello del útero y una vez infectado comienza a formarse el tumor canceroso. Existen algunas formas de diagnosticar el VPH, la más común y accesible es la prueba de Papanicolaou, ésta prueba es una manera de examinar células recolectadas del cuello del útero y la vagina, para revelar la presencia de infección, inflamación, células anormales o cáncer. La prueba es simple, rápida y no causa dolor. Una vez, que se detecta alguna alteración vírica y/o displasia, se realiza una colposcopia y una biopsia en las lesiones sugestivas de displasia cervical. El tratamiento se recomienda únicamente si hay verrugas visibles o anomalías en el papanicolaou y consiste en destruir o cortar los tejidos anormales, tales como las verrugas, anomalías celulares pre- cancerosas o formaciones cancerosas como tales.

Existen dos tipos de tratamiento, aquellos aplicados por el médico especialista y aquellos recetados por él mismo, pero que el paciente puede aplicarse en casa. Dentro de las complicaciones físicas que puede originar el VPH, se encuentra la evolución a cáncer cervicouterino en las mujeres y se presentan diversos síntomas, como hemorragias vaginales constantes y continuas, así como infecciones en varios sitios del organismo, como el que se presenta en vías urinarias, que pueden mantenerse hasta terminar con la vida de la paciente por insuficiencia renal terminal. Esta enfermedad va mermando la salud y la actividad de la paciente, además de imposibilitarla total o parcialmente en su vida sexual y laboral (Alonso y Lazcano, 2003).

Respecto a las reacciones psicológicas, inicia un cuadro de depresión y ansiedad, factores que sin duda disminuyen la energía y ánimo de continuar con los tratamientos, y con la vida cotidiana de la persona, lo cual repercute directamente en las metas y expectativas, afectando su bienestar físico, sexual, social, laboral y familiar, la depresión suele agravar la enfermedad y la situación en sí. Razón por la cual, el psicólogo de la salud tiene un papel muy importante de intervención, para apoyar y orientar al paciente para el manejo adecuado de su situación emocional y del establecimiento de conductas sexuales saludables específicamente.

CAPÍTULO 4. PROPUESTA: EL PAPEL DEL PSICÓLOGO DE LA SALUD EN LA PREVENCIÓN DEL VPH

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son en sí un problema de salud pública, de entre ellas destaca el Virus de Papiloma Humano (VPH) específicamente los tipos 6, 11 y 16, dado que al no tratarse a tiempo y de forma correcta evolucionan a Cáncer cervicouterino. El cáncer cervicouterino, es la primera causa de muerte en mujeres a partir de los 25 años de edad, en México. Debido a que tanto el coito precoz como la promiscuidad son condiciones actuales del adolescente y de la mujer en general, facilitando el contagio del VPH. Influyen otros factores, como no realizarse con regularidad la prueba de detección oportuna Papanicolaou, no asistir por los resultados y en el peor de los casos, no adherirse al tratamiento. Aunado a esto las consecuencias psicológicas impiden la pronta recuperación de la paciente y su adherencia al tratamiento mermando la calidad de vida, destaca el estrés, la ansiedad, la depresión, cuadro agudo emocional, insomnio entre otros.

Sin embargo, el hecho de que la mujer no mantenga una conducta sexual saludable, no tenga una cultura de prevención, ni de autocuidado, sugiere que los motivos van más allá de cumplir con una revisión ginecológica anual, Montoya (2002) menciona que las características genéricas de la identidad femenina tales como: el mito de ser para el otro, la dependencia, la sumisión, la domesticidad, el sentimiento de culpa, así como el control de la sexualidad femenina, la expropiación del cuerpo y la baja escolaridad de algunas mujeres favorecen la exposición a las causas que originan el contagio del VPH, aun cuando la prueba de Papanicolaou es gratuita en todos los centros de salud de México. Todo ello en el contexto de dominación/subordinación, en el que las relaciones de pareja se establecen de manera asimétrica y de manera desfavorable para las mujeres.

Considerando estos elementos es pertinente la elaboración de la propuesta de un taller integral en educación sexual enfocado a la prevención del VPH 6, 11 y 16, apoyado de la perspectiva de género, donde el papel del psicólogo de la salud es fundamental, al tener por objetivo:

- La modificación de conductas sexuales de riesgo, a través de la adquisición de habilidades sociales tales como toma de decisión, asertividad y negociación las cuales favorecerán la autoestima, conductas de autocuidado y sensibilización a comportamientos sexuales seguros.

Descripción del taller en educación sexual integral

El taller estará enfocado a la población femenina de los 13 a los 30 años. Sin importar su orientación sexual se les pedirá que asistan con su pareja. El taller consta de 14 sesiones, con una duración de hora y media cada una, en ocasiones puede durar más o menos según el trabajo de quipo. Los contenidos del taller se dividirán en tres bloques. En el primero se trabajará con información acerca del VPH considerando antecedentes, factores de riesgo, signos y síntomas, diagnóstico, tratamiento y consecuencias tanto físicas como psicológicas. En el segundo bloque se hará énfasis en los comportamientos sexuales saludables, brindando información acerca de “Sexo seguro” y “Sexo protegido”, así como de habilidades sociales: toma de decisiones, asertividad y negociación. Finalmente en el bloque tres se trabajará a través de la reflexión y decodificación de las experiencias y significados que las mujeres tienen acerca de la sexualidad, las relaciones de género y el cuerpo. La dinámica para los tres bloques iniciará con raportt, enseguida se presentará el tema por parte de la facilitadora con apoyo de diapositivas y para complementar se apoyará de técnicas grupales, tales como, lluvia de ideas, juego de roles y sociodrama según sea el tema. Cada sesión finalizará con la aclaración de dudas y conclusiones por parte de la facilitadora, las conclusiones siempre se apuntarán en una hoja de rotafolio y se pegará en la parte central del salón, además a cada participante se le dará hojas blancas y lápices para que tome nota de las conclusiones.

Bloque 1. Virus de papiloma humano

1ª sesión: ¿Qué es el VPH?

Objetivo: Las participantes adquirirán conocimientos básicos y actualizados acerca del VPH.

Material: Diapositivas y cañón

Actividades: Se brindará información actualizada acerca del VPH: antecedentes y definición, tipos de virus, factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento, así como implicaciones físicas y psicológicas. Se expondrán dudas por parte de las y los asistentes y se resolverán por parte de la facilitadora.

2ª sesión: La exploración ginecológica y el Papanicolaou

Objetivos: Las participantes analizarán la importancia de llevar a cabo la toma de muestra de Papanicolaou generando una actitud positiva hacia la misma.

Identificarán los significados de los resultados y

Reflexionarán acerca de la importancia de adherirse al tratamiento.

Actividades: proyección de una película de contenido educativo acerca de la toma de muestra de papanicolaou, procedimiento, recomendaciones ginecológicas antes de llevar a cabo la prueba, los instrumentos y material que utilizará el personal especializado. Al final de la proyección, las participantes expondrán los significados y creencias que tienen acerca de la misma.

Material: reproductor de DVD y DVD educativo acerca de la toma de muestra de Papanicolaou.

Bloque 2. Conductas sexuales saludables: “sexo mas seguro”

3ª sesión: Placer sin riesgo

Objetivo: Las participantes adquirirán la habilidad para tener prácticas sexuales placenteras sin penetración.

Actividades: Se formarán equipos de 6 personas cada uno (tres mujeres y tres hombres) se les repartirá hojas y lápices y se les pedirá que platiquen acerca de prácticas sexuales que

les producen placer sin riesgo, haciendo una lista. Cuando todos los equipos hayan terminado, la expondrán de manera ordenada. La facilitadora tomará nota en las hojas de rotafolio a través de la lluvia de ideas. Ganará el equipo con las ideas más creativas y divertidas. La facilitadora también compartirá su propia lista. Al final se hará una reflexión acerca de lo importante que es desgenitalizar el cuerpo y de las opciones que existen para sentir placer y conocer de manera divertida y sin riesgo el cuerpo de nuestra pareja.

Material: rotafolio, marcadores, hojas blancas y bolígrafos.

4ª sesión: “Manos a la obra”: “sexo protegido”

Objetivo: Las participantes adquirirán la habilidad de colocar correctamente el condón masculino y el condón femenino.

Actividades: Se formaran parejas (un hombre y una mujer) para ordenar de manera correcta los pasos a seguir para colocar tanto el condón masculino como el femenino. La primer pareja que arme de manera correcta el rompecabezas, elegirá a la pareja que pasará al frente para colocar de manera correcta el condón femenino, entre los dos tienen que colocarlo y explicarán paso a paso el procedimiento a seguir, cuando terminen, la facilitadora retroalimentará a la pareja y corregirá (de ser necesario) colocando y explicando el uso correcto del condón femenino. Cuando la facilitadora terminé elegirá otra pareja para colocar el condón masculino, el proceso se repite. Al final la facilitadora mostrará una opción más de colocar el condón masculino (por ejemplo: con la boca). Se reflexionará acerca de la importancia de usar de forma correcta ambos condones.

Material: dildo masculino (pene de juguete), dildo femenino (vagina de juguete). Condones masculinos y condones femeninos. 1 rompecabezas con la imagen de los 6 pasos a seguir para colocar el condón masculino y un rompecabezas con la imagen de los 6 pasos a seguir para colocar el condón femenino.

5ª sesión: Frases asertivas

Objetivo: Adquisición de habilidades para la comunicación asertiva.

Actividad: Se repartirá el material a los participantes y se les pedirá que escriban una frase o pregunta respecto a alguna dificultad que hayan tenido en su vida sexual con su pareja, colocarán su frase en la caja 1 y en la caja 2 algún objeto personal. La facilitadora tomará un objeto de la caja y pedirá al dueño que se identifique, enseguida se le pide que tome una frase de la caja, que la lea en voz alta y que construya una frase asertiva de acuerdo a la situación que plantea la tarjeta. La actividad continúa hasta que todos participen. La facilitadora retroalimentará cada participación y propondrá respuestas asertivas cuando las participaciones no hayan sido correctas. Se finaliza con las conclusiones del grupo.

Material: Tarjetas en blanco, hojas de papel y lápices. Dos cajas marcadas, una con el número 1 y la otra con el 2.

6ª sesión: Negociando un encuentro sexual protegido

Objetivo. Adquisición de habilidades de negociación del uso del condón masculino.

Actividad: A través del juego de roles una pareja del grupo representa una historia sin fin donde la chica no quiere tener relaciones sexuales con su pareja hasta que él use el condón, ella trata de convencerlo platicándole sobre los diferentes tipos de condón y de lo divertido que resultaría colocarlo juntos, aunque su pareja no se muestra muy convencida. Finaliza la representación y se le pregunta al grupo ¿qué harían si estuvieran en esa situación?, ¿qué creen que sucedió finalmente con la pareja?, se plantean soluciones y conclusiones.

Material: Hojas de rotafolio, hojas blancas, marcadores y lápices.

7ª sesión: Toma de decisiones

Objetivo. Adquisición de habilidades para tomar decisiones efectivas.

Actividad: Se narrará al grupo una historia sin fin, donde una pareja de adolescentes ha decidido iniciar su vida sexual juntos, sin embargo él tiene algunas dudas respecto al pasado de su novia, pues aunque tienen la misma edad, ella inicio su vida sexual desde hace tiempo, ella ha insistido en tener relaciones sin condón, el novio no sabe que decidir aunque la ama no esta dispuesto a correr algún riesgo, pero tiene miedo de que su novia se enoje y nunca vuelva a tomar la iniciativa. Finaliza la historia y se le pregunta al grupo ¿qué

decisión tomarían si estuvieran en esa situación? ¿Han estado en alguna situación parecida? ¿Cómo lo solucionaron? ¿Conocen las consecuencias de tomar una decisión que no quieren?. Se plantean soluciones y se concluye.

Bloque 3. Las relaciones sexuales desde la perspectiva de género.

8ª sesión: La crítica de la doble moral sexual

Objetivo: Las participantes analizarán las razones y los sentimientos acerca del hombre infiel y la mujer que debe ser fiel. Reflexionarán la importancia de las relaciones sexuales protegidas.

Actividad: Mediante la discusión dirigida se plantean varias preguntas abiertas al grupo, por ejemplo: ¿Qué piensan acerca de que los hombres tengan varias parejas al mismo tiempo? ¿Por qué creen que ocurra esto? ¿Qué pasa si una mujer hace lo mismo? ¿Cuál es su posición ante esta situación? ¿Qué proponen ustedes?. Se discuten en pequeños grupos y en plenaria se reflexiona a través de lluvia de ideas acerca de lo importante que es exigir el condón a nuestra pareja. Se hace conclusión grupal.

9ª sesión: la relación de pareja y la salud sexual de las mujeres

Objetivos: Las participantes identificarán las consecuencias de la relación de inequidad en la salud de las mujeres.

Reflexionarán acerca de la importancia del autocuidado.

Actividades: Habrá dos representaciones por parte de los integrantes del grupo en la primera se planteará la situación de una pareja, donde el esposo es muy violento y celoso con ella, ella es muy responsable con todas sus actividades del hogar, sin embargo desde hace 3 años no se ha hecho la prueba de Papanicolaou, según ella porque primero esta su esposo y porque no va a ningún lado si él no la acompaña, él no tiene tiempo...finaliza la representación. En la segunda representación participa otra pareja con una situación totalmente contraria, finaliza la representación. La facilitadora pregunta al grupo ¿Qué vimos?, ¿Qué sentimos?, ¿Qué podemos aprender de esta situación?, ¿Hemos vivido alguna

situación parecida?, inicia la discusión dirigida, al finalizar se formulan reflexiones y conclusiones.

Material: Hojas de rotafolio y marcadores.

10ma sesión: la dependencia femenina y su relación con varias parejas sexuales.

Objetivo: Los participantes analizarán las relaciones de dependencia de las mujeres hacia los hombres, reflexionarán acerca de las desventajas y consecuencias de ésta.

Actividades: Se narrará una historia sin fin en la cual una mujer se siente incapaz de mantener una estabilidad económica y emocional por sí misma. Por lo que busca unirse con alguien que la saque adelante aunque no lo ame. Termina la historia, se abre la discusión en pequeños grupos y se reparte a cada equipo una pregunta: ¿Por qué tantas mujeres se unen a hombres que las maltratan y que no los aman? ¿Cuáles son las consecuencias de esta dependencia? ¿Es posible ser independiente económica y emocionalmente de un hombre?. En plenaria se plantean las soluciones de cada equipo se discuten y se concluye.

11va sesión: los derechos sexuales y la salud reproductiva de las mujeres.

Objetivo: Las participantes adquirirán información acerca de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres así como la habilidad para exigirlos y ejercerlos.

Actividades: Se elegirá una pareja de mujeres las cuales a través de la dinámica “Abogada defensora y fiscal” argumentarán en contra o a favor de los derechos de la mujer, la fiscal argumenta que las mujeres no tienen derechos sexuales, la abogada argumenta en contra y menciona una extensa lista de los derechos sexuales de la mujer. A continuación se pregunta al grupo: ¿Quién tiene la razón?, ¿Conoces tus derechos sexuales? ¿Cuáles ejerces?, ¿Los pondrás en práctica en tu vida diaria?. Inicia la discusión y se formulan conclusiones.

Material: Hojas de rotafolio, marcadores y hojas blancas.

Bloque 3b: La unión hace la fuerza

12va sesión: las enemigas de las mujeres son las propias mujeres

Objetivo: Las participantes harán conciencia sobre su papel como reproductoras del régimen de dominación masculina

Actividades: se narrará una historia sin fin, donde un grupo de amigos platica sobre el maltrato que sufre su mejor amiga por parte de su pareja, lo peor de la situación es que ella lo justifica y lo defiende a capa y espada, argumentado que una buena mujer acepta su esposo tal como es, así la educó su mamá, además su suegra se la pasa culpándola de la actitud de su hijo. Se inicia la discusión con preguntas abiertas: ¿la mamá tiene razón? ¿Por qué justifican a los hombres? ¿Ella debería seguir pensando así? ¿Qué harían ustedes si estuvieran en su lugar?, se relacionan con experiencias vividas por las y los participantes. Se reflexiona a través de la lluvia de ideas y se concluye.

13va sesión: Alentando la solidaridad de las mujeres

Objetivo: Reconocer la necesidad de establecer mejores relaciones entre las mujeres para lograr relaciones mas equitativas con los hombres.

Actividades: Inicia la actividad con preguntas abiertas: ¿Cómo es la relación entre mujeres y hombres? ¿Es una relación justa? ¿Por qué suceden este tipo de relaciones?

Estas relaciones pueden cambiar? ¿Las mujeres buscan el apoyo de otras mujeres cuando lo necesitan o prefieren buscar a los hombres? ¿Por qué?, ¿hay unión entre las mujeres? ¿Las mujeres comparten situaciones en las cuales pudieran unirse?, ¿las mujeres respetan y halagan a otras mujeres sobresalientes? ¿Las mujeres respetan los derechos de las mujeres? ¿Podrían unirse para luchar por ellos? Soluciones por parte del grupo, reflexiones y conclusiones.

14va sesión: El valor de la mujer

Objetivo: Las participantes identificarán y se reconocerán como seres diferentes pero igualmente valiosos que los hombres

Actividades: Se divide el grupo en dos equipos, el primero argumentará acerca del derecho natural de los hombres de dirigir a las mujeres, el segundo argumentará a favor del valor de las mujeres y de la importancia de la equidad entre ellas y los hombres, la dinámica se llevará a cabo a través de un debate, la facilitadora será la moderadora, que fomentará el respeto entre los participantes, al finalizar el debate se hablará de la importancia de la equidad de género.

El taller concluirá con una última actividad, a cada participante se le dará una tarjeta en blanco y se les pedirá que en ella describan con una sola palabra, lo que en ese momento sienten respecto a lo aprendido en el taller, se les dará lectura al azar. Se agradecerá su participación.

CONCLUSIONES

En México y en muchos países en desarrollo, el Sector Salud se enfoca más a intervenir que a prevenir. Bajo este supuesto, la atención preventiva de la enfermedad es teóricamente posible ya que por un lado, existe una poderosa contradicción entre los medios masivos de comunicación: el cine, la literatura, la música y la publicidad presentando la conquista, la búsqueda del placer y la diversión sin restricciones, abriendo el tema de la sexualidad con una tendencia al hedonismo, (búsqueda del placer como fin en sí mismo), donde éste se logra mediante el uso y hasta el abuso del otro (en muchas ocasiones la mujer, es considerada por el hombre como un objeto y el sexo queda reducido al medio que satisface una necesidad) y por el otro, el gobierno y otras instituciones promoviendo campañas en educación sexual. Aunado a esto, la desigualdad y desventaja actual entre hombres y mujeres determinada socialmente por las normas de orden jurídico, social, religioso, tradiciones, convencionalismos, estereotipos, roles, etcétera, adquiridas a través del aprendizaje por las principales instituciones sociales: la familia, iglesia, estado y medios de comunicación, reducen las posibilidades de educar a través de la prevención. En este sentido, es necesaria la participación de la sociedad en conjunto para iniciar cambios, por pequeños que sean.

Desde mi perspectiva el fomento a la prevención de infecciones de transmisión sexual puede ser iniciado a partir de las principales instituciones socializadoras:

- **La familia**

La familia es la primera institución donde se aprenden y adoptan valores, aquí se transmiten las normas que diferencian a los hombres de las mujeres, las creencias y las ideas que permiten al individuo construirse, de ahí que los valores y los hábitos adquiridos en la familia son los que más cuesta cambiar.

Razón por la cual considero de gran importancia inculcar desde la infancia el valor, el cuidado y el respeto del cuerpo específicamente en las niñas y adolescentes al ser más

vulnerables debido a su condición biológica y sociocultural, apoyarse de la perspectiva de género es fundamental para sensibilizar, reflexionar y ejercer en su momento los derechos sexuales de éstas, lo cual también contribuirá a la construcción de mujeres con decisiones propias y dueñas de sí mismas, el valor y respeto a sí mismas originará el reconocimiento, unión y respeto hacia las demás mujeres.

- **La escuela**

El aprendizaje que se adquiere en la familia se sigue reforzando en otro espacio de socialización, la escuela: simplemente la actitud de las y los profesores por mantener en cada alumna/o el rol que ya les ha sido asignado desde las bases de la sociedad, incluso los libros de texto muestran imágenes de roles y estereotipos, el tema de la sexualidad es velado, evitando hablar con apertura de temas tan importantes como la educación sexual, separando información que sólo deben saber las alumnas (p.e la menstruación, los órganos sexuales y el aparato reproductor femenino).

- **La iglesia**

Las normas religiosas pueden ser definidas a partir de un origen ajeno a las sociedades, de carácter divino, superior al ser humano o a sus instituciones. Existen sociedades donde la iglesia y el estado se unen dando sustento jurídico a las normas religiosas aplicando sanciones a través de los instrumentos del estado. En algunos casos la interpretaciones de los principios religiosos acerca de las conductas apropiadas para las mujeres y los hombres, llegan a la violación de los derechos humanos más elementales, en México, por ejemplo, el tema del embarazo en adolescentes, el aborto y el uso de la píldora anticonceptiva, son temas de controversia donde la iglesia influye para la toma de decisiones de las mujeres que profesan alguna creencia religiosa derivada del catolicismo, por ejemplo.

- **Los medios de comunicación**

Son las diversas formas industrializadas de producir información, orientación y entretenimiento para una sociedad: la televisión, la prensa, el Internet, el cine, la literatura, entre otros, penetran en toda la población urbana y gran parte de la población rural, intentando imponer por medio de sus mensajes, formas universales de comportamiento y consumo, aspiraciones personales y sociales, trayectoria de vida y visiones del mundo socialmente aceptadas. De las instituciones sociales encargadas de producir y reproducir los valores y costumbres, los medios de comunicación son los de mayor crecimiento, que han ido desplazando a la escuela como fuente principal del aprendizaje.

Esto no significa que los medios de comunicación sean negativos, más bien se trata de apoyarnos de éstos para dar mensajes constructivos para la sociedad, un excelente medio es el teatro, existe una obra llamada “los Monólogos de la Vagina” de la autora Eve Ensler, donde las actrices redactan una serie de historias emotivas de mujeres y niñas que ha sido violentadas sexualmente, la persecución de lesbianas, el acoso sexual, las mutilaciones sexuales en el mundo entero, así como el salvajismo, y asesinatos ocurridos por ejemplo, a “las muertas de Juárez” (Chihuahua) situación que sin duda refleja el aspecto más duro de una sociedad machista, que discrimina y limita a la mujer mexicana en muchos sentidos, de ahí que se hace necesario no sólo la búsqueda de los culpables sino, también en el cambio de las relaciones de los hombres y mujeres, y de entre estas y la sociedad.

Es una obra que intenta comunicar a la sociedad, que la ignorancia, los tabúes, la vergüenza y la incomodidad, oprimen y someten a las mujeres y niñas mediante la anulación de su sexualidad. La autora intenta devolver a la mujer el amor a su propio cuerpo, el derecho a disfrutar de él, sentir alegría de ser mujer, el orgullo de ser madre.

Es una obra que te lleva del llanto a la risa, cuando tuve la oportunidad de asistir a una función, me dio mucho gusto ver mujeres jóvenes, maduras y adultas mayores, mujeres

que sin duda se sintieron identificadas con alguna de las historias y que seguramente platicaron con otras mujeres formando una cadenita, que sí no le damos continuación, reflexión y sobre todo acción se rompe, y se pierde, es información muy valiosa y diría también muy necesaria para iniciar cambios sociopolíticos y culturales, en México y donde quiera que se permita exhibirla.

En este momento puedo decir, que iniciaría mi taller de prevención llevando a todas las y los asistentes a una representación de “Monólogos de la Vagina”, considero que es la mejor manera de iniciar la sensibilización, el cambio ya dependerá de cada uno.

A todo esto, sé que reestructurar este sistema de género es un largo proceso que requiere un total acuerdo por parte de la sociedad, sobre todo porque existen creencias y actitudes arraigadas que son poco cuestionadas, sin embargo estoy convencida que el hecho de exponer este tema es el inicio para reflexionar y querer actuar desde lo individual para continuar a nivel comunidad.

Considero que la participación tanto de hombres y mujeres en la educación sexual mejorará la forma de conocer, de respetar y de cuidar el uno del otro, originando relaciones más equitativas.

Desde luego el apoyo de las instituciones antes mencionadas, favorecerá la actitud que tiene la sociedad hacia la educación sexual. No hay que olvidar que tanto el Virus de Papiloma Humano como el Cáncer Cervicouterino son enemigos silenciosos y costosos, por tanto la prevención es la mejor arma, algunas medidas preventivas son:

1. Mantener conductas sexuales saludables, utilizando métodos de barrera tales como el condón femenino, el condón masculino, diques, dedales y guantes de látex.
2. Fomentar la práctica de sexo más seguro, es decir, sentir placer a través de prácticas sexuales sin penetración.

3. Solicitar periódicamente en su unidad de salud la toma de muestra de Papanicolaou y en su caso adherirse al tratamiento.

La vacuna es una alternativa, sin embargo su costo la hace poco accesible a la población vulnerable, en caso de llegar al sector salud, habría que pensar en los cambios comportamentales y la percepción de riesgo de las mujeres así como la manera en la que asumirían su vida sexual.

Para finalizar, quiero hacer énfasis en lo siguiente:

- Sí no se erotiza al sexo más seguro, sí no se cambia la rígida educación que existe en torno al género, sí no se desechan los mitos y tabúes acerca de la sexualidad humana, sí no se promueven los derechos sexuales de las mujeres, difícilmente podrán desarrollarse en la práctica alternativas reales a la problemática social de las Infecciones de Transmisión Sexual. Bajo estos términos el papel del Psicólogo es fundamental para implementar estrategias educativas para la promoción del autocuidado. Sin duda iniciará la prevención del resto de las ITS y otras enfermedades crónico degenerativas como la diabetes, la obesidad, la anorexia y la bulimia, entre otras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aldana, A. (1994). La sexualidad y las enfermedades de transmisión sexual, en *Antología de la Sexualidad Humana III. CONAPO*. Cap. 5, pp. 53-58. México: Porrúa.

Alonso, S. y Lazcano, M. (2003). ¿Qué es el cáncer? En Pérez, R. (compilador). *El Cáncer en México*. Cap. 1, pp. 7-8. México: El Colegio Nacional.

Aguilar, G. (1994). Educación de la sexualidad en la adolescencia. *Antología de la sexualidad Humana*, Tomo III. México: Porrúa.

Amigo, I. Fernández, C. y Pérez, M. (1998). *Manual de psicología de la salud*. España: Pirámide.

Ballester, R. (1997). *Introducción a la Psicología de la Salud*. España: Promolibro

Becoña, E. Vázquez, F. y Oblitas, L. (2000). Psicología de la salud: Antecedentes, Desarrollo, Estado actual y perspectivas. En: E. Becoña. Y L. Oblitas (Eds.). *Psicología de la Salud*. Cap. 2. pp. 19-21. México: Plaza y Valdés.

Belcher, A. (1995). *Enfermería y Cáncer*. España: Mosby.

Blanco, R. (1991). *Laparoscopia ginecológica: Evaluación de esterilidad femenina*. España: Doyma

Bonilla-Musoles, F. (1978). *El cuello uterino y sus enfermedades*. España: JIMS.

Billings, D. Rosas, F. y Gasman, N. (2004). *En México, sí se pueden ofrecer servicios de anticoncepción a adolescentes*. Normatividad nacional e internacional. México: Ipas-Packard Foundation.

Buela-Casal, G. (1991). *Manual de Psicología Clínica aplicada*. México: Siglo XXI.

- Buela-Casal, G. (1996). *Manual de Psicología Clínica y de la salud*. España: Siglo XXI.
- Conzuelo, A. (2006). *Papilomavirus: Los virus más viejos del mundo*. México: Trillas.
- Corona, E. (1994). Métodos de Prevención, en *Antología de la Sexualidad Humana III. CONAPO*. Cap. 8, pp. 72-76. México: Porrúa
- Chapela, L. (2000). *Hablemos de sexualidad en familia*. México: Mexfam.
- Chinchilla, A. (1999). *Guía terapéutica de las depresiones*. España: Masson
- Chiriboga, C. (1994). Enfermedades de transmisión por contacto sexual, en *Antología de la Sexualidad Humana III. CONAPO*. Cap. 6, pp.60-64. México: Porrúa.
- Díaz, A. (2001). *Promoción de la salud y cambio social*. España: Masson.
- Dupré-Froment, J. (1977). *Citología Ginecológica*. España: JIMS.
- El continental. (2006). *México Aprueba la Vacuna para prevenir el Cáncer cervicouterino*.
Nota disponible en:
<http://www.elcontinental.com/news/php?nid=961&pag=1>) junio, 1 de 2006.
- Fernández-Ríos, L. (1994). *Manual de Psicología preventiva: Teoría y práctica*. España: Siglo XXI.
- Gallagher, D. y Thompson, L.W. (1983). Depression. En P. Lewinsohn y C. Teri (eds.) *Clinical Geropsychology: New directions in assesment and treatment*. Cap. 5, pp. 77-80
Nueva York: Pergamon/Press.

Gariglio, P. López, E. y Álvarez, M. (1999). Virus y Cáncer Humano: genética molecular del cáncer cervicouterino, en *Revista del Instituto de Cancerología*. Vol. 43, num., 5, pp. 170-176.

Garduño, J. (1999). *Importancia estratégica de la prevención en un contexto institucional: El consejo municipal de lucha contra las drogas y la delincuencia*. Reporte de trabajo. Licenciatura en Psicología. FES Iztacala. UNAM. Tlalnepantla, Edo. De México.

González-Merlo, J. Vanrell, J. E Iglesias, X. (1992). *Protocolos de diagnóstico y tratamiento en obstetricia y ginecología*. España:

Greene, W. (1998). *Educación para la salud*. México: Interamericana.

Hereñu, C. (1992). *Enfermedades de Transmisión Sexual*. Argentina: FUSANA:

Herrero, R. Broton, L. Revees, W. Brenes, M. y Tenorio, F. (1990). Factores de Riesgo del carcinoma invasor del cuello uterino en América Latina, en *Revista Bol Saint Panam*. Vol.6, num. 1, pp. 6-15.

Holtzman, W. (1993) La psicología de la salud para todo el mundo. En: J. Palacio y E. Lucio (eds.). *Primer Congreso Internacional de Psicología de la Salud*. Cap. 5, pp. 349-359. Facultad de Psicología. UNAM.

INEGI. (2002). *Tablas de mortandad en cáncer*. Consulta en: www.inegi.gob.mx . 7 de febrero de 2005.

Jáuregui, R. (1998). *Promoción de la salud y prevención de la enfermedad*. Argentina: Panamericana.

La jornada (2006). *Condicionan el precio de la vacuna del papiloma humano a la compra masiva*. Nota disponible en:

www.lajornada.unam.mx/2006/09/22/aO3n1cie.php

Langer, A. Tolbert, K. y Romero, M. (2000). Las enfermedades de transmisión sexual, como problema de salud pública: situación actual y prioridades de investigación, en A. Langer y K. Tolbert (editoras). *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México*. Cap. 9, pp. 233-243. México: EDAMEX- Population council.

Latorre, J. y Beneit, P. (1992). *Psicología de la salud: aportaciones para los profesionales de la salud*. Argentina: Lumen.

Lazcano, M. Alonso, S. López, A. y Hernández, P. (1994). Cáncer del cuello uterino. Una perspectiva histórica, en *Revista de Ginecología y Obstetricia de México*. Vol. 62, num. 2, pp. 40-47.

Lazo, C. (1995). *Perspectiva hacia el siglo XXI: la nueva cultura de la salud sexual*. México: Mexfam.

López, S. (2005). *Conocimiento del Virus de Papiloma Humano en mujeres de los niveles educativos medio superior y superior*. Tesis maestría. Universidad Interamericana para el Desarrollo. Tlalnepantla, edo. De México.

Manual Merck. (1992). 8a edición. España: DOYMA.

Mayén, H. (1997). *Hablemos de sexualidad*. México: Mexfam.

Mejía, M. (2000). *Evaluación cognitiva, representación y estrategias de afrontamiento en personas con VIH/SIDA. Una aproximación desde la Psicología de la Salud*. Tesis: Licenciatura en Psicología. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM. Tlalnepantla, Edo. De México.

Montoya, M (2002). *Una propuesta educativa desde la perspectiva de género para la prevención de cáncer cervicouterino*. Tesis Maestría en Enseñanza superior. Facultad de Filosofía y Letras. UNAM.

Moreno, S. (1994). *El enfermo de VIH/SIDA y algunas repercusiones psico-sociales*. Tesis: Licenciatura en Psicología. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM. Tlalnepantla, Edo. De México.

Muñoz, N. (2003). Epidemiologic Classification of Human Papillomavirus Types Associated with cervical Cancer, en *The New England Journal of Medicine*. Vol. 6, núm. 3. pp. 85-91.

Nash, M. (1997). *Presencia y protagonismo. Aspectos de la mujer*. Barcelona: Serbal.

Negrete, C. (1998). *Descripción y análisis de las funciones del psicólogo en un hospital de 2º nivel de atención en el municipio de Naucalpan*. Reporte de trabajo de licenciatura en Psicología. FES Iztacala. UNAM. Tlalnepantla, Edo. De México.

Nieto, J. Abad, M. Esteban, M. y Tijerina, M. (2004). *Psicología para Ciencias de la Salud: Estudio del comportamiento humano ante la enfermedad*. México: MacGraw Hill/Interamericana.

Norberto, G. (1997). *Algunos modelos sobre depresión, desde la perspectiva cognitivo-conductual*. Tesina licenciatura en Psicología. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM. Tlalnepantla, Edo. De México.

Núñez, M. Gil, P. Carrasco, I. y García, S. (2001). *Depresión: Un enfoque gerontológico*. España: Ediciones 2010/ Fundación española de la tercera edad.

Olivier, C. (2003). *Los hijos de Yocasta*. México: Fondo de cultura Económica.

Ortiz-Ortega, A. Rivas, M. Huerta, F. y Salazar, G. y Gómez, A. (2005). *Sexualidad, salud y reproducción. Una apreciación relacional de género al campo de las sexualidades y la reproducción*. México: Colegio de México/ UNIFEM/ GTZ/ Federal Ministry for Economic Cooperation and Development.

Perea, E. Aznar, J. y Rodríguez, A. (1993). *Enfermedades de Transmisión sexual*. España: Doyma.

Phares, J. y Trull, T. (2000). *Psicología Clínica, conceptos, métodos y práctica*. 2ª. Edición. México: Manual moderno.

Population Council. (1998). *Infecciones del tracto reproductivo*. (Hojas Informativas). Ford Foundation.

Raguz, M. (2003). Educación para la salud sexual y reproductiva, la equidad de género y el desarrollo, en: *Mujeres, adolescentes y niñas en contexto de pobreza*, en M. Sánchez (dir.). Cap. 13, pp. 169-181. España: diaz de santos.

Ramírez, P. (1994). Papilomavirus, en *Antología de la Sexualidad Humana III*. CONAPO. Cap. 7, pp. 66-70. México: Porrúa.

Remohi, J. Cobo, A. Romero, L. Pellicer, A y Dimon, C. (2005). *Manual Práctico de Esterilidad y reproducción Humana*. España: McGraw Hill/ Interamericana.

Reyes, A. (2004). *La actividad el psicólogo en la promoción de la salud sexual y reproductiva*. Reporte de trabajo, licenciatura en psicología. Fes Iztacala. UNAM. Tlalnepantla, Edo. De México.

Rivera, R. (2002). Epidemiología del Virus de Papiloma Humano, en *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. Vol. 6, num. 7, pp. 501-507.

Ríos, F. (2005). *Apoyo del Psicólogo de la salud al paciente Terminal con SIDA*. Tesis: Licenciatura en Psicología. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM. Tlalnepantla, Edo. De México.

Rizo, A. (1989). Las enfermedades de Transmisión sexual y el adolescente., en C. Stern, K. Tolbert, J. Paxman, A. Rizo y L. Shepard (eds.). *Conferencia Internacional sobre fecundidad en adolescentes, en América Latina y el Caribe*. Pp. 63-68 y 82-89. México: The Pathfinder Fund /The Population Council.

Roa, A. (1995). *Marco teórico conceptual de la psicología de la salud. Evaluación en Psicología clínica y de la salud*. España: CEPE.

Rodríguez, G. (1994). Sexo Seguro, en *Antología de la Sexualidad Humana III. CONAPO*. Cap.9, pp. 80-81. México: Porrúa.

Rodríguez, G y Rojas, M. (1998). *La Psicología de la salud en América Latina*. México: Porrúa.

Saiz, M. González, J. Silla, T. Jiménez, F. Y Cortina, K. (1989). Cáncer del Cuello uterino. Tendencias de mortalidad, en *Revista de Progr. Obst. Y Ginecología*. Vol. 32, num. 3, pp. 95-102.

Salinas, J. (1995). *El psicólogo en la atención a la salud*. Tesis teórica, licenciatura en Psicología. Fes Iztacala. UNAM. Tlalnepantla, Edo. De México.

Sánchez, M. (2007). *Prepara Cámara Iniciativa que haga obligatorio suministro de Vacuna contra Papiloma*. Artículo disponible en:

http://www.cronica.com.mx/nota/.php?id_notas=288875. Consultado el 5 de Marzo de 2007.

Secretaria de Salud, SSA. (2001). *Plan de Acción: Salud reproductiva*. Pp. 19-25 35-37. México.

Secretaria de Salud, SSA. (2002-A). *La salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Un derecho a conquistar*. México.

Secretaria de Salud, SSA. (2002-B). *La salud sexual. Juntos planeamos el futuro*. México.

SIDA Ahora. (2005). *Herpes, VPH y Hepatitis B*. En Revista Informativa: num. 2. México: Body Positive

Sheridan, C. Y Radmacher, S. (1992). *Health psychology: challenging the biomedical model*. New York: Wiley.

Tapia, C. Sandoval, J. García, M. Durán, D. Y Morales, O. (1998). Cáncer cervicouterino: Factores de riesgo y alteraciones asociadas en mujeres del Estado de Guerrero, en *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*. Vol. 44, num. 1. pp. 19-27.

UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas). (2003). Adolescencia, pobreza y desigualdades sociales, en: *Pobreza, salud sexual y reproductiva y Derechos Humanos*. Cap. 4, pp. 26-34. México: Equipo de apoyo técnico para América Latina y el Caribe.

Vallejo, M. (1998). *Manual de terapia de conducta*. Madrid: Dykinson.

Vargas, D. (1993). *Educación para la salud*. México: Interamericana.

Vargas, J. (2002). Tecnología Psicológica: El momento de la transición. Revista electrónica de psicología. Vol. 5, n. 2. Artículo disponible en:

www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/principal.htm

Vega, M. (2002). *Psicología de la salud: Hábitos positivos para conservar un estado saludable*. Tesis de licenciatura en psicología. Fes Iztacala. UNAM. Tlalnepantla, Edo. De México.

Villanueva, R. (2000). *Diccionario Mosby: Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud*. España: Harcourt.

www.cdc.gov (2007).

www.iqb.es (2007). Disponible en www.iqb.es/diccio1.htm